Márcia Elisa Jager

Samara Silva dos Santos

PSICOTERAPIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

Pesquisa em psicoterapia e a Prática da Psicologia Baseada em Evidências

CAPES
Universidade Federal de Santa Maria 1960
CCSH Centro de Ciências Sociais e Humanas UFSM
PPGP UFSM Programa de Pós-Graduação em Psicologia
COMPARTILHA Psicologia e Educação transformando contextos sociais
pimenta cultural

Márcia Elisa Jager

Samara Silva dos Santos

PSICOTERAPIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

Pesquisa em psicoterapia e a Prática da Psicologia Baseada em Evidências

CAPES
Universidade Federal de Santa Maria 1960
CCSH Centro de Ciências Sociais e Humanas UFSM
PPGP UFSM Programa de Pós-Graduação em Psicologia
COMPARTILHA Psicologia e Educação transformando contextos sociais
pimenta cultural
2025 São Paulo

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

J24p

Jager, Márcia Elisa -
Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: pesquisa em psicoterapia e a Prática da Psicologia Baseada em Evidências / Márcia Elisa Jager, Samara Silva dos Santos. – São Paulo: Pimenta Cultural, 2025.

Livro em PDF

ISBN 978-85-7221-352-3
DOI 10.31560/pimentacultural/978-85-7221-352-3

1. Psicoterapias cognitivo-comportamentais. 2. Pesquisa em psicoterapia. 3. Prática da Psicologia Baseada em Evidências. 4. Práticas psicoterapêuticas. I. Jager, Márcia Elisa. II Santos, Samara Silva dos. III. Título.

CDD 616.89

Índice para catálogo sistemático:
I. Psicoterapias
Simone Sales • Bibliotecária • CRB ES-000814/O

Copyright © Pimenta Cultural, alguns direitos reservados.

Copyright do texto © 2025 as autoras.

Copyright da edição © 2025 Pimenta Cultural.

Esta obra é licenciada por uma Licença Creative Commons:
Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional - (CC BY-NC-ND 4.0).
Os termos desta licença estão disponíveis em:
<https://creativecommons.org/licenses/>.
Direitos para esta edição cedidos à Pimenta Cultural.
O conteúdo publicado não representa a posição oficial da Pimenta Cultural.

Direção editorial	Patricia Bieging Raul Inácio Busarello
Editora executiva	Patricia Bieging
Gerente editorial	Landressa Rita Schiefelbein
Assistente editorial	Júlia Marra Torres
Estagiária editorial	Ana Flávia Pivisan Kobata
Diretor de criação	Raul Inácio Busarello
Assistente de arte	Naiara Von Groll
Editoração eletrônica	Andressa Karina Voltolini
Estagiárias em editoração	Raquel de Paula Miranda Stela Tiemi Hashimoto Kanada
Imagens da capa	master1305plus, rubalprince - Freepik.com
Tipografias	Acumin, Cascadia Code, Elizeth, Field Gothic
Revisão	Milena Domingos
Autoras	Márcia Elisa Jager Samara Silva dos Santos

PIMENTA CULTURAL
São Paulo • SP
+55 (11) 96766 2200
livro@pimentacultural.com
www.pimentacultural.com

2025

CONSELHO EDITORIAL CIENTÍFICO

Doutores e Doutoras

Adilson Cristiano Habowski
Universidade La Salle, Brasil

Adriana Flávia Neu
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Adriana Regina Vettorazzi Schmitt
Instituto Federal de Santa Catarina, Brasil

Aguimario Pimentel Silva
Instituto Federal de Alagoas, Brasil

Alaim Passos Bispo
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Alaim Souza Neto
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Alessandra Knoll
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Alessandra Regina Müller Germani
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Aline Corso
Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

Aline Wendpap Nunes de Siqueira
Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Ana Rosangela Colares Lavand
Universidade Estadual do Norte do Paraná, Brasil

André Gobbo
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

André Tanus Cesário de Souza
Faculdade Anhanguera, Brasil

Andressa Antunes
Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

Andressa Wiebusch
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Andreza Regina Lopes da Silva
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Angela Maria Farah
Universidade de São Paulo, Brasil

Anísio Batista Pereira
Universidade do Estado do Amapá, Brasil

Antonio Edson Alves da Silva
Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Antonio Henrique Coutelo de Moraes
Universidade Federal de Rondonópolis, Brasil

Arthur Vianna Ferreira
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Ary Albuquerque Cavalcanti Junior
Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Asterlindo Bandeira de Oliveira Júnior
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Bárbara Amaral da Silva
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Bernadétte Beber
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Bruna Carolina de Lima Siqueira dos Santos
Universidade do Vale do Itajaí, Brasil

Bruno Rafael Silva Nogueira Barbosa
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Caio Cesar Portella Santos
Instituto Municipal de Ensino Superior de São Manuel, Brasil

Carla Wanessa do Amaral Caffagni
Universidade de São Paulo, Brasil

Carlos Adriano Martins
Universidade Cruzeiro do Sul, Brasil

Carlos Jordan Lapa Alves
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil

Caroline Chioquetta Lorenset
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Cassia Cordeiro Furtado
Universidade Federal do Maranhão, Brasil

Cássio Michel dos Santos Camargo
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Cecilia Machado Henriques
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Christiano Martino Otero Avila
Universidade Federal de Pelotas, Brasil

Cláudia Samuel Kessler
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Cristiana Barcelos da Silva
Universidade do Estado de Minas Gerais, Brasil

Cristiane Silva Fontes
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Daniela Susana Segre Guertzenstein
Universidade de São Paulo, Brasil

Daniele Cristine Rodrigues
Universidade de São Paulo, Brasil

Dayse Centurion da Silva
Universidade Anhanguera, Brasil

Dayse Sampaio Lopes Borges
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil

Deilson do Carmo Trindade
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Amazonas, Brasil

Diego Pizarro
Instituto Federal de Brasília, Brasil

Dorama de Miranda Carvalho
Escola Superior de Propaganda e Marketing, Brasil

Edilson de Araújo dos Santos
Universidade de São Paulo, Brasil

Edson da Silva
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Brasil

Elena Maria Mallmann
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Eleonora das Neves Simões
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Eliane Silva Souza
Universidade do Estado da Bahia, Brasil

Elvira Rodrigues de Santana
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Estevão Schultz Campos
Centro Universitário Adventista de São Paulo, Brasil

Éverly Pegoraro
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Fábio Santos de Andrade
Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Fabrícia Lopes Pinheiro
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Fauston Negreiros
Universidade de Brasília, Brasil

Felipe Henrique Monteiro Oliveira
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Fernando Vieira da Cruz
Universidade Estadual de Campinas, Brasil

Flávia Fernanda Santos Silva
Universidade Federal do Amazonas, Brasil

Gabriela Moysés Pereira
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Gabriella Eldereti Machado
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Germano Ehlert Pollnow
Universidade Federal de Pelotas, Brasil

Geuciane Felipe Guerim Fernandes
Universidade Federal do Pará, Brasil

Geymeesson Brito da Silva
Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

Giovanna Ofretorio de Oliveira Martin Franchi
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Handherson Leyltton Costa Damasceno
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Hebert Elias Lobo Sosa
Universidad de Los Andes, Venezuela

Helciclever Barros da Silva Sales
Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, Brasil

Helena Azevedo Paulo de Almeida
Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

Hendy Barbosa Santos
Faculdade de Artes do Paraná, Brasil

Humberto Costa
Universidade Federal do Paraná, Brasil

Igor Alexandre Barcelos Graciano Borges
Universidade de Brasília, Brasil

Inara Antunes Vieira Willerding
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Jaziel Vasconcelos Dorneles
Universidade de Coimbra, Portugal

Jean Carlos Gonçalves
Universidade Federal do Paraná, Brasil

Joao Adalberto Campato Junior
Universidade Brasil, Brasil

Jocimara Rodrigues de Sousa
Universidade de São Paulo, Brasil

Joelson Alves Onofre
Universidade Estadual de Santa Cruz, Brasil

Jónata Ferreira de Moura
Universidade São Francisco, Brasil

Jonathan Machado Domingues
Universidade Federal de São Paulo, Brasil

Jorge Eschriqui Vieira Pinto
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Jorge Luís de Oliveira Pinto Filho
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Juliana de Oliveira Vicentini
Universidade de São Paulo, Brasil

Juliano Milton Kruger
Instituto Federal do Amazonas, Brasil

Julianno Pizzano Ayoub
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

Julierme Sebastião Morais Souza
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Junior César Ferreira de Castro
Universidade de Brasília, Brasil

Katia Bruginski Mulik
Universidade de São Paulo, Brasil

Laionel Vieira da Silva
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Lauro Sérgio Machado Pereira
Instituto Federal do Norte de Minas Gerais, Brasil

Leonardo Freire Marino
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Leonardo Pinheiro Mozdzenski
Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

Letícia Cristina Alcântara Rodrigues
Faculdade de Artes do Paraná, Brasil

Lucila Romano Tragtenberg
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Lucimara Rett
Universidade Metodista de São Paulo, Brasil

Luiz Eduardo Neves dos Santos
Universidade Federal do Maranhão, Brasil

Maikel Pons Giralt
Universidade de Santa Cruz do Sul, Brasil

Manoel Augusto Polastreli Barbosa
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Marcelo Nicomedes dos Reis Silva Filho
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil

Márcia Alves da Silva
Universidade Federal de Pelotas, Brasil

Marcio Bernardino Sirino
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Marcos Pereira dos Santos
Universidad Internacional Iberoamericana del Mexico, México

Marcos Uzel Pereira da Silva
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Marcus Fernando da Silva Praxedes
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil

Maria Aparecida da Silva Santandel
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Maria Cristina Giorgi
Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca, Brasil

Maria Edith Maroca de Avelar
Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

Marina Bezerra da Silva
Instituto Federal do Piauí, Brasil

Marines Rute de Oliveira
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil

Mauricio José de Souza Neto
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Mauricio José de Souza Neto
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Michele Marcelo Silva Bortolai
Universidade de São Paulo, Brasil

Mônica Tavares Orsini
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Nara Oliveira Salles
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Neide Araujo Castilho Teno
Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Brasil

Neli Maria Mengalli
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Patricia Bieging
Universidade de São Paulo, Brasil

Patricia Flavia Mota
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Patrícia Helena dos Santos Carneiro
Universidade Federal de Rondônia, Brasil

Rainei Rodrigues Jadejiski
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Raul Inácio Busarello
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Raymundo Carlos Machado Ferreira Filho
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Ricardo Luiz de Bittencourt
Universidade do Extremo Sul Catarinense, Brasil

Roberta Rodrigues Ponciano
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Robson Teles Gomes
Universidade Católica de Pernambuco, Brasil

Rodiney Marcelo Braga dos Santos
Universidade Federal de Roraima, Brasil

Rodrigo Amancio de Assis
Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Rodrigo Sarruge Molina
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Rogério Rauber
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Rosane de Fatima Antunes Obregon
Universidade Federal do Maranhão, Brasil

Samuel André Pompeo
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Sebastião Silva Soares
Universidade Federal do Tocantins, Brasil

Silmar José Spinardi Franchi
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Simone Alves de Carvalho
Universidade de São Paulo, Brasil

Simoni Urnau Bonfiglio
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Stela Maris Vaucher Farias
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Tadeu João Ribeiro Baptista
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil

Taíza da Silva Gama
Universidade de São Paulo, Brasil

Tania Micheline Miorando
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Tarcísio Vanzin
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Tascieli Feltrin
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Tatiana da Costa Jansen
Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial, Brasil

Tayson Ribeiro Teles
Universidade Federal do Acre, Brasil

Thiago Barbosa Soares
Universidade Federal do Tocantins, Brasil

Thiago Camargo Iwamoto
Universidade Estadual de Goiás, Brasil

Thiago Medeiros Barros
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Tiago Mendes de Oliveira
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Vanessa de Sales Marruche
Universidade Federal do Amazonas, Brasil

Vanessa Elisabete Raue Rodrigues
Universidade Estadual do Centro Oeste, Brasil

Vania Ribas Ulbricht
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Vinicius da Silva Freitas
Centro Universitário Vale do Cricaré, Brasil

Wellington Furtado Ramos
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Wellton da Silva de Fatima
Instituto Federal de Alagoas, Brasil

Wenis Vargas de Carvalho
Universidade Federal da Grande Dourados, Brasil

Yan Masetto Nicolai
Universidade Federal de São Carlos, Brasil

PARECERISTAS E REVISORES(AS) POR PARES

Avaliadores e avaliadoras Ad-Hoc

Alcidinei Dias Alves
Logos University International, Estados Unidos

Alessandra Figueiró Thornton
Universidade Luterana do Brasil, Brasil

Alexandre João Appio
Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

Artur Pires de Camargos Júnior
Universidade do Vale do Sapucaí, Brasil

Bianka de Abreu Severo
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Carlos Eduardo B. Alves
Universidade Federal do Agreste de Pernambuco, Brasil

Carlos Eduardo Damian Leite
Universidade de São Paulo, Brasil

Catarina Prestes de Carvalho
Instituto Federal Sul-Rio-Grandense, Brasil

Davi Fernandes Costa
Secretaria da Educação do Estado de São Paulo, Brasil

Denilson Marques dos Santos
Universidade do Estado do Pará, Brasil

Domingos Aparecido dos Reis
Must University, Estados Unidos

Edson Vieira da Silva de Camargos
Logos University International, Estados Unidos

Edwins de Moura Ramires
Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial, Brasil

Elisiene Borges Leal
Universidade Federal do Piauí, Brasil

Elizabete de Paula Pacheco
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Elton Simomukay
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

Francisco Geová Goveia Silva Júnior
Universidade Potiguar, Brasil

Indiamaris Pereira
Universidade do Vale do Itajaí, Brasil

Jacqueline de Castro Rimá
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Jonas Lacchini
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Brasil

Lucimar Romeu Fernandes
Instituto Politécnico de Bragança, Brasil

Marcos de Souza Machado
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Michele de Oliveira Sampaio
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Nívea Consuêlo Carvalho dos Santos
Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial, Brasil

Pedro Augusto Paula do Carmo
Universidade Paulista, Brasil

Rayner do Nascimento Souza
Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial, Brasil

Samara Castro da Silva
Universidade de Caxias do Sul, Brasil

Sidney Pereira Da Silva
Stockholm University, Suécia

Suélen Rodrigues de Freitas Costa
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Thais Karina Souza do Nascimento
Instituto de Ciências das Artes, Brasil

Viviane Gil da Silva Oliveira
Universidade Federal do Amazonas, Brasil

Walmir Fernandes Pereira
Miami University of Science and Technology, Estados Unidos

Weyber Rodrigues de Souza
Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Brasil

William Roslindo Paranhos
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Parecer e revisão por pares

Os textos que compõem esta obra foram submetidos para avaliação do Conselho Editorial da Pimenta Cultural, bem como revisados por pares, sendo indicados para a publicação.

DEDICATÓRIA

Dedico este livro ao meu filho Lucca que me acompanhou durante o meu processo de doutoramento e é fonte de inspiração para a busca de meus sonhos; aos meus alunos de curso de graduação em Psicologia que, cotidianamente, através de suas práticas e questionamentos, me impulsionam à reflexão constante sobre a teoria e prática em terapia cognitivo-comportamental; aos meus clientes que direcionam a mim suas histórias de vida e confiam na eficácia e efetividade de uma psicoterapia baseada em evidências.

Márcia Elisa Jager

Dedico este livro aos estudantes da graduação e pós-graduação que por meio de suas inquietações e indagações sobre o desenvolvimento de uma prática clínica em terapia cognitivo-comportamental sensível aos contextos e à realidade que vivemos nos inspiram a constantes reflexões.

Samara Silva dos Santos

AGRADECIMENTO

As autoras agradecem à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento decorrente do Programa de Desenvolvimento da Pós-Graduação (PDPG) – Pós-Doutorado Estratégico/CAPES – recurso proveniente do Edital nº 16/2022.

SUMÁRIO

Prefácio **13**

Apresentação **16**

CAPÍTULO **1**

Terapia cognitiva:
influências teóricas e argumentos
para sua condição essencialmente integrativa **19**

Introdução 20

Discussão 24

Influências psicanalíticas 24

Influências da terapia racional-emotiva comportamental (TREC) de Albert Ellis 29

Influências da psicologia social 31

Influências da filosofia estoica e do budismo 36

Influências da biologia evolucionária 37

Influências da neuropsicologia 39

Influências construtivistas 41

Influências da Psicologia Cognitiva 44

Influências da teoria dos constructos pessoais 49

Influências da Psicologia Comportamental 51

Influências humanistas 54

Considerações finais 56

Referências 58

CAPÍTULO **2**

Considerações sobre o desenvolvimento das terapias comportamentais, cognitiva e cognitivo-comportamentais 65

Introdução 66

Discussão 69

Primeira geração: Terapias Comportamentais 69

Raízes epistemológicas 69

Modelo teórico e prática clínica 73

Segunda geração: Terapia Cognitiva (TC) 78

Raízes epistemológicas 78

Modelo teórico e prática clínica 87

Terceira geração: Terapias Contextuais/Processuais 94

Raízes epistemológicas 94

Modelo teórico e prática clínica 95

Ecletismo técnico e manejo clínico 102

Considerações finais 108

Referências 110

CAPÍTULO **3**

Prática da psicologia baseada em evidências e a construção do conhecimento científico em psicoterapias 122

Introdução 123

Discussão 127

Psicoterapia empiricamente sustentada 127

Prática da Psicologia Baseada em Evidências (PPBE) 133

Pesquisa em psicoterapia 136

Pesquisas com foco nos resultados 141

Métodos utilizados nas pesquisas com foco no resultado 146

Pesquisas com foco no processo de mudança 152

Métodos utilizados nas pesquisas com foco no processo de mudança 156

Estudos de viabilidade e estudos-piloto 160

Considerações finais 164

Referências 165

Sobre as autoras 171

Índice remissivo 172

PREFÁCIO

O presente livro intitulado "Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Pesquisa em psicoterapia e a Prática da Psicologia Baseada em Evidências", oferece uma contribuição essencial à compreensão e à prática da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Seu objetivo central é destacar a natureza integrativa da TCC, além de apresentar as diferenças e as potencialidades das três gerações dessa abordagem terapêutica. Este conhecimento é crucial para terapeutas que desejam basear sua prática em evidências científicas e incorporar abordagens diversas para atender às necessidades únicas de seus clientes.

No capítulo 1, "Terapia Cognitiva: Influências Teóricas e Argumentos para sua Condição Essencialmente Integrativa", são apresentados os fundamentos históricos e teóricos da Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC), destacando sua origem com Aaron Beck e as influências de modelos psicanalíticos, comportamentais e cognitivos. A TCC é descrita como uma abordagem essencialmente integrativa, que se beneficia de diferentes perspectivas teóricas para desenvolver uma prática clínica eficaz. São revisados conceitos-chave, como crenças centrais, pensamentos automáticos e distorções cognitivas, que sustentam sua aplicação clínica. Este capítulo enfatiza a relevância da criatividade e da reflexão crítica do terapeuta ao integrar diferentes técnicas dentro do modelo cognitivo-comportamental. As influências psicanalíticas da terapia racional-emotiva comportamental de Albert Ellis, da psicologia social, do construtivismo e da biologia evolucionária são discutidas como bases epistemológicas que enriquecem e sustentam a TCC.

O capítulo 2 "Considerações sobre o Desenvolvimento das Terapias Comportamentais, Cognitiva e Cognitivo-Comportamentais" explora a evolução histórica das três gerações de terapias

cognitivo-comportamentais. A primeira geração, centrada no comportamento, focou no uso de técnicas como o condicionamento clássico e operante. A segunda geração introduziu a cognição como elemento central, desenvolvendo técnicas de reestruturação cognitiva e intervenções para modificar crenças disfuncionais. A terceira geração, mais recente, integra elementos de *mindfulness*, aceitação e valores pessoais, reconhecendo a importância da relação entre cognição, emoções e contexto. O capítulo também aborda o ecletismo técnico, destacando a importância de o terapeuta adaptar sua abordagem às demandas únicas de cada paciente. São destacados exemplos de aplicação das técnicas de cada geração, incluindo intervenções para transtornos de ansiedade e depressão, que integram conceitos do condicionamento operante e reestruturação cognitiva.

O capítulo 3, "Prática da Psicologia Baseada em Evidências e a Construção do Conhecimento Científico em Psicoterapias", discute a relevância da pesquisa baseada em evidências para a prática da TCC. São explorados os conceitos de Psicoterapia Empiricamente Sustentada (PES) e Prática Baseada em Evidências (PBE), destacando as diferenças entre os dois e suas implicações para a formação e atuação de terapeutas. A PBE também é descrita como um processo que une pesquisas rigorosas e práticas clínicas ao mesmo tempo em que considera os fatores culturais e contextuais dos clientes. A adoção de tratamentos empiricamente sustentados e a utilização de manuais baseados em evidências são destacadas como estratégias fundamentais para garantir a qualidade e a segurança dos serviços psicológicos.

Este livro é um guia essencial para terapeutas que desejam aprofundar seu entendimento sobre a TCC e suas diversas manifestações. A compreensão das diferenças entre as três gerações da TCC permite que o terapeuta escolha intervenções mais adequadas e eficazes para as necessidades individuais de cada cliente. A ênfase na integração de técnicas é fundamental para promover uma prática responsiva, criativa e eticamente informada.

Além disso, o livro reforça a importância de os terapeutas se engajarem em uma prática baseada em evidências, integrando conhecimento teórico, pesquisas científicas e experiências clínicas. Isso é particularmente importante em um contexto em que as demandas clínicas se tornam cada vez mais complexas, exigindo que os profissionais estejam preparados para abordar uma ampla gama de condições de forma eficaz.

Assim, esta obra não apenas amplia o entendimento sobre as bases teóricas e práticas da TCC, mas também inspira terapeutas a refletirem criticamente sobre sua própria prática e a explorarem novas maneiras de integrar abordagens terapêuticas para beneficiar seus clientes. Este foco no aprendizado contínuo e na integração teórica e prática é o que torna esta obra indispensável para profissionais que almejam avançar na excelência clínica.

Uma boa leitura a todos,

Ilana Andretta

APRESENTAÇÃO

Este livro é resultado da tese de doutorado intitulada "Integração em psicoterapia cognitivo-comportamental: Um ensaio para a pesquisa baseada em processos de mudança", defendida por Márcia Elisa Jager e orientada pela Dra. Samara Silva dos Santos. A tese teve como objetivo propor um estudo de viabilidade a partir da pesquisa baseada em processos de mudança para fundamentar a condição de eficácia e efetividade de um modelo integrativo em psicoterapia. O referencial teórico apresentado na tese foi indicado pela banca de defesa como um conjunto de conhecimentos capazes de ampliar a compreensão de estudantes e profissionais sobre as psicoterapias cognitivo-comportamentais em aspectos pouco discutidos pela literatura da área, tal como bases epistemológicas e pesquisa em psicoterapia.

Este livro então tem como objetivo dissertar sobre a história da Terapia Cognitiva como abordagem essencialmente integradora e como essa condição permite a integração entre abordagens psicoterapêuticas desenvolvidas ao longo de "três gerações". O livro busca também apresentar discussões sobre a importância da criatividade e da sensibilidade do terapeuta no momento de integrar técnicas e de sua responsabilidade ética frente à escolha de técnicas e abordagens cognitivo-comportamentais a serem utilizadas para a intervenções em diferentes demandas clínicas. A relevância da pesquisa em psicoterapia, os conceitos de psicoterapia empiricamente sustentada e a Prática da Psicologia Baseada em Evidências (PPBE) são aspectos considerados para mediar essa discussão.

O primeiro capítulo, "Terapia Cognitiva: Influências teóricas e argumentos para sua condição essencialmente integrativa" busca revisar as influências teóricas que ofereceram suporte para

a desenvolvimento da Terapia Cognitiva (TC) e que lhe conferiram a condição de uma terapia essencialmente integrativa. Entender estes aspectos ajudará o leitor a compreender os princípios e técnicas que orientam a prática clínica na abordagem, auxiliando no processo de tomada de decisão frente à integração da TC com outras abordagens cognitivo-comportamentais, permitindo uma prática atravessada pela reflexão crítica, questionamento e aprimoramento constante do manejo clínico por parte do terapeuta. As abordagens cognitivo-comportamentais que podem ser integradas pelo terapeuta para auxiliá-lo na intervenção em objetivos terapêuticos são organizadas pela literatura da área em "três gerações". Estas gerações são exploradas no segundo capítulo do livro, "Considerações sobre o desenvolvimento das terapias comportamentais, cognitiva e cognitivo-comportamentais". Neste capítulo discute-se também sobre o ecletismo técnico em psicoterapia cognitivo-comportamental e a importância da criatividade e da sensibilidade do terapeuta ao integrar abordagens psicoterapêuticas.

No entanto, realizar integração em psicoterapia cognitivo-comportamental demanda do terapeuta o reconhecimento da psicoterapia cognitivo-comportamental como uma prática empiricamente sustentada, bem como conhecimentos e habilidades no campo da pesquisa em psicoterapia para que a sua prática esteja baseada em evidências. O terceiro capítulo, "Prática da psicologia baseada em evidências e a construção do conhecimento científico em psicoterapias" disserta sobre a psicoterapia cognitivo-comportamental como uma psicoterapia empiricamente sustentada e a diferencia da PPBE, embora esta prática deva fazer parte do conjunto de habilidades, conhecimentos e atitudes do terapeuta cognitivo-comportamental. Ainda, este capítulo discute sobre a PPBE e apresenta diferentes delineamentos metodológicos com o intuito de oferecer um conhecimento amplo sobre a pesquisa em psicoterapia para que o terapeuta possa conhecer como se delineia a construção do conhecimento científico na área e qualifique sua prática profissional baseada em evidências.

Na busca pela melhor evidência disponível orientada pela PPBE, o terapeuta irá encontrar diferentes delineamentos metodológicos utilizados nos estudos em psicoterapia. Os aspectos discutidos neste capítulo auxiliarão na compreensão do terapeuta sobre quais perguntas impulsionam a pesquisa em psicoterapia, na análise sobre como o estudo foi conduzido para encontrar os resultados descritos e sobre como estes resultados poderão ser utilizados para responder à sua pergunta clínica e embasar o seu processo de tomada de decisão.

Financiamento decorrente do Programa de Desenvolvimento da Pós-Graduação (PDPG) – Pós-Doutorado Estratégico/CAPES – recurso proveniente do Edital nº 16/2022.

Dra. Márcia Elisa Jager

Dra. Samara Silva dos Santos

1

TERAPIA COGNITIVA:

INFLUÊNCIAS TEÓRICAS E ARGUMENTOS PARA SUA CONDIÇÃO ESSENCIALMENTE INTEGRATIVA

INTRODUÇÃO

A Terapia Cognitiva (TC), cujo principal expoente foi Aaron Beck, pode ser considerada o modelo teórico e prático central das abordagens cognitivas e cognitivo-comportamentais, uma vez que está presente em diferentes modelos psicoterapêuticos da abordagem. Desde a publicação dos primeiros estudos científicos em TC em 1977 (Rush *et al*., 1977) o modelo cognitivo vem tendo a sua eficácia e efetividade comprovada por diferentes pesquisas em psicoterapia, tanto no cenário internacional quanto nacional (Abreu, Roso, 2012; Beck, 2013; Beck, Alford, 2000; Beck, Kuyken, 2012; Dobson, Dobson, 2010; Knapp, Beck, 2008; Pheula, Isolan, 2007; Silva, 2012). A condição da TC como uma psicoterapia sustentada empiricamente tem impulsionado o interesse de clínicos pela abordagem cognitivo-comportamental (CFP, 2022; Norcross, Karpiak, 2012).

A TC está baseada no modelo de diátese-estresse, o qual presume que os fatores de vulnerabilidade de um indivíduo, em combinação com fatores ambientais ou estressores particulares, podem levar ao desenvolvimento de um transtorno mental. A TC se preocupa, predominantemente, com os fatores mantenedores dos transtornos mentais ou condição de sofrimento psíquico, ou seja, se preocupa com aqueles fatores que são responsáveis pela manutenção de problemas, sugerindo técnicas cognitivas e comportamentais focadas no aqui e agora para intervenção clínica (Hofmann, Hayes, 2020; Wenzel, 2018). O objetivo geral da TC é diminuir problemas de saúde mental abordando padrões cognitivos e comportamentais disfuncionais que causam interferência e/ou sofrimento excessivo na vida do indivíduo. Ou seja, a TC busca identificar e prever relações complexas entre eventos de modo a favorecer a adaptação e funcionalidade do indivíduo aos ambientes (Beck, Alford, 2000).

Conforme Beck *et al.* (2022), Beck e Alford (2000) e Beck e Kuyken (2012), os pressupostos da TC enquanto teoria científica

sugerem que o funcionamento psicológico (pensamentos, emoções e comportamentos) depende de "esquemas cognitivos" precocemente desenvolvidos, a partir da relação do indivíduo com figuras parentais e relações sociais, e mantidos ao longo da vida. De acordo com os autores, estes esquemas configuram uma rede de significados (interpretações) que o indivíduo possui sobre si, sobre o outro e sobre o mundo e que direcionam o seu contato com a realidade. Estes significados são conceituados, teoricamente, como crenças. As crenças são o núcleo central da estrutura cognitiva e estão intimamente associadas à emoção e ao comportamento, funcionando de forma interativa e dinâmica. As crenças representam uma teoria pessoal que o indivíduo desenvolve sobre si e sobre a realidade e podem ser coerentes ou incoerentes com o contexto e as experiências vividas na realidade concreta. Do conteúdo cognitivo das crenças é que se desenvolvem os pensamentos automáticos que geram emoções e comportamentos específicos do indivíduo frente a gatilhos ambientais. Para a TC, o nível de disfuncionalidade das crenças, pensamentos, emoções e comportamentos, bem como o sofrimento psíquico do indivíduo, gerado a partir dele, é que vai determinar a condição psicopatológica em saúde mental (Beck, Alford, 2000).

Ou seja, a concepção de psicopatologia está ligada ao resultado de crenças excessivamente disfuncionais e/ou de pensamentos demasiadamente distorcidos capazes de interferir negativamente e de forma significativa nas emoções e comportamentos do indivíduo, gerando prejuízos na adaptação e funcionalidade do indivíduo em diferentes contextos da vida.

A TC entende que para cada transtorno mental existe uma estrutura cognitiva com crenças, pensamentos automáticos, distorções cognitivas, emoções e comportamentos disfuncionais que explicam seu quadro sintomatológico e estão diretamente relacionados ao nível de gravidade da situação clínica. Nesta abordagem, os protocolos de atendimentos clínicos são cientificamente validados, possuem uma projeção do número de sessões estruturadas a

serem realizadas e buscam um foco na diminuição e/ou eliminação dos sintomas. O tratamento é planejado a partir de uma avaliação clínica que resulta em uma conceituação cognitiva, amplamente revista ao longo da intervenção conforme novas informações sobre a história de vida do cliente e padrões de pensamentos, emoções e comportamentos são identificados. A partir da conceituação cognitiva, uma lista de demandas é descrita pelo terapeuta, validadas pelo cliente e transformadas em objetivos terapêuticos (Abreu, Roso, 2012; Beck, Kuyken, 2012).

Os objetivos terapêuticos estabelecidos de forma colaborativa pela dupla cliente/terapeuta serão a base para a definição das estratégias e técnicas cognitivas e comportamentais a serem utilizadas ao longo da intervenção clínica. As técnicas centrais do modelo são a psicoeducação do(s) transtorno(s) mental(ais) e de seu modelo cognitivo e um conjunto de técnicas de reestruturação cognitiva e comportamental. Ainda, nesta abordagem, é comum o trabalho interdisciplinar uma vez que se entende que os aspectos psicológicos estão intimamente relacionados a aspectos biológicos e neuropsicológicos (Beck, 2013; Beck, Kuyken, 2012).

A dimensão temporal breve, focada no aqui e agora, direcionada por sintomas psiquiátricos e com protocolos baseados em sessões estruturadas, frequentemente, gera distorções entre pesquisadores, profissionais e terapeutas. Por vezes, a TC é compreendida por meio de dimensões estreitas e dicotômicas entre comportamento versus cognição, afeto versus cognição, orientação presente versus orientação passada, tratamento de curto versus longo prazo, técnica versus relacionamento terapeuta-cliente, consciente versus inconsciente, pensamentos automáticos versus autoconceito, conteúdo cognitivo versus processamento cognitivo falho e atenção a dimensões externas ou "ambientais" versus internas (Beck, Alford, 2000).

É comum que profissionais que desconhecem a complexidade da TC e a diversidade de suas bases epistemológicas e filosóficas

a interpretem como simplista, excessivamente técnica, protocolar e "fria". Ou seja, uma abordagem que não valoriza, de forma adequada, aspectos subjetivos e emocionais atrelados à saúde mental e que não reconhece a influência do inconsciente na compreensão da dinâmica de funcionamento do cliente, apresenta-se, portanto, como uma abordagem psicoterapêutica limitada (Wenzel, 2018). No entanto, a teoria e prática da TC é um conjunto complexo de teorias e metateorias que sustentam o modelo teórico e a intervenção em demandas clínicas. A prática clínica do terapeuta se sustenta no processo de tomada de decisão sobre técnicas a serem aplicadas no contexto clínico e sobre como integrar TC com outras abordagens cognitivo-comportamentais (Beck, Alford, 2000).

A estrutura teórica e unificadora da TC demonstra que técnicas clínicas de outras abordagens psicoterapêuticas podem ser incorporadas à prática clínica, desde que sejam validadas cientificamente e teoricamente consistentes e coerentes com os pressupostos originais da TC. Isso possibilita que a prática clínica esteja em constante evolução mediada pela responsabilidade técnica, ética e criativa do terapeuta (Beck, Alford, 2000; Wenzel, 2018) e que novas propostas em psicoterapia cognitiva comportamental possam surgir como forma de manter a constância da inovação técnica e científica na abordagem (Beck, Alford, 2000). Este capítulo busca revisar as influências teóricas que ofereceram suporte para a construção do modelo cognitivo que lhe conferem a condição de uma terapia essencialmente integradora.

DISCUSSÃO

INFLUÊNCIAS PSICANALÍTICAS

O modelo teórico da TC apresenta conceitos que podem ser complementares (e até subordinados) a conceitos da teoria psicodinâmica freudiana. Uma importante influência para os fundamentos da TC foi a formulação freudiana de estruturação hierárquica da cognição em processo primário e secundário (Beck, 1963). Os processos primários ocorrem em nível inconsciente e se referem a um tipo de energia no aparelho mental que flui livremente por meio das representações mentais. Já os processos secundários seriam ações interiorizadas do sistema pré-consciente. Estes processos ocorrem em um nível racional de pensamento que leva em consideração o mundo externo. Para Freud, o pensamento é um deslocamento da energia mental que visa a descarga motora da excitação, ou seja, a ação. Esta pode ser imediata ou reflexa, no caso de ser dirigida pelo processo primário, ou incorporar a atividade do sujeito em seu meio, quando é regida pelo processo secundário. Baseado então na compreensão do pensamento como processos primários e secundários, Freud definiu o pensar como um fenômeno psíquico que estabelece conexões entre representações advindas da experiência perceptiva ou das ações que o indivíduo executa em seu meio. Neste sentido, o pensamento racional, para Freud, é experiencial (Freud, 1989). O foco nos processos intrapsíquicos é um legado da teoria psicanalítica, embora os procedimentos terapêuticos sejam mais semelhantes à terapia comportamental (Beck, 1984).

Outra influência da psicanálise na TC é a ideia de que os sintomas são baseados em ideias patogênicas (Beck, 1963). Freud definiu o sintoma como o resultado de conflitos inconscientes entre o eu e as pulsões sexuais que, por serem incompatíveis com a integridade

ou com os padrões éticos do eu, são recalcadas, ou seja, são impedidas de se tornarem conscientes. O sintoma aparece quando o recalcamento fracassa e a libido represada insatisfeita, que foi repelida pela realidade, procura outras vias de satisfação (Freud, 1980).

Mesmo não assumindo os conceitos ligados à teoria psicossexual, não reconhecendo a necessidade de romper o mecanismo de repressão para o acesso às memórias e significados, rejeitando o modelo predominantemente motivacional e a ideia de instintos proibitivos inconscientes protegidos por mecanismos de defesa (Beck, 1984; Beck, Alford, 2000), Beck *et al.* (2022) pareceram mostrar, na dinâmica da estrutura cognitiva dos transtornos mentais, a condição disfuncional (ideia patogênica) como central para a condição de sofrimento psíquico. Nesta análise, pode-se inferir que o sintoma se manifesta no pensamento disfuncional padrão e na sua relação com emoções e comportamentos desadaptativos que dificultam, de forma significativa, a interação do indivíduo em seu meio social, familiar, acadêmico e/ou profissional. Estes pensamentos automáticos possuem origem nas crenças centrais, também disfuncionais, que irradiam temas emocionais que tencionam e distorcem a compreensão do indivíduo sobre a realidade e os padrões de relacionamentos afetivos desenvolvidos e construídos nela.

Este movimento de questionamento teórico em psicanálise desenvolvido por Beck ancorou-se em alguns pesquisadores neofreudianos que foram suas referências ao longo de seu desenvolvimento como clínico e pesquisador. Foram eles: Alfred Adler (1870-1937), Karen Horney (1885-1952) e Harry Sullivan (1892-1949) (Beck, 1984; Beck, Alford, 2000). Embora não se tenha a pretensão de aprofundar as ideias teóricas destes autores, tendo em vista o recorte teórico e prático desta revisão de literatura, pareceu relevante considerar algumas de suas ideias principais para refletir, mesmo que brevemente, sobre suas influências na TC.

Alfred Adler defendeu que o meio social e a preocupação contínua do indivíduo em alcançar objetivos preestabelecidos são o que determinam o comportamento humano e a formação de personalidade. Para Adler os humanos são mais motivados por suas expectativas em relação ao futuro do que pelas experiências do passado, distanciando-se (mas não negando) do pensamento freudiano que prioriza e supervaloriza as experiências infantis como núcleo da personalidade. Para ele, a importância estava em reconhecer os tipos de influências iniciais que predispõem a criança a um estilo de vida. O teórico estudou, especialmente, os sentimentos de inferioridade, a busca pela superioridade, o interesse social, o estilo de vida e a ideia de *self* criativo (Adler, 1967).

Karen Horney questionou algumas ideias da teoria da sexualidade e da orientação instintiva característica da obra freudiana. Para ela, a diferença entre a estrutura psíquica de homens e mulheres estava ligada a diferenças sociais e culturais. Horney acreditava que as experiências sociais na infância eram o que influenciava, predominantemente, a personalidade e não apenas os desejos sexuais reprimidos. Horney refletiu sobre a influência parental nas experiências infantis e a maneira como a criança representa a relação com os pais na formação de personalidade (Horney, 1937).

Harry Stack Sullivan defendeu que o desenvolvimento da personalidade humana e a natureza das doenças psiquiátricas eram causadas por fatores emocionais e por características das relações interpessoais construídas ao longo da vida. Ele chamou a atenção sobre a possibilidade (e necessidade) da pesquisa científica em psicoterapia analítica quando defendeu que as relações interpessoais, em contraste com o funcionamento da mente, poderiam ser diretamente observadas. Acrescentou que quaisquer princípios baseados em relações interpessoais poderiam ser submetidos a pesquisas que poderiam ser provadas ou refutadas por meio da pesquisa em psicoterapia. Suas obras forneceram um caminho para a psicologia e psiquiatria se tornarem especialidades científicas (Chapman, Silva, 1980).

Das ideias dos neofreudianos apresentadas, podemos supor a origem de uma das principais ideias beckianas: o reconhecimento das experiências passadas recentes e/ou remotas (infância/adolescência) na formação de crenças centrais e intermediárias que estruturam a personalidade e a maneira como elas interferem no funcionamento cognitivo, emocional e comportamental do indivíduo (Beck *et al*., 2022). Ainda, especialmente a partir do pensamento de Sullivan, pode-se sugerir a influência das ideias da terapia cognitiva sobre a importância da psicoterapia se tornar um objeto de estudo científico e a Psicologia, uma ciência.

Outra influência importante é a percepção da presença significativa de processos inconscientes na etiologia, desenvolvimento e manutenção de sintomas em transtornos mentais (Beck, 1984; Beck, Alford, 2000). No entanto, o inconsciente, para Beck, possui características e condições de funcionamento diferentes das propostas pelo conceito psicanalítico de inconsciente dinâmico. Na TC, os processos conscientes são compreendidos por meio do conceito de inconsciente cognitivo, uma vez que o modelo cognitivo parte das neurociências cognitivas para compreender o funcionamento mental. A psicologia cognitiva e as ciências cognitivas forneceram o substrato teórico para entender o funcionamento consciente e inconsciente, fundando-se no conceito de mente como mecanismo de processamento de informação (Callegaro, 2005).

A ideia de inconsciente cognitivo aparece no modelo da TC em um de seus principais conceitos: esquema (Callegaro, 2005; Freeman, 1998). Beck (1967) destacou que um esquema é uma estrutura cognitiva que processa a informação. Este esquema, formado por um conjunto de crenças, é responsável por filtrar, codificar e avaliar os estímulos internos e externos aos quais o indivíduo é submetido. Os esquemas conferem também ao indivíduo uma orientação em relação ao tempo e ao espaço e também oferecem uma base para a interpretação de experiências vividas. Os esquemas influenciam a arquitetura mental do sujeito e governam sua forma de interpretar

os acontecimentos. Os esquemas são mecanismos inconscientes que afetam o comportamento, cognição, fisiologia e emoções, e se tornam, com o passar do tempo, a própria definição da pessoa a respeito de si, do outro e do mundo.

Relatos de Beck e Ellis, em uma convenção anual em Washington promovida pela Associação Americana de Psicologia (*American Psychology Association – APA*) em 2000, descrevem o valor de algumas ideias de Sigmund Freud para suas teorias. Beck afirmou ter recebido forte influência da "ideia do determinismo psicológico" e Ellis declarou que "uma das principais coisas que ele (Freud) fez foi chamar a atenção para a importância do pensamento inconsciente".

Portanto, o modelo teórico da Terapia Cognitiva (TC) incorpora conceitos da psicanálise, como a hierarquia da cognição proposta por Freud, que distingue entre processos primários (inconscientes) e secundários (racionais), por exemplo. Ainda, enquanto Freud associa sintomas a conflitos inconscientes, Beck, embora não siga a teoria psicossexual, percebe ideias patogênicas como centrais para o sofrimento psíquico, enfatizando a relação entre pensamentos disfuncionais e emoções. Influências de neofreudianos, como Adler, Horney e Sullivan, moldaram a TC ao destacar a importância das experiências passadas, o impacto social e as relações interpessoais. Beck também introduziu o conceito de inconsciente cognitivo, fundamentado nas neurociências, sugerindo que esquemas cognitivos moldam a percepção e interpretação da realidade. A TC reconhece o valor de Freud em compreender o pensamento inconsciente, integrando elementos psicanalíticos em sua abordagem terapêutica.

INFLUÊNCIAS DA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA COMPORTAMENTAL (TREC) DE ALBERT ELLIS

Os escritos de Ellis precederam os de Beck e forneceram apoio à divergência de Beck em relação à psicanálise freudiana (Beck, Alford, 2000). Ellis também atuou, durante muito tempo, baseado na psicanálise. Enquanto psicanalista, suas observações sobre a prática clínica e sobre a melhora de seus clientes foram gerando evidências de que eles melhoraram rapidamente, independentemente de terem sessões semanais ou diárias. Ainda, alterando sua postura técnica nas intervenções psicoterapêuticas para um papel mais ativo, fazendo interpretações e dando conselhos quando ele atendia pessoas com problemas sexuais ou familiares, percebeu uma melhora mais rápida e significativa do que quando utilizava procedimentos psicanalíticos (Rangé, 2007).

No final de 1953, Ellis já não se definia como psicanalista e começou a desenvolver uma forma própria de psicoterapia. Em 1955, Ellis já se concentrava em mudar o comportamento de seus clientes confrontando suas crenças irracionais, ajudando-os a adotar crenças racionais frente aos diferentes problemas do cotidiano (Rangé, 2007).

Albert Ellis inicia, em 1958, com a Terapia Racional (TR), sugerindo um modelo de psicoterapia que reconhece a influência de processos cognitivos sobre emoções e comportamentos. Em 1962, entendendo que o fenômeno psicológico estava além da esfera racional, Ellis acrescentou o termo "emotiva" à Terapia Racional, transformando o conceito em Terapia Racional-Emotiva (TRE). Em 1993 acrescentou o termo "comportamental", sendo esta abordagem conhecida, a partir de então, como Terapia Racional-Emotiva Comportamental (TREC) (Lipp, Lopes, Spadari, 2019).

A TREC pode ser considerada uma das primeiras terapias cognitivo-comportamentais. Tem como objetivo buscar a solução de problemas de forma direta e eficiente por meio de mudanças emocionais e comportamentais e do desafio a pensamentos

autoderrotistas (Rangé, 2007). Sua premissa básica, inicialmente, foi explicada pelo modelo ABC. Este modelo propõe que uma experiência ou evento (A) ativa crenças individuais (B) que, por sua vez, geram consequências (C) emocionais, comportamentais e fisiológicas (Dryden, David, Ellis, 2010; Rangé, 2007). A partir do modelo ABC há uma expansão, incorporando outros elementos: DEF, sendo que "D" refere-se a disputa ou debate racional, "E" refere-se a uma nova filosofia (ou seja, a incorporação no sistema de crença da pessoa de ideias e pensamentos mais flexíveis ou menos absolutistas) e "F" refere-se a um novo sentimento gerado por meio desta mudança (Petersen, 2011).

O pressuposto central da TREC, derivado da filosofia Estoica, é a ideia de que os seres humanos modelam seus comportamentos e sua interação com o mundo a partir de crenças racionais e irracionais. As crenças racionais representam pensamentos que geram estados emocionais equilibrados que geram comportamentos adaptativos. Já as crenças irracionais representam pensamentos que geram reações emocionais perturbadas e comportamentos problemáticos e desadaptativos. Nas crenças irracionais são comuns avaliações absolutistas da realidade que tendenciam padrões de pensamentos caracterizados pela negatividade, exigências morais e rotulação (Ellis, 1962). O objetivo da TREC seria identificar estas crenças irracionais e, por meio de questionamento, desafio, disputa e debate lógico-empírico, modificá-las (Dryden, David, Ellis, 2010).

O Estoicismo, filosofia que influencia a TREC parece ter influenciado a TC, especialmente no que se refere ao entendimento da influência dos processos cognitivos no funcionamento emocional e comportamental e no uso dos métodos lógico-empíricos da ciência para questionar crenças irracionais. A TREC introduziu a ideia de que crenças irracionais afetam diretamente as emoções. Essa noção também se apresenta na TC que explora como pensamentos automáticos, especialmente caracterizados pela negatividade, exigências morais e rotulação, influenciam sentimentos e ações. A TREC possui uma abordagem direta e confrontativa que também influenciou a TC em ser mais ativa e orientada para a solução de problemas.

INFLUÊNCIAS DA PSICOLOGIA SOCIAL

A psicologia social também foi suporte para o desenvolvimento teórico da TC (Beck, Alford, 2000). A psicologia social é o estudo científico da influência recíproca entre as pessoas e dos processos cognitivos e afetivos. Qualquer comportamento de uma pessoa (por exemplo, um aperto de mão, um sorriso, um olhar, uma fala) em direção a outra produz uma resposta, ou seja, um outro comportamento que configura uma interação social: fenômeno estudado pela psicologia social (Rodrigues, Assmar, Jablonski, 2022). Falar em psicologia social enquanto campo do conhecimento científico em Psicologia representa adentrar em um conjunto amplo de conceitos e pressupostos específicos que podem convergir ou divergir entre si. Mas, na relação entre psicologia social e TC, a Teoria Social Cognitiva de Bandura pode ser destacada.

Bandura foi um importante influenciador no desenvolvimento das psicoterapias cognitivo-comportamentais. A Teoria Social Cognitiva (TSC) refere-se, em linhas gerais, à compreensão do indivíduo como fazendo parte de um ou mais ambientes sociais que influenciam e são influenciados entre si. A partir do conceito de agência humana, Bandura explicou a capacidade do indivíduo desenvolver mecanismos de autorregulação que definem cursos de vida e tomada de decisões. Isto significa entender o indivíduo como um agente da própria mudança e não como um "simples" hospedeiro ou espectador de mecanismos internos regidos por eventos ambientais. O conceito de agência está relacionado ao fenômeno da intencionalidade do agir. Neste lugar ativo no processo de mudança, os objetivos de vida são o que conferem significado, direção e satisfação à vida e os sistemas sensorial, motor e cerebral atuam como ferramentas para que as pessoas possam realizar tarefas para que estes objetivos possam ser atingidos (Bandura, Azzi, Polydoro, 2008).

No processo de aprendizagem, além do conceito de agência humana, Bandura disserta sobre *self*, autoeficácia, eficácia coletiva, modelação, autorregulação e desengajamento moral. Todos estes conceitos compartilham da ideia de que o comportamento é parte de um determinismo recíproco envolvendo, também, aspectos cognitivos e o ambiente externo. Desta forma, os eventos cognitivos são determinantes do comportamento humano: é a maneira pela qual o indivíduo processa e transforma ativamente os estímulos externos que irá determinar o seu comportamento ao mesmo tempo em que este comportamento também determinará o ambiente (Bandura, Azzi, Polydoro, 2008).

A TSC ao reconhecer a importância do contexto social e das interações na formação de crenças e comportamentos enriqueceu os pressupostos teóricos e práticos da TC. A cognição como fenômeno psíquico central na avaliação e intervenção em psicopatologias é a principal premissa da TC. No modelo cognitivo, a relação triádica entre pensamentos, emoções e comportamentos, e a relação dos padrões cognitivos encontrados nos pensamentos automáticos com as crenças centrais e intermediárias do indivíduo evidenciam as premissas centrais da TSC.

De fato, ao trabalhar com a psicologia clínica, com a subjetividade humana, a TC assume, essencialmente, a ideia de que todo comportamento humano está inserido em um contexto social. Sílvia Tatiana Maurer Lane (1933-2006) é uma importante teórica da psicologia social no contexto brasileiro e, ao pensar a psicologia clínica, defendeu que ela nunca esteve desvinculada da psicologia social. Lane (2006) argumentou que os comportamentos dos indivíduos são influenciados socialmente desde o momento do nascimento ou até mesmo antes dele. Quando interagimos um com o outro interagimos com a história de vida do outro, com a história do grupo social a qual este outro pertence e, recebendo essa influência, a nossa história também se altera. Portanto, não se pode dizer que existem comportamentos humanos que não envolvam componentes sociais (Lane, 2006).

Beck, ao analisar e compreender pensamentos e comportamentos de seus clientes, leva em consideração aspectos culturais e históricos ao entender e analisar os padrões cognitivos e comportamentais produzidos por (e que produziram) seus sintomas. Ao compreender o quanto um pensamento, emoção ou comportamento gera prejuízos funcionais significativos ao indivíduo, Beck compreende a análise de padrões e normas culturais bem como analisa o lugar destes pensamentos e comportamentos como fenômenos que representam uma história de vida. Ou seja, entende os pensamentos, emoções e comportamentos como fazendo parte de um complexo repertório de aprendizagens cognitivas, afetivas e comportamentais aprendidas ao longo de sucessivas experiências sociais.

O processo de conceituação de caso, que é contínuo, está atravessado pela análise das relações sociais que este indivíduo construiu ao longo de sua vida e como essas relações originaram e realizaram a manutenção de seus sintomas e/ou queixas. A reestruturação cognitiva e as técnicas comportamentais estão sustentadas na linguagem, na compreensão dos significados dos pensamentos e no questionamento de verdades absolutas a partir de uma reflexão colaborativa sobre as relações sociais que o indivíduo estabeleceu ao longo da vida. Toda e qualquer intervenção na TC está permeada pelas relações sociais do indivíduo, ao longo da vida e pelas relações interpessoais com o próprio terapeuta. Então, pode-se inferir que Beck está reconhecendo que "o social" está presente no indivíduo na manifestação de sua psicopatologia como um conjunto de informações, símbolos e significados socialmente e culturalmente construídos ao longo de sua história de vida.

Rebeta (2017) ao falar dos transtornos de personalidade, validou estas ideias quando cita Ascoli *et al*. (2011). Estes autores argumentaram que o diagnóstico de transtorno da personalidade, assim como a própria definição do que se constitui uma personalidade normal ou patológica, é um constructo inteiramente cultural e social.

Os manuais diagnósticos psiquiátricos, ao definirem os critérios diagnósticos para os transtornos mentais, chamam a atenção para que os profissionais avaliem os vieses culturais na manifestação dos sintomas. É a cultura quem, essencialmente, vai determinar o nível de disfuncionalidade de um determinado comportamento não podendo ele ser caracterizado como sintomático sem antes conhecer seus precedentes sociais e culturais (APA, 2013).

Rebeta (2017) acrescentou que, na intervenção em TC, o clínico deve abrir mão de todos os pressupostos e de todas as interpretações prematuras sobre a narrativa do cliente, de modo a facilitar que ele expresse os seus pensamentos e emoções de forma livre e genuína. O autor acrescentou que a intervenção deve ser cuidadosamente planejada e realizada considerando os aspectos culturais e sociais do cliente. Conforme Lane (2006), a psicologia social visa a explicação dos processos sociais que se expressam no ser humano e isto ocorre em qualquer contexto de atuação do psicólogo. Então, pode-se pensar que a TC apreende o contexto social, embora essa relação não apareça de forma evidente nos trabalhos de Aaron Beck. Contudo, na medida em que os interessados na abordagem criam repertório de leitura e de prática em TC, essa relação torna-se bastante evidente. Lane (1985) coloca que o sujeito da ação é um grupo: o homem fala, pensa, aprende e ensina, transforma a natureza; o homem é cultura, é história. Para ela, todo ser humano traz consigo uma dimensão social e histórica que não pode ser descartada ao analisarmos e compreendermos seus pensamentos e comportamentos.

Uma outra relação possível e evidente da prática da TC com os aspectos sociais e culturais pode ser visível através de uma aproximação com a teoria bioecológica do desenvolvimento humano, desenvolvida por Urie Bronfenbrenner. A Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (TBEDH) dialoga com a TC ao destacar a importância do contexto em que o desenvolvimento humano ocorre. Esta teoria pode ser integrada com diferentes tipos de psicoterapias pois é uma abordagem que funciona como uma estratégia de avaliar pessoas em desenvolvimento (Petersen, Wainer, 2011).

Bronfenbrenner (1996) explicou sua teoria através do modelo "Pessoa (P) – Processo (P) – Contexto (C) – Tempo (T) – PPCT". O termo "Pessoa" refere-se ao fenômeno de constâncias e mudanças ao longo da vida e às características do indivíduo em desenvolvimento como convicções, nível de atividade, temperamento, metas, motivações, gênero, entre outras. O termo "Processo" diz respeito à participação ativa do indivíduo em interação progressivamente mais complexa e recíproca com pessoas, objetos e símbolos no ambiente imediato que ocorre de forma regular e duradoura. O termo "Contexto" refere-se a ambientes em que o indivíduo faz parte e que influenciam no seu desenvolvimento (Bronfenbrenner, Morris, 1998).

Estes ambientes são denominados como microssistema (família, trabalho, escola), mesossistema (relações entre dois ou mais microssistemas), exossistema (ambientes em que a pessoa não participa diretamente, contudo, os acontecimentos nesses ambientes afetam ou são afetados pelo ambiente onde se encontra a pessoa em desenvolvimento) e macrossistema (todos os ambientes, formando uma rede de interconexões que se diferenciam de uma cultura para outra). O termo "Tempo" refere-se às pressões temporais exercidas sobre a pessoa decorrentes de eventos históricos a que está exposta (Bronfenbrenner, Morris, 1998).

Ao olharmos atentamente para o modelo PPCT pode-se perceber a interlocução desta teoria na TC. A teoria bioecológica enfatiza como os diferentes contextos (microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema) impactam o desenvolvimento do indivíduo. Na TC isso é considerado ao avaliar como o ambiente e as relações sociais influenciam os pensamentos e comportamentos dos indivíduos. A abordagem bioecológica sugere que o desenvolvimento é resultado de interações dinâmicas entre o indivíduo e seu ambiente. Isso reflete a visão da TC de que crenças e emoções são moldadas por experiências e interações sociais. A abordagem de Bronfenbrenner pode se apresentar como uma teoria que oferece uma moldura para compreender a pessoa, considerando a sobreposição

e influência de diferentes variáveis no seu desenvolvimento ao longo da vida (Petersen, 2011). Isso se alinha à TC quando ela considera a evolução das crenças e padrões de pensamento ao longo do tempo e suas implicações na prevenção e promoção de saúde mental.

INFLUÊNCIAS DA FILOSOFIA ESTOICA E DO BUDISMO

A TC possui influências de filósofos estoicos e da filosofia budista (Beck; Alford, 2000). Para os filósofos estoicos, as emoções negativas são resultado de erros de julgamento. Nesta perspectiva, uma pessoa saudável seria aquela que não deixaria suas emoções guiarem os seus comportamentos e que viveria em sintonia com o que o destino lhe oferecesse. Epicteto (55-135 d.C.) filósofo grego estoico, defendeu que o que perturbava as pessoas não eram os fatos em si, mas sim o que pensavam sobre eles (Castanheira, Grevet, Cordioli, 2018). A TC sustenta nesta ideia um de seus principais e centrais pressupostos: o que causa o sofrimento não é a situação em si, mas a interpretação que o indivíduo faz dela. As emoções perturbadoras são decorrentes dessa avaliação e percepção que podem levar a crenças disfuncionais que, quando corrigidas, possibilitam o desaparecimento de sintomas (Beck *et al*., 2022).

O budismo é uma religião indiana baseada nos ensinamentos de Sidarta Gautama, conhecido como Buda. O termo "Buda" significa "acordado", aquele que superou a ignorância e é capaz de ver a realidade como ela é distante de delírios ou obstrução mental. Este estado de realização absoluta, iluminação e capacidade plena de entender a natureza de todos os fenômenos é chamada de Nirvana. No 14º encontro entre Dalai Lama e Aaron Beck, na abertura do V Congresso Internacional de psicoterapia cognitivo-comportamental ocorrido em junho de 2005, na cidade de Gotemburgo, Suécia, Beck descreveu as aproximações entre a TC e o budismo (Giuffra, 2009).

Neste encontro Beck defendeu que tanto o budismo quanto a TC buscavam o mesmo objetivo: eliminar o sofrimento e insatisfação humana, alcançar a serenidade e a paz interior. Ambas as abordagens têm os mesmos valores ao dar importância para a sabedoria, a compaixão, a compreensão e a aceitação, encorajando o altruísmo. Budismo e TC também identificaram as mesmas causas de insatisfação e sofrimento: a mente associa ideias negativas para certos eventos em nossas vidas. A mente experimenta ódio, apegos, inveja e desejos baseado na ignorância. As abordagens defenderam que as emoções não são resultado de eventos reais e sim uma forma de nossas mentes processá-las. Além disso, tanto os terapeutas cognitivos quanto os praticantes budistas buscam treinar a mente para melhorar a objetividade, diminuir as distorções, erradicar o sofrimento e alcançar a felicidade. Neste encontro, a natureza do sofrimento humano, crenças e emoções, compaixão e integração entre Psicologia e espiritualidade validaram uma interseção significativa entre a psicologia cognitiva e o budismo. Dalai Lama reconheceu o valor da TC para aliviar o sofrimento e Aaron Beck reconheceu o valor das práticas espirituais, como a meditação e a compaixão, para o bem-estar mental.

INFLUÊNCIAS DA BIOLOGIA EVOLUCIONÁRIA

Mahoney (1998) destacou que o estudo da espécie humana é relevante para o estudo do desenvolvimento do indivíduo em seus processos de mudanças. Para o autor, as mais importantes contribuições dos estudos evolucionistas para a compreensão e intervenção em processos de mudança estavam em seu reconhecimento da dinâmica e da complexidade da vida em movimento. A biologia evolucionária contribuiu para o desenvolvimento teórico da TC, especialmente a teoria desenvolvida por Charles Darwin (Beck, Alford, 2000).

Darwin (2009) chamou a atenção para o fato de que comportamentos e padrões motores são características tão confiáveis e conservadas nas espécies humanas quanto os órgãos e músculos no corpo, devendo ser submetidos às mesmas leis de transmissão hereditária, seleção e mutação. Darwin, ao observar e estudar diferentes sentimentos e emoções em homens e animais, por meio da observação das expressões e movimentos da face, concebeu as emoções como comportamentos primordialmente expressivos: mudanças fisiológicas, expressões faciais e atitudes automáticas, inconscientes e inatas. As mudanças corporais observáveis que caracterizam cada emoção auxiliam a pessoa que está sentindo a emoção a interagir com o meio através da manifestação de sinais para os que estão ao seu redor (Darwin, 2000a).

Para Darwin (1872/2000b) o comportamento humano poderia ser comparado ao comportamento dos animais e teria princípios gerais independentes de influências culturais e da aprendizagem, como a transmissão hereditária de caracteres adquiridos de uma geração para outra. O comportamento varia entre os indivíduos e tornam-se mais frequentes na medida em que facilitam o indivíduo a se adaptar ao meio, enaltecendo sua função estratégica (adaptativa). Darwin situou o comportamento em uma base evolutiva, permitindo que se compare e se classifique as espécies a partir de sua interação com o ambiente.

O evolucionismo darwiniano associado à crescente realização de estudos empíricos sobre o comportamento são o contexto da época para a TC. O conceito "biopsicossocial" utilizado pela TC refere o reconhecimento da biologia como um aspecto que, integrado às questões psicológicas e sociais, caracteriza o comportamento de um indivíduo (Bahls, Navolar, 2004). Os estudos evolucionistas enfatizam que a sobrevivência e a realização pessoal envolvem uma interdependência entre o sistema vivo e o seu meio em mutação. Sendo assim, o indivíduo é, ao mesmo tempo e em uma perspectiva processual, o produto, produtor e o próprio processo do seu desenvolvimento humano. Como escultura inacabada e escultor, a forma e função do indivíduo tanto estabiliza quanto transforma (Mahoney, 1998).

Beck pareceu buscar na teoria darwiniana fundamentos para defender, teoricamente, a relação entre pensamentos, emoções e comportamentos. As emoções vivenciadas derivam-se do modo como os acontecimentos são interpretados e avaliados, e são expressas, pelo indivíduo, através do comportamento. Beck também reconheceu o comportamento observável (incluindo a linguagem verbal) como uma das principais formas de projetar ao mundo externo as crenças e pensamentos automáticos disfuncionais. Também reconheceu o caráter genético da personalidade humana e buscou no valor adaptativo dos sintomas (pensamentos, emoções e comportamentos) dos transtornos mentais uma importante causa para sua etiologia e manutenção.

A percepção evolucionista da teoria de Darwin influenciou também na compreensão da TC sobre a mente humana estar em constante evolução e buscar a manutenção da espécie, uma vez que entende que padrões desadaptativos tiveram uma função adaptativa no passado, garantindo a sobrevivência emocional do indivíduo em períodos críticos do desenvolvimento emocional. O conceito de adaptação trazido por Darwin também aparece na TC quando Beck busca, através das técnicas de reestruturação cognitivas e comportamentais, aumentar o potencial de adaptação e de funcionalidade do indivíduo ao ambiente.

INFLUÊNCIAS DA NEUROPSICOLOGIA

A Neuropsicologia é considerada uma disciplina científica que se ocupa das relações entre as funções cognitivas e suas bases biológicas, buscando estabelecer uma relação entre os processos mentais e o funcionamento cerebral. Esta disciplina científica dedica-se a estudar a expressão comportamental, emocional e social das disfunções cerebrais e as inter-relações entre cérebro, comportamento e funções cognitivas (Luria, 1980). O modelo cognitivo da TC pressupõe um processamento cognitivo automático e a presença de um

inconsciente cognitivo que descreve estruturas e processos mentais que operam fora da consciência, mas que determinam pensamentos, emoções e comportamentos conscientes (Beck, Alford, 2000).

Da Neuropsicologia, Beck buscou referência para desenvolver um importante pressuposto teórico na TC: o processamento cognitivo inconsciente. Damásio (2012) enfatizou que a maior parte do processamento mental ocorre fora da consciência, envolvendo, portanto, um processamento cognitivo inconsciente. Uma nova proposta para o processamento inconsciente, que diferia do processamento inconsciente dinâmico, surgiu com John Kihlstrom, em 1987. Kihlstrom argumentou que o funcionamento mental envolve conteúdos conscientes que provêm do processamento inconsciente de informações. Ou seja, não estamos conscientes do processamento em si, somente do resultado final. Este mecanismo inconsciente aparece no afeto, na motivação, na autorregulação, no controle e na metacognição humana (Hassin, Uleman, Bargh, 2005).

Sobre o processamento cognitivo, a neurociência tem demonstrado que existem sistemas de memórias implícitas que são de fundamental relevância para compreender cognições que não são acessíveis à percepção consciente. A memória implícita é demonstrada por qualquer mudança no pensamento ou ação do indivíduo que é atribuída a alguma experiência passada, mas sem lembrança consciente do evento ocorrido (Hassin, Uleman, Bargh, 2005). Não é difícil reconhecer esta influência em Beck quando se analisa o funcionamento dinâmico entre crenças centrais, intermediárias, pensamentos automáticos, emoções e comportamentos. Sabe-se que o conteúdo cognitivo e emocional padrão dos pensamentos automáticos é parcialmente acessível à consciência e representam temas que caracterizam a história de vida passada do indivíduo, estruturada em crenças centrais e intermediárias.

Beck, desde a etiologia da TC, baseou seus pressupostos em conhecimentos reconhecidos pela ciência e produziu, também, conhecimentos teóricos e práticos baseados nela (Beck *et al*., 2022).

Ele sabia que, conforme afirma Callegaro (2005), idealmente, uma teoria psicoterápica necessita do conhecimento científico e das evidências disponíveis em outras áreas estabelecidas do conhecimento humano, bem como do suporte neurobiológico e das ciências do comportamento no que se refere às suas hipóteses testáveis. Beck também sempre procurou (e dedicou-se arduamente a isso) que a TC fosse reconhecida enquanto uma psicoterapia sustentada empiricamente (Beck *et al.*, 2022).

Callegaro (2005) descreveu que o *status* de deter um correlato neural é algo almejado por algumas escolas psicoterápicas. Sabe-se que esse caminho era idealizado por Beck. Por esta razão, ancorar-se na Neuropsicologia, um campo do conhecimento científico consolidado e com relações conceituais extremamente próximas, que poderia trazer à sua teoria uma importante sustentação científica. As influências da Neuropsicologia ajudam a fortalecer a base científica da TC, promovendo uma abordagem que considera a interconexão entre mente, cérebro e comportamento.

INFLUÊNCIAS CONSTRUTIVISTAS

O construtivismo possui uma concepção epistemológica que compreende o conhecimento como uma organização pessoal e singular repleta de significados construídos pela via dos aspectos emocionais das experiências vividas (Abreu, Roso, 2012). Esta perspectiva defende que os seres humanos constroem ativamente suas realidades pessoais e criam seus próprios modelos representacionais de mundo. A TC indica exatamente esta ideia quando ela sugere a construção da realidade a partir de significados pessoais privados, aceitando e valorizando uma realidade interna pessoal, subjetiva e fenomenológica (Beck, Alford, 2000), estando coerente com uma ideia construtivista e realista (Castañon, 2005).

O construtivismo crítico, segundo Mahoney (1998), é uma abordagem que defende a existência de uma realidade externa objetiva, mas que é condicionada à forma como o sujeito interpreta as experiências vividas nela. Para os construtivistas críticos, o indivíduo não é um produtor solitário e autossuficiente da própria experiência, mas sim um cocriador ou coconstrutor da sua realidade pessoal. O prefixo "co-" representa a interdependência interativa do indivíduo com o ambiente físico e social (Mahoney, 1998). Na psicoterapia cognitivo-construtivista, alguns dos autores representativos que partem dessa referência são Michael Mahoney (1946-2006) (EUA), Vittorio Guidano (1944-1999) (Itália), Oscar Gonçalves (Portugal) Jeremy Safran (1952-2018) (EUA), Leslie Greenberg (1945-) (Canadá) e Robert Neimeyer (1976-1982) (EUA) (Amorim, Castañon, 2013).

A concepção realista que caracteriza o construtivismo crítico defende que as representações mentais humanas se referem a objetos que existem no mundo real e que, portanto, independem de nossa mente. Nesta concepção, as teorias sobre a realidade são construídas pelo indivíduo, baseado no mundo real e condicionam (mas não determinam) o olhar e interpretação sobre ela. Nesta perspectiva, apesar das teorias pessoais sobre a realidade não serem uma cópia do real nem terem sido produzidas por ele, mas sim pelo sujeito, elas são suas aproximações e, o objeto do conhecimento, apesar de não determinar as representações mentais e teorias sobre ele, influencia no processo de sua construção (Castañon, 2005).

As influências desta base epistemológica na TC podem ser percebidas desde a origem da TC, quando se defendeu a existência de uma realidade externa que é interpretada pelo indivíduo a partir de sua realidade interna, ou seja, suas crenças centrais e intermediárias. Todo pensamento automático, emoção e comportamento manifestado pelo indivíduo encontra sua origem nestas crenças que mediam o contato do indivíduo com a realidade. Essa análise amplia a defesa já realizada por Castañon (2005) sobre a TC ser, essencialmente, construtivista.

Além do construtivismo crítico, tem-se também a abordagem construtivista radical, baseada em uma concepção idealista (Castañon 2005; Mahoney, 1998). O construtivismo radical é uma abordagem que defende não existir uma realidade além da própria experiência pessoal do indivíduo (Amorim, Castañon, 2013; Mahoney, 1998). Nesta perspectiva, o indivíduo vive seu mundo interno como referência da realidade, não tendo nenhuma base objetiva para julgar suas representações mentais ou as dos outros. A realidade seria somente aquilo construído mentalmente, como tal, sem influência de um mundo externo objetivo e independente (Castañon, 2005; Mahoney, 1998).

Equivocadamente, existe uma tendência de compreender a TC como essencialmente objetivista. Esta ideia costuma se basear na crença (equivocada) de que o terapeuta cognitivo seria um sujeito neutro e detentor da verdade, capaz de criticar objetivamente e corrigir a irracionalidade das construções produzidas pelo cliente acerca do mundo e de si. Somada a esta crença, aparece também a crença (igualmente distorcida) de que a TC conseguiria alcançar um conhecimento verdadeiro e a-histórico quanto à estrutura psíquica do homem, permitindo a criação de um modelo com *status* de verdade, capaz de ser imposto dentro da relação terapêutica (Castañon, 2005).

O que parece adequado dizer é que a TC tem em sua base os pressupostos de que a realidade possui uma racionalidade intrínseca e de que se pode representar essa racionalidade em nossas mentes. Então, ao contrário da TC converter a terapia numa relação de aprendizagem na qual o terapeuta ensina o cliente quais são as representações corretas da realidade, ela na verdade faz o seguinte: baseado em suas teorias e hipóteses aproximadas sobre a realidade, o terapeuta cognitivo confronta cognições do cliente que lhe pareçam falsas ou irracionais, submetendo-as a situações e questões nas quais elas são postas à prova e que permitem ao cliente definir se as quer manter ou considerá-las falsificadas, buscando assim novas hipóteses. Não há uma imposição. O processo é socrático: é o cliente

que deve concluir pela adequação ou não de suas hipóteses sobre o mundo. Assim, qualquer interpretação sobre a psique e o cliente em particular deve ser aceita pelo cliente não porque será transmitida como verdade pelo terapeuta, mas porque ele a testará e julgará se ela é melhor do que as que ele dispõe até o momento (Castañon, 2005).

Portanto, o construtivismo enriqueceu a prática da TC promovendo uma compreensão profunda da dinâmica entre crenças, emoções e comportamentos ao enfatizar a ideia de que os indivíduos constroem suas próprias realidades e significados a partir de suas experiências. A ideia de realidade subjetiva e a relevância da experiência individual da construção do significado presente no construtivismo é reconhecida na TC ao defender que a forma como interpretamos eventos é mais significativa do que os eventos em si. Uma outra influência importante do construtivismo na TC é a percepção do aprendizado como um processo de exploração e descoberta pessoal que se manifesta em uma das mais importantes técnicas cognitivas: o questionamento socrático.

INFLUÊNCIAS DA PSICOLOGIA COGNITIVA

O terapeuta cognitivo, ao focar na modificação de pensamentos e crenças do cliente, está lançando mão de pressupostos teóricos da Psicologia Cognitiva básica. O foco na modificação da cognição evidencia conceitos da Psicologia Cognitiva Experimental, propondo intervenções coerentes com a evolução desta área de estudo, gerando assim também a evolução da própria TC (Beck, Alford, 2000). A Psicologia Cognitiva tem como objeto principal de estudo a natureza e a função dos aspectos cognitivos, ou seja, o processamento de informação (ato de atribuir significado a algo) (Bahls, Navolar, 2004).

A Psicologia Cognitiva Experimental identifica como base a proposição da representação mental como unidade básica funcional do processamento cognitivo da informação. Essa representação do

mundo externo na mente humana permite ao ser humano organizar o conhecimento e toda a atividade mental. A Psicologia Cognitiva Experimental possui seus pressupostos ancorados em diferentes paradigmas filosóficos. Dentre eles, aparece Descartes que realizou experiências físicas unificando a dedução com o empirismo inglês, dando origem à parte do substrato epistemológico utilizado pela ciência da cognição. Aparece também a analogia de Hobbes entre as máquinas e o homem; o pensamento de Comte ao pontuar que a verdade não pode ser fruto apenas do pensamento, deve ser provada na experiência; a refutabilidade de Popper submetendo a ciência à falsificação; e os postulados pós-modernos de Kuhn que revelam a necessidade de identificar as mudanças de pensamento (Neufeld, Brust, Stein, 2011).

Wainer, Pergher e Picollotto (2004) enfatizaram que a relação entre Psicologia Cognitiva e TC ocorreu, especialmente, pela busca em correlatos neurais dos processos mentais disfuncionais. No modelo teórico e prático da TC dois processos cognitivos parecem ser centrais (embora existam outros importantes, como a atenção, a representação mental, formação de conceitos, entre outros): a memória e a solução de problemas. Sobre memória, uma importante contribuição da Psicologia Cognitiva Experimental para a prática da TC foi o conceito de memória congruente com o humor e *insights* acerca do funcionamento mnemônico nos transtornos depressivos e de ansiedade (Wainer, Pergher, Piccolotto, 2004).

Estas contribuições estiveram baseadas, principalmente, nas ideias de Bower (1981). A teoria de Bower (1981) defende que a emoção funciona como uma unidade de memória que é conectada a outras memórias de conteúdo emocional semelhante. Ou seja, como se fosse uma cadeia associativa, as lembranças seriam evocadas, mobilizando emoções semelhantes que sustentariam o quadro depressivo e/ou ansioso. O humor experienciado no momento evocaria as lembranças e as lembranças evocadas reforçariam o humor. Outra influência na TC que envolve a memória seriam os conceitos

de memória implícita e explícita. Esta influência aparece, claramente, no modelo conceitual do transtorno de estresse pós-traumático (Picollotto, Pergher, Wainer, 2004).

No que se refere à resolução de problemas, sua influência na TC pode ser percebida se considerarmos uma característica proeminente na abordagem: o foco na mudança cognitiva e comportamental. A mudança cognitiva predominantemente ocorre quando o cliente desenvolve habilidades para enfrentar os problemas do cotidiano e, em muitos casos, essa habilidade pode ser desenvolvida através de técnicas de resolução de problemas. A resolução de problemas na TC ocorre por intermédio da projeção do ciclo de resolução de problemas (Sternberg, 2008). Projeção pois o ciclo de resolução de problemas não foi criado, inicialmente, para a prática clínica (Sternberg, 2008), mas pode ser adaptado ao contexto clínico, considerando as especificidades do problema a ser resolvido e da conceituação cognitiva do caso (D'zurilla, Goldfried, 1971; Nezu, Nezu, 2014; Wainer, Pergher, Piccolotto, 2004).

Outra importante influência da Psicologia Cognitiva para a TC foram as ideias de Jean Piaget (Knapp, Beck, 2008). De fato, a teoria desenvolvida por Piaget (1976, 1982, 1996, 2005, 2010, 2011) é uma das maiores e mais significativas contribuições da Psicologia Cognitiva para a TC. Piaget desenvolveu uma teoria sobre a afetividade e sua relação com a cognição, afirmando que afetividade e cognição são indissociáveis, apesar de possuírem naturezas distintas. Para ele, todo processo mental é composto de um aspecto cognitivo, representado por sistemas cognitivos; e um aspecto afetivo, representado por uma energética, a afetividade (Piaget, 1981). A relação entre cognição e emoção é uma premissa básica da TC. A busca pela relação entre crenças, pensamentos, emoções e comportamentos está presente desde o momento da compreensão da demanda e conceituação de caso até o momento de planejamento e efetivação das intervenções.

A sua compreensão sobre o desenvolvimento cognitivo estar organizado, dinamicamente, em estágios específicos (sensório-motor, pré-operacional, operacional concreto e operacional formal) que direcionam a compreensão do mundo e da realidade do indivíduo (Piaget, 1981) contribuiu para que a TC desenvolvesse compreensões teóricas e práticas coerentes com o estágio do desenvolvimento cognitivo do cliente, singularizando cada intervenção conforme o nível cognitivo do cliente.

O conceito de adaptação e assimilação e sua relação com a busca pelo equilíbrio cognitivo da teoria piagetiana (Piaget, 2010) também trouxe contribuições teóricas importantes à TC. Na TC busca-se desenvolver intervenções que promovam a mudança cognitiva de esquemas e crenças disfuncionais para que o cliente tenha um potencial maior de adaptação e funcionalidade em seus ambientes de desenvolvimento. Nestas intervenções busca-se desenvolver a habilidade do cliente integrar novas informações (acomodação) e ajustar suas crenças ou pensamentos anteriores (assimilação) à realidade ou novas situações vivenciadas.

Já a ideia de construção ativa do conhecimento defendida por Piaget, especialmente, quando ele disserta sobre a capacidade de as crianças construírem conhecimento a partir de sua interação com o ambiente (Piaget, 2010) influenciou na TC, especialmente, em estratégias que buscam desenvolver no cliente a capacidade de testar a validade de suas crenças e pensamentos, e construir novas formas de pensamento a partir do contato com a realidade. Essas intervenções colocam o cliente em um papel ativo no seu processo de mudança, da mesma forma que Piaget coloca a criança como ativa no seu processo de construção de conhecimento acerca de sua realidade. Ou seja, em vez de ser um processo passivo de "absorver" conselhos, o cliente deve, como na teoria piagetiana, ser um agente ativo em descobrir, refletir e reestruturar seus próprios pensamentos.

Piaget desenvolveu também o conceito de esquema e sua relação com o processo de aprendizagem. Um esquema é uma estrutura ou uma organização de ações que é generalizável em circunstâncias semelhantes, no momento da ação. São estas estruturas mentais que organizam o conhecimento e a experiência. Os esquemas podem ser afetivos, motores e cognitivos, sendo o conjunto organizado de tais esquemas o que forma a atitude do indivíduo e seu comportamento no meio ambiente. Um exemplo claro para compreender este processo é imaginar uma pessoa que se revolta intimamente contra o domínio paterno, exageradamente coercitivo, generalizando esta atitude em relação a seus professores e a outras figuras de autoridade. Ela faz uma identificação inconsciente dessas pessoas com a representação de seu pai, pois desenvolveu em contato com este o esquema afetivo, o esquema cognitivo e o esquema motor que se generalizam para outras pessoas, diante de situações semelhantes (Piaget, 2010).

Na TC a ideia de esquema cognitivo, emocional e comportamental está presente na compreensão da etiologia e manutenção da psicopatologia, bem como nas técnicas cognitivas e comportamentais utilizadas para a intervenção. Ainda, a noção de esquema é central na construção da conceituação cognitiva, pois é ela quem representa os núcleos estruturantes da personalidade ou dos sintomas agudos que constituem a demanda do cliente. Ainda, são os esquemas que direcionam os conteúdos cognitivos de crenças centrais, padrões automáticos de pensamento e interpretações que guiam as percepções do indivíduo. Portanto, a teoria de Piaget, embora não tenha sido desenvolvida considerando um contexto psicoterapêutico, influencia na TC na compreensão dos processos de aprendizagem, desenvolvimento de habilidades cognitivas e mudança de pensamentos disfuncionais.

INFLUÊNCIAS DA TEORIA DOS CONSTRUCTOS PESSOAIS

Beck e Alford (2000) reconhecem que o padrão encontrado nos pensamentos automáticos disfuncionais se refere às crenças centrais e intermediárias do indivíduo que são, também, teorias informais e pessoais que o indivíduo desenvolve sobre si mesmo. A presença de uma teoria pessoal sobre si mesmo possibilita que a TC dialogue, em algum grau, com a teoria dos constructos pessoais de George Kelly (1905-1967). George Kelly defendeu a ideia de que cada indivíduo interpreta o mundo ao seu redor e as experiências vivenciadas nele a partir de suas próprias experiências pessoais, possuindo, portanto, interpretações diferentes sobre as coisas. Kelly (1963) afirmou que o ser humano é um investigador de si mesmo uma vez que atua como um cientista que desenvolve teorias e cria fatos e hipóteses sobre si, sobre o outro e sobre o mundo a partir de sua trajetória de vida. Um importante conceito em sua teoria é o conceito de constructos pessoais.

Os constructos pessoais são organizados em sistemas (grupos de constructos personificados) que subordinam e superordenam os relacionamentos pessoais e afetivos na medida em que determinam a forma como o indivíduo interpreta o mundo e suas experiências. Cada ser humano possui um sistema de construção que consiste num agrupamento hierárquico de constructos. Esse sistema de construção, na medida em que o indivíduo vai interagindo com novas situações, se altera e se expande fazendo com que as mesmas situações possam ser vistas sob a luz de dois ou mais sistemas de constructos. Estes constructos podem ser questionados e modificados através da prática do autoconhecimento, reflexão e confronto com a realidade. As construções pessoais são ferramentas adaptativas usadas para prever e organizar as experiências. Quando uma construção se mostra ineficaz (isto é, quando não consegue mais prever ou explicar adequadamente as experiências de vida), a pessoa pode modificar ou substituir essa construção para melhor se adaptar à realidade (Kelly, 1963).

Kelly define corolários que representam uma forma de construir, organizar e estabelecer relações sociais com o mundo. Os corolários dialogam entre si na construção, reconstrução de significados acerca de acontecimentos/eventos e modelam a maneira como o indivíduo interage com a realidade. Então, os construtos seriam uma espécie de roteiro, de mapa mental sobre a realidade e a definição do mundo, bem como a estrutura que norteia a maneira em que o indivíduo se relaciona consigo e com os outros (Kelly, 1963). Os princípios fundamentais da teoria de Kelly compartilharam várias semelhanças com as ideias centrais da terapia cognitiva, particularmente em relação à forma como as crenças e os esquemas mentais moldam a percepção, a interpretação e o comportamento de um indivíduo.

Pode-se perceber a influência da ideia de constructo pessoal na TC nos conceitos de pensamentos automáticos e crenças. Beck defende que as crenças centrais e intermediárias geram pensamentos automáticos que modelam a maneira pela qual o indivíduo interage com o meio, tal como Kelly defende que ocorre com os constructos pessoais. Quando Kelly descreve a função adaptativa das construções pessoais, pode-se perceber a influência desta ideia quando Beck refere a função adaptativa das crenças e pensamentos automáticos. Quando existem crenças ou pensamentos disfuncionais, que impedem a adaptação do indivíduo ao ambiente ou geram sofrimento, a TC terá como objetivo modificar estas crenças e pensamentos para promover um funcionamento mais adaptativo deste indivíduo ao seu ambiente e contextos de vida. Este objetivo terapêutico, na TC, se concretiza quando o terapeuta ajuda o cliente a identificar distorções cognitivas e a desenvolver novos padrões de pensamento mais realistas e adaptativos.

A ideia do indivíduo enquanto cientista pessoal que, constantemente, testa e reavalia suas construções pessoais na medida em que novas evidências surgem a partir de suas interações e experiências do cotidiano, aparece na TC quando o cliente é encorajado a examinar seus pensamentos e crenças disfuncionais, a partir do

teste de evidências e confronto com a realidade. Ainda, a percepção do cliente como um agente ativo no processo terapêutico também é uma influência da teoria de Kelly na TC. Kelly percebia o indivíduo como agente ativo no seu processo de construção da realidade e não acreditava em soluções prontas.

Na TC o terapeuta trabalha nesta perspectiva quando, ao oferecer ferramentas e técnicas para identificar e modificar pensamentos disfuncionais, encoraja o cliente a vivenciar um processo de autorreflexão e compreensão de si mesmo, também não trabalhando com a ideia de oferecer soluções prontas para as problemáticas apresentadas em terapia. Uma outra importante contribuição de Kelly para a TC é o seu reconhecimento de que cada indivíduo tem seu próprio conjunto único de construções e interpretações do mundo. Esta ideia influencia a TC quando Beck defende a importância de uma abordagem psicoterapêutica personalizada que considere as crenças e pensamentos específicos do cliente.

INFLUÊNCIAS DA PSICOLOGIA COMPORTAMENTAL

O reconhecimento de que o comportamento e a adaptação humana são claramente influenciados pelas suas consequências de curto e longo prazo evidenciam a coerência na relação entre psicologia comportamental e TC (Beck, Alford, 2000; Piccoloto, Pergher, Wainer, 2004). O condicionamento operante é um importante modelo comportamental para entender o processo de aprendizagem pelas consequências.

O comportamento operante é entendido como todo comportamento emitido pelo indivíduo capaz de modificar (operar) o ambiente ao mesmo tempo em que é modificado por ele. Neste sentido, as consequências ambientais dos comportamentos funcionam como reforçadores ou punidores para que os comportamentos originais se mantenham, aumentem, diminuam ou, até mesmo,

se extingam através do manejo das contingências ambientais. O processo de aprendizagem de comportamentos através de reforçadores é chamado de reforço. Este processo é responsável por manter e/ou aumentar a probabilidade de um comportamento ocorrer no futuro. No reforço positivo, isso se dá através do acréscimo de uma consequência reforçadora para o indivíduo no seu ambiente. No reforço negativo, isso ocorre pela retirada de algo aversivo ao indivíduo do seu ambiente. Já o processo de aprendizagem de comportamentos chamado de punição é responsável pela extinção ou diminuição de comportamentos. Na punição positiva, há o acréscimo de algo aversivo ao indivíduo em seu ambiente. Na punição negativa, há a retirada de um reforçador ao indivíduo de seu ambiente (Moreira, Medeiros, 2007; Schultz, Schultz, 2007; Skinner, 1953/1970).

Nas demandas de atendimentos nos casos de transtornos de ansiedade associados a fobias, por exemplo, a abordagem cognitivo-comportamental explica (e realiza intervenções), principalmente, com base na teoria do condicionamento clássico de Pavlov (Picollotto; Pergher; Wainer, 2004). O condicionamento clássico é uma forma de aprendizagem na qual um estímulo previamente neutro passa, após o emparelhamento com um estímulo incondicionado, a eliciar uma resposta (Moreira, Medeiros, 2007). Então, quando um terapeuta cognitivo compartilha do conceito de fobia como um medo persistente, desproporcional e irracional de um estímulo que não oferece perigo real ao indivíduo, ele vai entender esta emoção como uma aprendizagem pela via do condicionamento clássico e sua intervenção contará com técnicas essencialmente comportamentais de contracondicionamento e de dessensibilização sistemática, por exemplo, aliadas a técnicas de reestruturação cognitiva que, sempre, serão o foco primordial da TC.

Já nas demandas relacionadas à depressão (Beck, 2013), pode-se perceber a influência dos pressupostos do condicionamento operante. Na intervenção cognitivo-comportamental para depressão, o terapeuta costuma orientar que o cliente se engaje em

atividades agradáveis, ajudando-o a reduzir o isolamento, ampliando o seu repertório comportamental e experiências potencialmente agradáveis. Ou seja, a TC integra da psicologia comportamental a crença de que mudanças no comportamento podem influenciar a cognição e as emoções. O reconhecimento da influência do ambiente nas cognições e emoções aparece também quando Beck sinaliza que uma pessoa com depressão pode evitar situações desafiadoras, e essa evitação é reforçada pela redução temporária da ansiedade que gera um estado temporário de bem-estar, mas perpetua a ideia de que a pessoa não é capaz de enfrentar a situação. Ideia central desenvolvida pelo conceito de reforço negativo da psicologia comportamental.

Embora a TC seja, muitas vezes, conceituada como Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), é relevante destacar a psicologia comportamental como uma influência e não como uma abordagem que determina os pressupostos teóricos e práticos da TC. Castañon (2005) destacou que a terapia comportamental (baseada na psicologia comportamental – análise experimental do comportamento) se compromete com o modelo de cientificidade estabelecido pela tradição positivista, assim como se compromete com uma visão objetivista da relação sujeito e objeto do conhecimento. Se a atividade do sujeito é uma ficção e o comportamento é fruto unicamente de variáveis ambientais, toda mudança deve necessariamente vir de fora para dentro, ou seja, modificar o mundo onde se vive. Já na TC, a mudança acontece de dentro para fora, através da modificação de cognições disfuncionais que vão refletir (e ser refletidas) pelo comportamento.

As influências da psicologia comportamental na TC são significativas, uma vez que muitas de suas intervenções vão buscar nesta base teórica e epistemológica os pressupostos para entender as contingências ambientais que modelam os comportamentos, neste caso mais específico as cognições, para modificá-las. Os princípios do condicionamento clássico e operante, fundamentais na psicologia comportamental, foram integrados na TC. Isso ajuda

a entender como crenças disfuncionais podem ser aprendidas e mantidas ao longo do tempo, bem como a importância de modificar esses padrões. Tanto a psicologia comportamental quanto a TC têm um enfoque pragmático, visando a aplicação de intervenções breves e focais para promover mudanças concretas na vida do indivíduo, melhorando seu bem-estar e funcionamento adaptativo em diferentes contextos de vida.

INFLUÊNCIAS HUMANISTAS

Carl Rogers (1902-1987), com sua abordagem centrada no cliente, inspirou o estilo terapêutico de questionamento gentil e aceitação incondicional do cliente prevista na TC (Knapp, Beck, 2008). A Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) é fruto do trabalho desenvolvido por Carl Rogers ao longo de toda a sua vida produtiva em Psicologia. Rogers entendeu a experiência prática, vivida pelo indivíduo, como ponto de partida para o método psicoterapêutico. Ele incluiu a subjetividade do terapeuta para entender as demandas psicológicas e se interessou, especialmente, pela compreensão dos significados atribuídos pela própria pessoa às suas vivências afetivas e cotidianas. Rogers desenvolveu sua teoria (enquanto ciência e prática clínica) centrada na pessoa e em suas experiências imediatas. Ele reconheceu que estas experiências são limitadas e comunicadas apenas em partes (Rogers, 2003).

Na prática terapêutica, Rogers defendeu que o terapeuta deve utilizar os recursos científicos de forma impessoal, vivendo uma experiência subjetiva que possibilite uma relação centrada na narrativa do cliente. A psicologia humanista destaca a importância da relação terapêutica genuína, empática e não julgadora, promovendo uma autonomia do cliente frente à narrativa de sua própria história de vida. Considera as emoções como centrais no processo de psicoterapia valorizando a expressão emocional do cliente no espaço

terapêutico e o reconhecimento e validação emocional genuíno por parte do terapeuta (Rogers, 2003).

As concepções da ACP podem ser percebidas, como já sinalizadas por Knapp e Beck (2008), principalmente, no estilo terapêutico que sustenta a TC. Ao oferecer espaço de escuta ao cliente e, na posição sobreposta de terapeuta, a partir do lugar de cientista e pessoa que se insere e promove uma relação terapêutica que sustenta a fala do cliente, o terapeuta identifica as crenças e pensamentos automáticos, as emoções e comportamentos associados, bem como toma decisões clínicas sobre as intervenções adequadas. É na relação gentil e colaborativa entre terapeuta e cliente que os objetivos terapêuticos são definidos, as técnicas experienciadas e os resultados clínicos analisados. Isso evidencia o que Knapp e Beck (2008) trazem ao dizer que a TC pode ser considerada uma abordagem muito mais humanista, exploratória, uma vez que trabalha com constructos como a mente e lida com sentimentos e pensamentos, do que uma abordagem mecânica e protocolar.

A psicologia humanista enfatiza a importância da experiência subjetiva e do significado pessoal. A TC, embora centrada na cognição, também valoriza a perspectiva do cliente, reconhecendo que as interpretações e significados que cada indivíduo atribui às suas experiências são fundamentais para o processo terapêutico. A psicologia humanista destaca a importância da relação terapêutica genuína, empática e não julgadora. Na TC, o terapeuta busca criar um ambiente seguro e acolhedor, onde o cliente se sinta à vontade para explorar seus pensamentos e emoções, facilitando assim o processo de mudança. Ambas as abordagens valorizam a autonomia do cliente.

A TC encoraja os indivíduos a se tornarem agentes ativos em sua própria terapia, desafiando pensamentos disfuncionais e desenvolvendo novas estratégias de enfrentamento. A psicologia humanista adota uma visão mais ampla do ser humano, considerando aspectos emocionais, sociais e existenciais. A TC, em sua evolução,

passou a incorporar essa perspectiva, abordando não apenas os pensamentos disfuncionais, mas também como esses pensamentos se relacionam com a identidade e a experiência de vida do cliente. Essas influências da psicologia humanista ajudam a enriquecer a prática da TC promovendo um modelo terapêutico que reconhece a complexidade da experiência humana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura da TC, no geral, parece fazer pouca referência às influências epistemológicas da prática clínica, tendo como foco descrever, de forma clara, objetiva e sistemática, os modelos cognitivos e as intervenções psicoterapêuticas consideradas eficazes em diferentes demandas clínicas. Talvez os teóricos da TC pressuponham que o terapeuta cognitivo, em sua responsabilidade técnica e ética, é quem devesse conhecer, estudar e compreender as origens epistemológicas da TC, seus fundamentos e as teorias que a estruturam para então aventurar-se em uma prática clínica direcionada pela abordagem. De fato, somente a partir deste aprofundamento e processo de amadurecimento teórico que o terapeuta será, de fato, capaz de "traduzir" a prática da TC para o seu contexto cultural, adaptar ao perfil profissional, às demandas de seu cliente e à relação terapêutica que com ele estabelece. Ainda, somente assim, poderá constantemente criar e recriar a prática em TC, promovendo mudanças cognitivas, emocionais e comportamentais realmente efetivas e eficazes a partir da integração em psicoterapia. Nas palavras de Hayes e Hofmann (2017), os psicólogos devem ter conhecimento dos pressupostos subjacentes de seu trabalho para que a comunicação entre as várias vertentes, gerações e tradições das terapias cognitivo-comportamentais possam ocorrer de forma adequada, gerando resultados clínicos satisfatórios.

Pensar sobre a importância do conhecimento aprofundado sobre as bases epistemológicas da TC convoca também a uma reflexão sobre a formação acadêmica em Psicologia. Não é raro identificarmos disciplinas curriculares da abordagem serem ministradas por professores que, embora devidamente titulados como mestres e doutores em Psicologia, não possuem conhecimento amplo sobre a teoria e suas bases epistemológicas e, tampouco, identificação com a TC. Estes, muitas vezes, são reconhecidos e qualificados em outras abordagens psicoterapêuticas (como a psicanálise, por exemplo), e acabam construindo o conhecimento acadêmico sobre a TC, em sala de aula, atravessado por preconceitos e estereótipos (nem sempre) velados. Então, os frequentes "ataques pessoais sobre a competência intelectual ou acadêmica" realizados por desconhecedores da TC contra suas teorias e modelos de psicoterapias que sustentam posições diferentes das suas, se justificam pela falha destes em identificar e reconhecer as origens filosóficas das discussões em TC (Hughes, 2020). Hayes, Hayes e Reese (1988) entendem estes ataques como pseudoconflitos, pois envolvem a disputa de objetivos e valores científicos (portanto, pressupostos filosóficos) de uma abordagem partindo dos pressupostos, objetivos e valores das outras abordagens, por vezes, essencialmente diferentes entre si.

Outro aspecto importante de ser refletido é sobre a capacitação clínica para que terapeutas utilizem a TC como referência para sua atuação profissional. Além da teoria, da técnica e da pesquisa, os cursos de pós-graduação poderiam aumentar a consciência dos profissionais sobre a importância e sobre a relevância de conhecer as bases epistemológicas da abordagem para uma prática clínica ética e criativa. Talvez evidenciar o quão necessário é para estes profissionais entenderem a origem da técnica e seus pressupostos teóricos e epistemológicos, para então aprender os seus "passos"/"etapas" descritos, por vezes, em forma de protocolos, sejam eles diagnósticos ou transdiagnósticos. Isso poderia aumentar sua capacidade criativa frente às demandas clínicas que lhe aparecem e, por consequência, a efetividade e eficácia de suas intervenções.

Revisar as influências teóricas que ofereceram suporte para a construção do modelo cognitivo e que lhe conferem a condição de uma terapia essencialmente integradora, evidenciou também a importância e relevância da integração entre psicoterapias cognitivo-comportamentais para a prática clínica. As abordagens cognitivo-comportamentais que podem ser integradas pelo terapeuta para auxiliá-lo na intervenção clínica são organizadas pela literatura da área em "três gerações". Conhecer as abordagens cognitivo-comportamentais ao longo de "gerações" em seus fundamentos epistemológicos, teóricos e práticos permite ao terapeuta uma ampliação de seu repertório técnico para intervenções em diferentes casos e contextos que podem surgir em sua prática clínica.

REFERÊNCIAS

ABREU, C. N.; ROSO, M. Cognitivismo e construtivismo. *In*: ABREU, C. N.; ROSO, M. (Orgs.). **Psicoterapias cognitiva e construtivista**: novas fronteiras da prática clínica. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

ADLER, A. **A ciência da natureza humana**. 6 ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1967.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013.

AMORIM, M. C. S.; CASTAÑON, G. A. São os terapeutas construtivistas idealistas? **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Juiz de Fora, v. 9, n. 1, p. 51-60, 2013. Disponível em: https://doi.org/10.5935/1808-5687.20130008. Acesso em: 18 nov. 2023.

ASCOLI, M., LEE, T., WARFA, N., MAIRURA, J., PERSAUD, A., & BHUI, K. (2011). Race, culture, ethnicity and personality disorder: Group care position paper. **World Cultural Psychiatry Research Review**, v. 6, n. 1, p. 52– 60, 2011. Disponível em chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.psiculturale.it/wp-content/uploads/2012/03/vol-1-n.-6-6.pdf. Acesso em: 13 mar. 2025.

BAHLS, S. C.; NAVOLAR, A. B. B. Terapia Cognitivo-Comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. **Revista Eletrônica de Psicologia**, Curitiba, n. 4, p. 1-11, 2004.

BANDURA, A.; AZZI, R. G.; POLYDORO, S. (Orgs.) **Teoria social cognitiva**: Conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BECK, A. T. Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. **Archives of General Psychiatry**, [*s. l.*], v. 9, n. 4, p. 324-333, 1963. Disponível em: https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/488402. Acesso em: 18 nov. 2023.

BECK, A. T. **Depression**: Clinical, experimental and theoretical aspects. New York: Hoeber Medical Division, Harper & Row, 1967.

BECK, A. T. Cognitive therapy, behavior therapy, psychoanalysis, and pharmacotherapy: A cognitive continuum. *In*: WILLIAMS, J. B. W.; SPITZER, R. L. (Eds.). **Psychotherapy research**: Where are we and where should we go?. New York: Guilford Press, 1984.

BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental**: Teoria e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BECK, A. T.; GRANT, P.; INVERSO, E.; BRINEN, A. P.; PERIVOLIOTIS, D. **CT-R** – Terapia cognitiva orientada para a recuperação de transtornos mentais desafiadores. Porto Alegre: Artmed, 2022.

BECK, A. T.; ALFORD, B. A. **O poder integrador da terapia cognitiva**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

BECK, A. T.; KUYKEN, W. Terapia cognitiva: Abordagem revolucionária. *In*: ABREU, C. N.; ROSO, M. (Orgs.). **Psicoterapias cognitiva e construtivista**: novas fronteiras da prática clínica. 1. ed.. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BOWER, G. H. Mood and memory. **American Psychologist**, [*s. l.*], v. 36, n. 2, p. 129-148, 1981. Disponível em: https://doi.org/10.1037/0003-066X.36.2.129. Acesso em: 18 nov. 2023.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano**: experimentos naturais e planejados. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 1996.

BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. A. The ecology of developmental processes. *In*: DAMON, W.; LERNER, R. M. (Eds.). **Handbook of child psychology**: Theoretical models of human development. 1 ed. New York: John Wiley, 1998.

CALLEGARO, M. M. A neurobiologia da terapia do esquema e o processamento inconsciente. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 9-20, 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872005000100002. Acesso em: 18 nov. 2023.

CASTANHEIRA, N. P.; GREVET, E. H.; CORDIOLI, A. V. Aspectos conceituais e raízes históricas das psicoterapias. *In*: GREVET, E. H.; CORDIOLI, A. V. (Orgs.). **Psicoterapias**: Abordagens atuais. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

CASTAÑON, G. A. Construtivismo e terapia cognitiva: Questões epistemológicas. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 31-42, 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872005000200004&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 18 nov. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Quem faz a psicologia brasileira?** Um olhar sobre o presente para construir o futuro. 1 ed. Brasília, 2022. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2022/12/Censo_psicologia_Vol1-1.pdf. Acesso em: 19 nov. 2024.

CHAPMAN, A. H.; SILVA, D. V. Base para uma psiquiatria científica: Os conceitos de Harry Stack Sullivan. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 76-80, 1980. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0004-282X1980000100009. Acesso em: 18 nov. 2023.

DAMÁSIO, A. R. **O erro de Descartes**: Emoção, razão e cérebro humano. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

DARWIN, C. **A expressão das emoções no homem e nos animais**. São Paulo: Companhia de Bolso, 2009.

DARWIN, C. **Autobiografia**, **1809-1882**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2000a.

DARWIN, C. **A expressão das emoções no homem e nos animais** (Originalmente publicado em 1872). São Paulo: Companhia das Letras, 2000b.

DOBSON, D.; DOBSON, K. S. **A terapia cognitivo-comportamental baseada em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DRYDEN, W.; DAVID, D.; ELLIS, A. Rational emotive behavior therapy. *In*: DOBSON, K. S. (Ed.). **Handbook of cognitive-behavioral therapies**. 3rd ed. New York: Guilford Press, 2010. Disponível em: https://nibmehub.com/opac-service/pdf/read/Handbook%20of%20Cognitive-Behavioral%20Therapies.pdf. Acesso em: 18 nov. 2023.

D'ZURILLA, T. J.; GOLDFRIED, M. R. Problem solving and behavior modification. **Journal of Abnormal Psychology**, [*s. l.*], v. 78, n. 1, p. 107-126, 1971.

ELLIS, A. **Reason and emotion in psychotherapy**. New York: Stuart, 1962.

FREEMAN, A. O desenvolvimento das conceituações cognitivas de tratamento na terapia cognitiva. *In*: FREEMAN, A.; DATTILIO, F. M. (Orgs.). **Compreendendo a terapia cognitiva**. São Paulo: Editorial Psy, 1998.

FREUD, S. **Os caminhos da formação dos sintomas**. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Originalmente publicado em 1917).

FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1989. (Originalmente publicado em 1976).

GIUFFRA, L. El Monje y el Psiquiatra: Una conversación entre Tenzin Gyatso, el 14o. Dalai Lama, y Aaron Beck, fundador de la Terapia Cognitiva. **Revista de Neuro-Psiquiatría**, Lima, v. 72, n. 1-4, p. 75-81, 2009. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372036928008. Acesso em: 18 nov. 2023.

HASSIN, R. R.; ULEMAN, J. S.; BARGH, J. A. **The new unconscious**. New York: Oxford University Press, 2005.

HAYES, S. C.; HOFMANN, S. G. The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. **World Psychiatry**, [*s. l.*], v. 16, n. 3, p. 245-246, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1002/wps.20442. Acesso em: 18 nov. 2023.

HAYES, S. C.; HAYES, L. J.; REESE, H. W. Finding the philosophical core: A review of Stephen C. Pepper's World Hypotheses: A Study in Evidence. **Journal of the Experimental Analysis of Behavior**, Nevada, v. 50, n. 1, p. 97-111, 1988. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1338844/. Acesso em: 18 nov. 2023.

HOFMANN, S. G.; HAYES, S. C. História e situação atual da TCC como uma terapia baseada em evidências. *In*: HAYES, S. C.; HOFFMANN, G. (Orgs.). **Terapia cognitivo-comportamental baseada em processos**: Ciência e competências clínicas. Porto Alegre: Artmed, 2020.

HORNEY, K. **The neurotic personality of our time**. 1st ed. New York: Norton, 1937.

HUGHES, S. A filosofia da ciência e sua aplicação à psicologia clínica. *In*: HAYES, S. G.; HOFFMANN, S. G. (Orgs.). **Terapia cognitivo-comportamental baseada em processos**: Ciência e competências clínicas. Porto Alegre: Artmed, 2020.

KELLY, G. A. **A Theory of personality**: the psychology of personal constructs. New York: Norton, 1963.

KNAPP, P.; BECK, A. T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Brazilian Journal of Psychiatry**, [*s. l.*], v. 30, n. 2, p. 54-64, 2008. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002. Acesso em: 18 nov. 2023.

LANE, S. T. M. A psicologia social e uma nova concepção do homem para a psicologia. *In*: LANE, S. T. M.; CODO, W. (Orgs.). **Psicologia social**: O homem em movimento. 1. ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

LANE, S. T. M. **O que é a psicologia social?** 1. ed. São Paulo: Brasiliense, 2006.

LIPP, M. E. N.; LOPES, T. M.; SPADARI, G. F. **Terapia racional-emotiva comportamental na teoria e na prática clínica**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2019.

LURIA, A. R. **Higher cortical functions in man**. 2. ed. New York: Basic Books, 1980.

MAHONEY, M. J. **Processos humanos de mudança**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

MOREIRA, M. B.; MEDEIROS, C. A. **Princípios básicos de análise do comportamento**. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

NEUFELD, C B.; BRUST, P. G.; STEIN, L. M. Bases epistemológicas da psicologia cognitiva experimental. **Psicologia**: **Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 103-112, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-37722011000100013. Acesso em: 18 nov. 2023.

NEZU, A. M.; NEZU, C. M. Estratégias de resolução de problemas. *In*: HOFMANN, S. G; DOZOIS, D. J. A; RIEF, W.; SMITS J. A. J. (Orgs.). **The Wiley handbook of cognitive behavioral therapy**. New Jersey: Wiley Blackwell, 2014.

NORCROSS, J. C.; KARPIAK, C. P. Clinical psychologists in the 2010s: 50 years of the APA division of clinical psychology. **Clinical Psychology**: **Science and Practice**, [*s. l.*], v. 19, n. 1, p. 1–12, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2012.01269.x. Acesso em: 18 nov. 2023.

PETERSEN, C S. Terapia Racional Emotiva Comportamental. *In*: OLIVEIRA, M. S.; ANDRETTA, I. (Orgs.). **Manual Prático de Terapia Cognitivo-Comportamental**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

PETERSEN, C S. Avaliação inicial de crianças: a dimensão bioecológica do desenvolvimento humano. *In* PETERSEN, C S.; WAINER, R (Orgs.). **Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes**: Ciência e arte. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PETERSEN, C S.; WAINER, R (Orgs.). **Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes**: Ciência e arte. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PHEULA, G. F.; ISOLAN, L. R. Psicoterapia baseada em evidências em crianças e adolescentes. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 74-83, 2007. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000200003. Acesso em: 18 nov. 2024.

PIAGET, J. **A equilibração das estruturas cognitivas**: problema central do desenvolvimento. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

PIAGET, J. **Intelligence and affectivity**: Their relationship during child development. Annual Reviews, 1981.

PIAGET, J. **O nascimento da inteligência na criança**. 4 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1982.

PIAGET, J. **Biologia e conhecimento**: Ensaio sobre as relações entre as regulações orgânicas e os processos cognoscitivos. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

PIAGET, J. **Inteligencia y afectividad**. Buenos Aires: Aique, 2005.

PIAGET, J. **Seis estudos de psicologia**. 25. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

PIAGET, J. **A formação do símbolo na criança**: Imitação, jogo e sonho, imagem e representação. 4 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2010.

PICCOLOTO, N. M.; PERGHER, G. K.; WAINER, R. Fobias específicas: Diagnósticos, etiológicos, mantenedores e terapêuticos. *In*: KNAPP, P. (Org.). **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RANGÉ, B. Homenagem a Albert Ellis. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, 2007. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872007000200008. Acesso em: 18 nov. 2024.

REBETA, J. A. Diversidade, Cultura e Transtornos de Personalidade. *In* BECK, A. T., DAVIS, D. D., FREEMAN, A. **Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

RODRIGUES, A.; ASSMAR, E. M. L.; JABLONSKI, B. **Psicologia social**. 33 ed. Petrópolis: Vozes, 2022.

ROGERS, C. R. **Terapia centrada no cliente**. Lisboa: Ediual-Editora da Universidade Autónoma de Lisboa, 2003.

RUSH, A. J.; BECK, A. T.; KOVACS, M.; HOLLON, S. Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. **Cognitive Therapy and Research**, New York, v. 1, n. 1, p. 17-37, 1977. Disponível em: https://doi.org/10.1007/BF01173502. Acesso em: 18 nov. 2024.

SCHULTZ, S. E.; SCHULTZ, D. P. **História da psicologia moderna**. 8. ed. São Paulo: Thomson Learning, 2007.

SILVA, H. A. da. Verdade, conhecimento e emoção nas abordagens cognitivas. *In*: ABREU, C. N. de; ROSO, M. (Orgs.). **Psicoterapias cognitiva e construtivista**: Novas fronteiras da prática clínica. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SKINNER, B. F. **Ciência e comportamento humano**. 1. ed. Brasília: Ed. UnB/FUNBEC, 1970. (Originalmente publicado em 1953).

STERNBERG, R. J. **Psicologia cognitiva**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

WAINER, R.; PERGHER, G. K.; PICCOLOTTO, N. M. Psicologia cognitiva: Da pesquisa experimental à clínica. *In*: KNAPP, P. (Org.). **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WENZEL, A. **Inovações em terapia cognitivo-comportamental**: Intervenções estratégicas para uma prática criativa. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

2

CONSIDERAÇÕES SOBRE O DESENVOLVIMENTO DAS TERAPIAS COMPORTAMENTAIS, COGNITIVA E COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

INTRODUÇÃO

No Brasil, a psicoterapia é reconhecida pelo Conselho Federal de Psicologia como uma intervenção que se constitui, técnica e conceitualmente, enquanto um processo científico de compreensão, análise e intervenção de demandas psíquicas através da aplicação intencional de métodos e técnicas psicológicas reconhecidas pela ciência, pela prática e pela ética profissional do psicólogo. A psicoterapia tem como objetivo promover a saúde mental da população e construir condições para o enfrentamento de conflitos e/ou transtornos psíquicos de indivíduos ou grupos através da intervenção em comportamentos, cognições e emoções humanas. A prática psicoterapêutica pode ocorrer a partir de diferentes perspectivas teóricas em Psicologia, desde que cientificamente reconhecidas pela área (CFP, 2022).

No que se refere especialmente às psicoterapias cognitivo-comportamentais, diferentes modelos teóricos e práticos têm sido desenvolvidos e organizados por grupo de pesquisadores e psicólogos clínicos com o objetivo de realizar intervenções eficazes em diferentes demandas clínicas (Barbosa, Terroso, Lima, 2014; Neulfeld, Brust, Stein, 2011; Silva, 2012).

Estes modelos, embora distintos em alguns aspectos conceituais e de manejo, compartilham de alguns pressupostos: reconhecem em algum grau a importância da cognição na mediação entre as emoções e os comportamentos e a possibilidade de seu monitoramento; reconhecem a importância da avaliação e da mensuração dos resultados clínicos por instrumentos validados empiricamente ou construídos para atender objetivos terapêuticos específicos; apresentam uma sugestão de limite de tempo para a duração do tratamento, seja ele definido objetivamente ou não;

sugerem a aplicação de modelos teóricos a transtornos e problemas específicos; possuem uma natureza focada em problemas; buscam a comprovação da eficácia e efetividade por meio da pesquisa em psicoterapia; reconhecem o papel ativo do cliente em seu processo de mudança; possuem uma característica educativa representada pelo modelo de intervenção compartilhado pela via da psicoeducação e entendem a conceituação de caso como a principal forma de compreender a demanda psicoterapêutica e planejar a intervenção clínica (Dobson, Dobson, 2010).

Portanto, as terapias podem variar nas características descritas acima, mas as TCs e/ou TCCs compartilham três premissas básicas, conforme Dobson e Dozois (2006, p. 17): "1) a cognição afeta o comportamento; 2) a cognição pode ser alterada e modificada; e 3) a mudança comportamental desejada pode ser efetuada por meio da mudança cognitiva". Além disso, as TCCs podem ser classificadas em terapias que se centram em habilidades de enfrentamento, terapias que abordam habilidades de resolução de problemas e terapias com foco na reestruturação cognitiva (a TC proposta por Beck e a TREC proposta por Ellis podem ser incluídas nessa classificação).

O termo "geração" ou "ondas" tem sido utilizado para organizar a história sobre o desenvolvimento dos modelos teóricos e práticos em psicoterapias cognitivo-comportamentais (Hayes, 2004). Organizar os diferentes modelos de psicoterapias em "ondas" ou "gerações" encontra respaldo no senso de continuidade e aperfeiçoamento das terapias cognitivo-comportamentais: os elementos mais pertinentes e duradouros são assimilados e encorpados em "ondas" ou "gerações" subsequentes. A ideia de "ondas" ou "gerações" representa abordagens psicoterapêuticas específicas no qual um conjunto ou formulação de pressupostos, métodos e objetivos dominantes estão presentes para organizar a pesquisa, a teoria e a prática em psicoterapia cognitivo-comportamental (Hayes, Hofmann, 2017).

Azevedo *et al.* (2022) questionam a pertinência da nomenclatura de "ondas" ou "gerações" proposto por Hayes (2004). As autoras argumentam para a dificuldade de compreensão que essa proposta pode gerar ao apresentar teorias e abordagens psicológicas distintas dentro de um mesmo grupo (gerações ou ondas) de psicoterapias, destacando que a ausência de um eixo comum entre elas pode dificultar a concepção de evolução ou sobreposição. Destacam que toda a argumentação da mudança no comportamento, da melhora dos sintomas e do alcance das metas de terapia resultam de estratégias e modelos distintos. Reforçam, ainda, o compromisso ético e epistemológico do profissional na integração e busca por teorias psicológicas, tanto comportamental quanto cognitiva e/ou outras.

Embora atual e necessária a discussão sobre a classificação ou agrupamento das TCCs em ondas ou gerações, este capítulo não se deterá a essa discussão neste momento. A estrutura de apresentação da discussão, que é apresentada na sequência, está organizada para fins didáticos considerando a metáfora das ondas apresentada por Hayes (2004). Este capítulo, portanto, tem como objetivo caracterizar, brevemente, as raízes epistemológicas e a prática clínica das terapias cognitivo-comportamentais ao longo do seu desenvolvimento em "gerações", evidenciando a preocupação em comum de constantemente avaliar os efeitos de suas intervenções (Azevedo *et al.,* 2022) e as possibilidades de integração, dado sua pluralidade conceitual e ecletismo técnico.

DISCUSSÃO

PRIMEIRA GERAÇÃO: TERAPIAS COMPORTAMENTAIS

Raízes epistemológicas

As Terapias Comportamentais de "primeira geração", de acordo com Barbosa, Terroso, Lima (2014) e Melo (2014), possuem pressupostos filosóficos do *behaviorismo*. O *behaviorismo* é a filosofia da ciência do comportamento humano que se preocupa em responder às seguintes questões: É possível uma ciência do comportamento? Esta ciência pode explicar cada aspecto do comportamento humano? Que métodos esta ciência pode empregar para atingir seus objetivos? São suas leis tão válidas quanto às da Física e Biologia? Então, o *behaviorismo* não é uma abordagem psicológica. Ou seja, não podemos compará-lo com a psicanálise ou com a psicologia cognitiva, por exemplo (Skinner, 2006). Foi com o *behaviorismo* que a Psicologia se aproximou das ciências naturais em relação à natureza do objeto de estudo e aos meios de produzir e validar o conhecimento científico produzido na área (Schultz, Schultz, 2007).

Um importante *behaviorista* foi John B. Watson. Watson buscou afirmar que o objeto de estudo da Psicologia deveria ser o comportamento observável. Para ele, o comportamento humano seria um produto da interação sucessiva entre estímulos e respostas e, por isso, os aspectos observáveis do comportamento e sua relação com estímulos ambientais deveriam ser prioridade nos experimentos científicos em Psicologia. Watson fundou o *behaviorismo* metodológico a partir do conceito de condicionamento respondente, proposto pelo fisiologista russo Ivan Petrovich Pavlov ao estudar o processo de salivação em cães (Skinner, 2006).

Watson, partindo do condicionamento respondente, estudou a aprendizagem e a mudança comportamental das emoções humanas. O experimento em laboratório desenvolvido com Albert (Watson, Rayner, 1920) provou que as reações emocionais, especialmente o medo, poderiam ser adquiridas pela experiência/estímulo ambiental. Em sua proposta teórica, Watson evidenciou a importância das experiências anteriores na aquisição e manutenção de novos comportamentos e a possibilidade de, através de estímulos ambientais, ser possível prevê-los e controlá-los (Moreira, Medeiros, 2007).

No entanto, a perspectiva do comportamento respondente descrita por Watson não conseguiu, sozinha, abarcar a complexidade do comportamento humano. Skinner ampliou o modelo teórico de Watson através do conceito de comportamento operante. O comportamento operante é todo comportamento que produz consequências no ambiente e é afetado por elas. Skinner fundou o *behaviorismo* radical e o conceito de condicionamento operante. Os conceitos de reforço positivo, reforço negativo, punição positiva, punição negativa, extinção, contingências ambientais, esquemas de reforçamento, entre outros são utilizados para explicar como as consequências ambientais são capazes de gerar, eliminar e/ou alterar os comportamentos humanos (Moreira, Medeiros, 2007).

Skinner defendeu que a ciência desenvolvida por Watson foi prematura, argumentando que ele tinha poucos fatos relativos ao comportamento, especialmente o humano, e esta escassez de fatos seria um problema para uma ciência nova. Skinner defendeu que muitas das declarações de Watson foram simples e ingênuas, porém justificadas pelo contexto e recursos científicos da época. As deficiências da ciência desenvolvida por Watson seriam de interesse, principalmente, histórico, uma vez que a análise científica do comportamento, desde então, teve progressos importantes, redirecionando a compreensão do comportamento humano (Skinner, 2006).

Portanto, embora inicialmente Skinner tenha se aproximado das contribuições de Watson, ao longo do desenvolvimento de sua teoria sobre a análise do comportamento fica evidente o seu afastamento.

Skinner (1953/1970) defendia uma Psicologia científica puramente objetiva e experimental, na qual seu objetivo seria a predição e o controle do comportamento humano. Dessa forma, o autor rompeu com concepções mentalistas na Psicologia da época ao definir os pensamentos, sentimentos, sensações, desejos e ideias como comportamentos encobertos e não como eventos mentais ou cognitivos. Skinner trabalhou em laboratório estudando as relações operantes do comportamento humano, buscando descrevê-lo, prevê-lo e controlá-lo através de um conjunto de atitudes que, para ele, levaria a Psicologia, de fato, ao conhecimento científico. Em laboratório, Skinner deu ênfase a fatos e dados empíricos, à honestidade intelectual, afastava conclusões prematuras, adotou a previsão e o controle como critérios últimos de validação do conhecimento através da experimentação e abandonou as relações de causa e efeito na construção do conhecimento científico (Moreira, Medeiros, 2007), dando ênfase às relações funcionais na construção de descrições sobre o comportamento.

Skinner sugeriu atitudes científicas que relacionassem, funcionalmente, variáveis dependentes e independentes do comportamento humano através de descrições quantitativas, em termos de frequência e probabilidade. Para ele, a ciência deveria ajudar na resolução de problemas que envolviam a cultura e o cotidiano das pessoas sendo, portanto, um conjunto de conhecimentos úteis à população, com um significado prático (Skinner, 1953/1970). O livro "Walden II – uma sociedade do futuro", romance no qual Skinner buscou propor a construção de uma sociedade a partir de leis da "engenharia do comportamento" (Skinner, 1978), é um exemplo disto.

Moreira e Medeiros (2007) descrevem que Skinner escreveu e pesquisou sobre diferentes assuntos relacionados à compreensão do ser humano: aprendizagem, memória, ansiedade, *self*, subjetividade, consciência, psicopatologias, criatividade, pensamento, cognição, emoções, personalidade, linguagem, sociedade, cultura, vontades, desejos, *insights* e introspecção. Algumas obras que representam estes assuntos são: Skinner (1938), Skinner (1978) e Skinner (1948).

Tourinho (2011) argumenta que, embora o estudo do comportamento humano tenha ganhado notoriedade na Psicologia a partir dos estudos de Watson e posteriormente por Skinner, ele já era estudado por outros pesquisadores, como Edward Lee Thorndike. Através do método experimental planejado e estruturado, Thorndike estudou a aprendizagem em humanos e animais, formulou a lei do efeito e sugeriu a seleção do comportamento através de consequências (Thorndike, 1898). Ideia que, mais tarde, se configurou como um dos principais pressupostos teóricos no *behaviorismo*.

Tourinho (2011) propôs que a originalidade e repercussão do trabalho de Watson derivaram, principalmente, da difusão da noção de que a utilização de métodos experimentais seria o único curso possível para o estabelecimento da Psicologia como uma disciplina científica. Isso tornaria necessário então o abandono do método da introspecção na construção de conhecimento científico, pelo menos na forma pela qual ele era utilizado até então.

O método introspectivo, durante muitas décadas, foi o recurso para a construção do conhecimento na ciência psicológica, devendo-se a ele, inclusive, o nascimento da Psicologia científica, com Wilhelm Wundt (Leahey, 1981; Leonardi, 2011). No método introspectivo utilizado por Wundt, o indivíduo realizava uma autoanálise da mente para inspecionar e relatar pensamentos e/ou sentimentos pessoais que seriam estudados/analisados através de equipamentos específicos que forneciam medidas objetivas e sistemáticas (Leahey, 1981).

A introspecção seguiu sendo referência com Edward Titchener, mas seu método introspectivo foi diferente do que propunha Wundt. Titchener se baseou nas normas da experimentação científica, mas enfatizou as características qualitativas das atividades mentais dos indivíduos (Leahey, 1981).

Oliveira e Pires (2007), ao estudarem o pensamento em Watson, concluíram que ele rejeitou as pretensões do método introspectivo de Titchener, mas não rejeitou a validade da auto-observação, inclusive a utilizando em seus estudos experimentais do comportamento humano. Os autores argumentaram que existem distorções na literatura sobre o posicionamento de Watson frente à introspecção como auto-observação. A polêmica de Watson contra o método introspectivo é contextualizada, pois ela representa um combate a uma forma epistemológica específica de compreensão da introspecção, vinculada especialmente à proposta de Titchener, ao método introspectivo da psicologia estrutural. No entanto, este método deveria ser utilizado para estudar o comportamento humano e não a consciência. Seria o comportamento humano o "novo" objeto de estudo da Psicologia que lhe conferiria uma condição científica (Oliveira, Pires, 2007). Foi este conhecimento científico proposto por Watson e Skinner que sustentou a prática das terapias comportamentais.

Modelo teórico e prática clínica

A terapia comportamental surgiu como uma segunda força nas escolas psicoterápicas, estando atrás apenas da psicanálise que, no início do século passado, era a principal abordagem para o tratamento de "neuroses" e "psicoses" (Melo, 2014). Desde então, este modelo de psicoterapia vem se sustentando no contexto da pesquisa e prática clínica com crianças, adolescentes, adultos e idosos (Borges, Cassas, 2012; Cassas, Kovac, Malavazzi, 2012; Delitti, Derdyk, 2012; Farias, Fonseca, Nery, 2018).

O modelo teórico que sustenta a terapia comportamental é a Análise do Comportamento (AC), baseada nos pressupostos *behavioristas* (Quinta, 2018; Nery, Fonseca, 2018; Moreira, Medeiros, 2007). Os termos "terapia comportamental", "análise comportamental clínica" e "terapia analítico comportamental" são utilizados pela literatura para caracterizar este tipo de prática psicoterapêutica (Quinta, 2018). Mas, Leonardi e Meyer (2016) destacaram que alguns autores (Kohlenberg, Tsai, 1991; Kohlenberg, Tsai, 2006) definiram o termo "Análise do Comportamento Clínica" (CBA, do inglês *Clinical Behavior Analysis*) como apropriado para delimitar a terapia comportamental embasada nos fundamentos filosóficos, conceituais, metodológicos e empíricos da AC.

A terapia baseada na AC tem o compromisso com intervenções empiricamente testadas. Os terapeutas comportamentais rejeitam conceitos, teorias e tecnologias clínicas mal especificados, vagamente argumentados ou pouco pesquisados por métodos científicos (Hayes, Pistorello, 2015). A AC busca compreender o ser humano a partir de sua interação com o ambiente físico (coisas materiais), social (interações com outras pessoas), com a sua história de vida e com o seu mundo psicológico interno. A AC busca identificar como os indivíduos interagem com seus ambientes para prever e controlar o seu comportamento (Nery, Fonseca, 2018; Moreira, Medeiros, 2007). No entanto, o campo do conhecimento científico da AC não tem um caráter prescritivo. Embora exista um certo grau de coerência e uniformidade teórica na descrição dos fenômenos comportamentais tratados nas terapias de base analítico-comportamentais, não existem parâmetros universais que definam, objetivamente, como o processo terapêutico deva ser conduzido pelo terapeuta (Quinta, 2018).

A AC parte do pressuposto de que os padrões comportamentais de cada indivíduo são selecionados, mantidos e fortalecidos por eventos ambientais. Ou seja, não há um evento único ou uma causa que produza linear e diretamente um evento, mas sim relações funcionais que tornam o comportamento produto de determinadas

condições ambientais. A probabilidade da ocorrência do comportamento no futuro é determinada, então, por condições contextuais e consequências produzidas por esses eventos ambientais, caracterizando uma condição de bidirecionalidade: o comportamento modifica o ambiente que, por sua vez, altera a probabilidade de ocorrência futura do comportamento "original" (Nery, Fonseca, 2018).

Na AC, a unidade de análise utilizada para descrever comportamentos individuais é a contingência de reforçamento. Ou seja, uma descrição da relação de dependência que sugere como a probabilidade da ocorrência de um evento pode ser afetada por outros eventos (Catania, 1999). Dito de outra forma, na descrição de como ocorrem as relações entre o indivíduo e seu mundo, de como ele se comporta e de como esses comportamentos produzem consequências, alterando o ambiente e sendo alterado por ele (Moreira, Medeiros, 2007). A relação funcional substitui a noção tradicional de causa e efeito, proposta por Watson (Catania, 1999).

A prática clínica de terapeutas que se baseiam na AC é caracterizada pela preocupação com a qualificação da prática a partir do conhecimento sustentado por evidências científicas. No entanto, o objetivo de um pesquisador que produz evidências científicas e de um clínico que as projeta para a intervenção psicoterapêutica são diferentes e, por isso, as evidências científicas devem conduzir os seus trabalhos de maneira distinta. A complexidade e a variedade das demandas terapêuticas, no contexto clínico, criam exigências para as quais a utilização de procedimentos experimentais e de rigor metodológico da pesquisa aplicada podem não ser adequados. A mistura ou a falta de clareza entre a distinção do trabalho do pesquisador e do terapeuta pode fortalecer estereótipos do analista comportamental clínico como alguém frio, preso a métodos e pouco empático ao sofrimento do cliente. O que, de fato, é uma inverdade: o trabalho de interpretação teórica e a seleção dos procedimentos clínicos a serem adotados devem servir aos interesses e necessidades emocionais do cliente (Quinta, 2018).

Del Prette e Almeida (2012), descreveram que as sessões em AC devem ser planejadas de forma a contemplar uma coleta de informações iniciais para realizar a análise de contingência, prover a formulação comportamental, programar sessões de intervenções e empregar técnicas a fim de atingir os resultados clínicos almejados. Segundo os autores, o processo é permeado, fundamentalmente, pela análise das relações funcionais entre o comportamento operante e o ambiente com o qual o organismo interage.

A análise funcional é o instrumento mais valioso para a prática clínica do terapeuta ou analista comportamental. É ela que irá permitir a identificação dos comportamentos alvos a serem alterados, a sua função, em quais contingências (atuais e históricas) eles se instalaram e em quais se mantiveram. É a partir desta análise inicial que o terapeuta poderá planejar intervenções comportamentais e ambientais que possibilitem a construção de novos padrões no repertório comportamental de seu cliente. Nesta análise, é importante considerar os padrões comportamentais inscritos na história de vida do indivíduo uma vez que se o comportamento existe, ele foi criado e mantido pelas suas consequências, tendo uma função no repertório daquele que o emite (Skinner, 1953/2003).

As análises funcionais são moleculares (microanálises) e molares (macroanálises). Juntas, estas análises oferecem uma compreensão aprofundada e completa do caso, permitindo que o profissional estabeleça objetivos terapêuticos pertinentes e defina estratégias de intervenções adequadas. As análises moleculares envolvem a análise de contingências pontuais de um comportamento específico que possibilita a sua compreensão em contextos específicos. É necessário identificar a tríplice contingência, ou seja, os eventos antecedentes ao comportamento, as respostas e as consequências deste comportamento no ambiente. Ainda, podem ser somados na análise os efeitos (emocionais e/ou de frequência de resposta) e o processo comportamental envolvido na contingência analisada (reforços e punições) (Borges, Cassas, 2012; Nery, Fonseca, 2018). Este tipo de análise é a base para as análises molares (macroanálises).

As análises molares se referem à busca de informações sobre a construção dos padrões comportamentais do indivíduo no passado. Neste tipo de análise, o terapeuta tem como objetivo identificar os padrões comportamentais que ocorreram em diferentes contextos e apresentam a mesma função, produzindo consequências semelhantes e tendo uma relação semelhante com o histórico de aquisição. O terapeuta deve também investigar quais as situações ou condições em que o indivíduo está inserido e que favorecem a manutenção do padrão comportamental aprendido, bem como identificar as consequências que o reforçam (benefícios em curto, médio e longo prazo) e que o enfraquecem (perdas, desvantagens e punidores de curto, médio e longo prazo). Desta forma, o terapeuta consegue ter uma compreensão ampla e integrada do cliente, contribuindo para o desenvolvimento do repertório de autoconhecimento e favorecendo uma intervenção eficaz (Borges, Cassas, 2012; Nery, Fonseca, 2018).

O processo de avaliação e diagnóstico psicológico baseia-se nas análises moleculares e molares. Desta forma, o processo de avaliação transcende o modelo descritivo de manuais psiquiátricos, uma vez que busca identificar as variáveis de controle que estão funcionalmente relacionadas aos comportamentos e não apenas descrevê-los em termos topográficos. Os manuais nosológicos contribuem no processo diagnóstico ao oferecer pistas sobre as relações a serem investigadas. No entanto, eles não contemplam as particularidades de cada indivíduo que busca a terapia. Nesta perspectiva, são as análises das relações de contingências entre comportamentos-alvo e suas variáveis ambientais que permitem, de fato, a definição de objetivos terapêuticos e definição das técnicas de previsão, controle e modificação destes comportamentos (Nery, Fonseca, 2018).

O planejamento das técnicas de intervenções a serem utilizadas na AC deve ser coerente com os objetivos terapêuticos delimitados através do processo de análise funcional (Del Prette, Almeida, 2012). O uso de técnicas psicoterapêuticas no cotidiano clínico deve respeitar as características do cliente e o terapeuta deve ter clareza

sobre a função de cada uma delas na intervenção clínica realizada. Ou seja, o uso das técnicas é diretamente subordinado à análise funcional realizada pelo terapeuta. O manejo clínico deve ser permeado pelo repertório comportamental do terapeuta no que se refere a empatia, escuta cautelosa, questionamentos claros, entre outros comportamentos assertivos que viabilizam e qualificam a relação terapêutica (Borges, Cassa, 2012; Silva, Bravin, 2018).

O arsenal terapêutico do psicólogo comportamental deve ser ampliado com o uso de técnicas que desenvolvam habilidades específicas para determinados fins, sugeridos pela análise funcional dos comportamentos-alvo do cliente. Ou seja, as técnicas não podem ser selecionadas *a priori*, estando sempre condicionadas a uma prévia análise funcional e a uma compreensão do que é narrado pelo cliente no "aqui e agora" (Neto, Lettieri, 2018; Silva, Bravin, 2018). Portanto, são terapias comportamentais somente aquelas essencialmente sustentadas pelos pressupostos da AC. No entanto, muitas são as abordagens que compartilham conceitos e técnicas comuns à AC, mas que, conforme Hayes (2004), devido uma ampliação dos modelos teóricos e práticos, não podem ser consideradas como AC.

SEGUNDA GERAÇÃO: TERAPIA COGNITIVA (TC)

Raízes epistemológicas

A primeira revolução cognitiva abriu caminho para o desenvolvimento da TC, e também evidenciou a existência de uma mediação cognitiva entre os estímulos ambientais e as respostas comportamentais, colocando em perspectiva muitos dos pressupostos *behavioristas* e, por consequência, da clínica comportamental (Hayes, 2004). Na primeira revolução cognitiva, a vertente principal da Psicologia reorientou-se para a compreensão dos processos internos e sua relação com fenômenos de atenção, percepção, aprendizagem

e memória. Os cientistas cognitivos (mas não restritos ao campo da psicologia cognitiva), começaram a desenvolver modelos e metodologias que permitissem compreender, de forma mais sofisticada, a mente humana. Estes modelos e metodologias tiveram significativa influência de conceitos e terminologias da teoria da informação, ciência da computação e teoria geral dos sistemas (Mahoney, 1998). Ou seja, a primeira revolução cognitiva foi um movimento que, de certa forma, a partir de contribuições de diferentes ciências, retoma ou redireciona os interesses para aspectos mentalistas "deixados para trás" pela terapia estritamente comportamental.

Wolpe (1973) e Bandura (1986) são importantes referências (embora não as únicas) para o nascimento das psicoterapias cognitivas. Wolpe introduziu o princípio da inibição recíproca e de contracondicionamento como estratégias de mudanças comportamentais. Somou ao repertório de instrumentos para intervenção em fobias um conjunto de técnicas de exposição/aproximação à experiência traumática que nomeou como dessensibilização sistemática. Com a dessensibilização sistemática e seus pressupostos baseados no condicionamento clássico, Wolpe mostrou que era possível modificar uma resposta de ansiedade com procedimentos cognitivos que seriam associados às técnicas comportamentais. Roso e Abreu (2012) indicaram que essa foi a primeira forma de terapia verbal baseada em modelos de aprendizagem alternativa à psicanálise.

Bandura (1986) desenvolveu estudos sobre a aprendizagem social, afastando-se das tradições *behavioristas* ao argumentar que a aprendizagem do comportamento também poderia ocorrer sem que o indivíduo tivesse sido exposto, diretamente, às situações ambientais (Bandura, 1986; Bandura, Azzi, Polydoro, 2008). Foi de Bandura as primeiras explicações mediacionais cognitivas para explicar as mudanças de comportamentos em humanos (Hayes, 2004). Seus conceitos de modelagem, condicionamento vicário e autoeficácia indicaram a existência de uma mediação cognitiva na aprendizagem e manutenção dos comportamentos. Uma das

principais contribuições de Bandura para as psicoterapias cognitivas foi o reconhecimento do papel ativo atribuído aos indivíduos e aos eventos cognitivos no processo de aprendizagem de novos comportamentos e a interlocução que eles fazem com o ambiente, principal mediador deste processo (Bandura, 1986; Bandura, Azzi. Polydoro, 2008). As ideias de Bandura já indicavam, conforme Roso e Abreu (2012), pressupostos que, mais tarde, marcariam o modelo cognitivo de Beck: o que determina a maneira pela qual um indivíduo se sente ou se comporta é a maneira como ele interpreta o contexto e/ou a situação por ele vivenciada e não a situação em si (Beck, 2013).

Outras críticas ao *behaviorismo* e à prática clínica comportamental surgiram e também ofereceram contexto para a primeira revolução cognitiva. As ideias de Lev Semenovich Vygotsky que questionaram os princípios estritamente comportamentais ao estudar os processos de aprendizagem, a rejeição aos modelos psicodinâmicos e o questionamento de sua eficácia tiveram uma contribuição importante (Rangé, Falconi, Sardinha, 2007). Ainda, Karl Spencer Lashley, um dos discípulos de Watson, contestou a ideia de que o cérebro seria um órgão passivo a contingências ambientais, defendendo seu papel ativo na organização de comportamentos planejados. Outras áreas do conhecimento, tais como a linguística, com Avram Noam Chomsky e a antropologia, com Claude Lévi Strauss, pautaram a existência de uma estrutura mental na aquisição da linguagem e na manifestação de comportamentos culturais, respectivamente (Sternberg, 2008).

O movimento tecnológico da cibernética que considerou uma mente "sem sujeito" também questionou os pressupostos *behavioristas*, especialmente a partir de estudos em inteligência artificial no qual a máquina de Turing foi utilizada como exemplo (Sternberg, 2008). Um importante evento sobre inteligência artificial foi a Conferência de Verão de Dartmouth de 1956, realizada no Dartmouth College, em Hanover, Nova Hampshire, EUA. A conferência reuniu alguns cientistas da época para discutir a possibilidade de criar máquinas que

pudessem simular inteligência humana. As discussões realizadas nesta conferência defenderam que todo aspecto da aprendizagem ou qualquer outra característica da inteligência poderia, em princípio, serem descritos de forma tão precisa ao ponto de uma máquina poder ser construída para simulá-los. Esta conferência tende a ser citada como o nascimento oficial da inteligência artificial em uma perspectiva acadêmica e científica, e parece ser o momento "exato" em que a primeira revolução cognitiva acontece (Mahoney, 1998).

Mahoney (1998) coloca que a primeira revolução cognitiva foi um momento histórico nas terapias cognitivo-comportamentais, permeado por discussões difíceis entre pesquisadores da área, uma vez que Skinner era considerado por grande parte da comunidade científica um importante teórico responsável por produzir, através do método científico, um conhecimento "inquestionável". Este cenário da primeira revolução cognitiva possibilitou o desenvolvimento e a aplicação de pesquisas básicas aplicada à área clínica, colaborando para o surgimento das terapias cognitivas e cognitivo-comportamentais.

O desenvolvimento das terapias cognitivas e cognitivo-comportamentais, historicamente, situa-se em meados da década de 50 e início da década de 60. Albert Ellis (1913-2007) e Beck *et al*. (2022) são referências importantes (Barbosa, Terroso, Lima, 2014; Knapp, 2015), embora não as únicas, uma vez que um grande esforço para se pensar a respeito de diferentes conceitos e fenômenos cognitivo e comportamentais foi dispensado por diferentes pesquisadores anteriores a ela.

A Terapia Racional-Emotiva Comportamental (TREC) desenvolvida por Albert Ellis compartilha características da Terapia Cognitiva (TC) de Beck, embora suas formulações de casos e ênfases de tratamento variem (Beck *et al.,* 2022). Albert Ellis desenvolveu uma teoria da personalidade e um sistema de técnica terapêutica conhecido como TREC. Nela, Ellis defendeu que a emoção é causada e controlada pelo pensamento. Argumentou que, se as emoções humanas resultam em

grande parte do pensamento, então a pessoa pode controlar sensivelmente seus sentimentos controlando seus pensamentos – ou mudando as frases internalizadas ou diálogo interno com as quais, em grande parte, criou o sentimento. Nesta perspectiva, a perturbação emocional surgiria então quando os indivíduos dizem, a si mesmos, frases negativas, irreais, ilógicas e autodestrutivas e as percebem como potencialmente verdadeiras (Ellis, 1957).

Beck foi, durante muito tempo, um psicanalista com formação completa e atuante: seus clientes faziam associação livre, sentados em um divã, enquanto ele as interpretava. O seu interesse constante pela ciência fez com que iniciasse uma busca pela comprovação da teoria psicanalítica, pois tinha o desejo de tornar esta escola de psicoterapia reconhecida pelos cientistas da época. Com este objetivo, Beck decidiu testar a ideia psicanalítica de que a depressão seria resultante da hostilidade do indivíduo voltada a si mesmo (Beck, 2005; Beck *et al.,* 2022).

Hayes (2004) expôs que, com a prática clínica e estudos realizados por Beck, um modelo alternativo ao da Psicanálise e ao da AC emergia. Mas, esta alternativa precisava de sustentação teórica e prática. Beck foi particularmente contundente sobre isso, fazendo a pergunta retórica: "Pode uma psicoterapia incipiente desafiar os gigantes do campo – Psicanálise e Terapia Comportamental?" (Beck, 1963, p. 333). Esta pergunta surgia, pois, até então, não existia nenhuma outra abordagem da cognição humana capaz de prover o mesmo tipo de orientação para intervenções cognitivas que os princípios comportamentais forneciam para as intervenções comportamentais. A primeira alternativa de Beck foi, então, desenvolver teorias cognitivas baseadas na sua clínica para, posteriormente, testar sua eficácia e efetividade através da pesquisa científica (Hayes, Pistorello, 2015).

Ao longo da década de 1960 e início dos anos de 1970, Beck e colaboradores realizaram uma série de experimentos clínicos para

investigar a eficácia da Psicanálise e encontrar argumentos para sua validação empírica. Este percurso científico fez com que outras explicações para a depressão fossem hipotetizadas, pesquisadas e validadas por ele e sua equipe, questionando muitos pressupostos psicanalíticos até então utilizados como referência. Esse movimento faz nascer a "terapia cognitiva": um termo comumente utilizado como sinônimo de "terapia cognitivo-comportamental" por muitos profissionais da área (Beck *et al*., 2022; Rush *et al*., 1977).

A TC nasce então, primeiramente, como uma psicoterapia estruturada para depressão, de curta duração e voltada para o presente. Suas bases filosóficas e teóricas incluíram, principalmente, ideias do filósofo Epicteto e dos teóricos Karen Horney (1885-1952), Alfred Adler (1870-1937), George Kelly (1905-1967), Richard Lazarus (1922-2002) e Albert Bandura (1925-2021). O trabalho desenvolvido por Aaron Beck foi ampliado por muitos pesquisadores dos Estados Unidos e exterior (Beck *et al.*, 2022) e um panorama histórico da área pode ser encontrado em Thoma *et al*. (2015).

No fim da década de 1970, Beck e seus colegas de pós-doutorado começaram a estudar a ansiedade, abuso de substâncias, transtornos de personalidade, problemas de casais, hostilidade, transtorno bipolar e outros através de uma série de testes teóricos, adaptações de tratamento e ensaios clínicos randomizados. Estudos estes que se estenderam por várias décadas e ainda são executados em muitos países. Nas últimas décadas, em colaboração com pesquisadores, vem se desenvolvendo a Terapia Cognitiva Orientada para a Recuperação (CT-R). A CT-R mantém os fundamentos teóricos do modelo cognitivo na conceitualização de casos, no planejamento e na realização do tratamento. No entanto, ao invés de enfatizar os sintomas, os problemas passados e a psicopatologia, a CT-R enfatiza os pontos fortes, as emoções positivas, as qualidades pessoais, as habilidades e os recursos dos clientes para pensar o futuro e como podem, gradativamente, atingir seus objetivos pessoais (Beck *et al.,* 2022).

Beck e Alford (2000) descreveram que a TC se baseia em axiomas não estáticos que a definem enquanto teoria científica, nos pressupostos de Popper (1978): uma teoria em constante evolução, sem contradições, com conceitos independentes, originais, claros, objetivos e suficientes para permitir as deduções e derivações de todas as afirmações dentro dela. Beck enfatizou a relação dinâmica entre pensamentos automáticos/cognições, emoções e comportamentos, trazendo ao campo científico das psicoterapias o estudo destes fenômenos e da interação entre eles como imprescindível para a compreensão, avaliação e intervenção em psicopatologia (Abreu, Roso, 2012; Beck *et al*., 2022; Silva, 2012). A emoção é valorizada por Beck como parte da estrutura cognitiva de quadros psicopatológicos e um importante sinalizador de pensamentos disfuncionais e seus significados.

A forma como Aaron Beck compreendeu a emoção e sua relação com os pensamentos e comportamentos pode se aproximar parcialmente da definição de emoção descrita por Damásio (2000). Para este autor, a emoção é um conjunto de reações corporais que não necessita da consciência para existir. A emoção acontece no corpo físico, nos músculos, no coração, nos pulmões e nas reações endócrinas. Damásio (2000), apesar de diferenciar emoção e o sentimento, enfatizou que estão intimamente relacionados. Ele caracteriza o sentimento como a experiência mental (pensamentos) privada da emoção, ou seja, a experiência mental que se tem sobre aquilo que se passa no corpo (a emoção). Na TC explora-se a identificação e nomeação das emoções e sentimentos e o conteúdo cognitivo da emoção, ou seja, a partir dos pensamentos automáticos busca-se conhecer as crenças desenvolvidas pelo indivíduo que podem impedi-lo e/ou inibi-lo de expressar emoções como raiva ou tristeza, por exemplo.

Damásio (2000) evidenciou ainda que a razão surge a partir da emoção e juntamente com ela, a colocando em lugar central na compreensão do processo de tomada de decisão: sentir as emoções é necessário para que o planejamento de novas formas de ações,

coerentes com a ocasião, possam ocorrer. Isso direciona ao conceito de "marcador somático" no momento em que a emoção reduz o número de opções a serem analisadas pela consciência, facilitando e agilizando o tempo de resposta. As emoções possuem também um valor evolutivo, uma vez que elas fazem parte de um aparato biológico que visa a sobrevivência e ao enfatizar sua condição consciente: o ser humano, quando percebe sua emoção, é capaz de refletir, planejar e superá-la, se necessário.

Pesquisar, empiricamente, a emoção trouxe desafios importantes para a pesquisa em psicoterapia. Talvez por isso este conceito aparece de forma tímida nas teorizações da TC, de maneira a compor um "pano de fundo" para a complexa relação entre pensamentos e comportamentos. Até o final do século XIX a emoção tinha pouco espaço nas discussões científicas, especialmente no contexto de laboratórios de psicologia. A partir do século XX é que as emoções ganham espaço nas discussões científicas, quando as pesquisas buscam tecer a relação entre os estados corporais e os estados psíquicos. Como exemplo, Silva (2012) cita o trabalho de Darwin e o de William James.

Darwin (1872/2009) confere à emoção diferentes graus de intensidade e defende que a manifestação emocional ocorre por intermédio das expressões faciais. Ele argumentou ainda a presença de similaridades importantes entre as emoções entre humanos e animais (Darwin, 1872/2009). James (1952; 1994) propôs que o estado do corpo seria a base inicial e essencial para a consciência das emoções. Para James, o controle das emoções seria possível através do controle de seus aspectos expressivos. Ou seja, ele inverteu a relação entre estar emocionado e sentir o impacto da emoção no corpo, chamando a atenção para as reações viscerais e corporais como o próprio cerne da experiência emocional. Damásio (2000) argumentou que a hipótese de James possuiu grande influência na maneira como se interpreta e pesquisa a emoção humana ao longo do desenvolvimento deste campo de conhecimento científico.

Seguindo, os estudos de Bowlby e Maturana também são citados por Silva (2012) como formas de pesquisar (e descrever), cientificamente, as emoções. Bowlby (2002) enfatizou que os sentimentos e emoções possuem certo valor preditivo sobre o comportamento (seu e do outro). Para ele, os sentimentos e emoções são centrais na compreensão dos processos de constituição psíquica e formação de modelos representacionais internos. O autor coloca que os padrões de apego estabelecidos na infância são permeados por significados afetivos e emocionais que influenciarão na formação de personalidade do indivíduo ao longo da vida.

Assim, uma relação constante entre a dimensão representacional, o papel regulador das emoções e a construção de significados é realizado por Bowlby ao longo de sua teoria. Dalbem e Dell'Aglio (2005) argumentaram que a abordagem teórica desenvolvida por Bowlby ofereceu uma base para estudos sobre os afetos e as emoções dos seres humanos, proporcionando um suporte empírico coerente para a compreensão dos processos de desenvolvimento normal e patológico, ao integrar aspectos da biologia moderna ao embasamento de seus estudos.

Maturana (1997) definiu a emoção como uma dinâmica corporal que se vive como um domínio de ações: para se saber qual emoção o outro está sentindo é necessário observar as suas ações. Se está em uma emoção ou não. Ele argumentou que se devemos pensar se estamos sentindo uma determinada emoção é porque não estamos nela, não estamos experienciando ela: a emoção é algo que se vive e não que se expressa cognitivamente/verbalmente. São as emoções que guiam nossos comportamentos e nossas relações com o mundo, evidenciando que todo sistema racional tem um fundamento emocional. Maturana (2005) defendeu o papel central das emoções no processamento da linguagem e no desenvolvimento do indivíduo como todo. Colocou o papel das emoções e dos sentimentos como influenciadores na qualidade da ação e da reflexão, determinando então a maneira como os humanos evoluem.

Gazzaniga, Heatherton e Halpern (2018) também conferiram uma análise sobre os aspectos emocionais e sua relação com a fisiologia, cognição e motivação, a colocando como um importante aspecto da ciência psicológica. Cozolino (2017) destacou o papel das emoções (e de outros aspectos neuropsicológicos/neurofisiológicos) nos processos de mudança em psicoterapia na medida em que elas seriam capazes de aumentar as mudanças nos circuitos neurais relevantes. O reconhecimento de aspectos neuropsicológicos/neurofisiológicos na psicologia e psicoterapia é herança da revolução biológica. As descobertas desta revolução sugerem que o cérebro, os neurotransmissores e a estrutura neural são a base biológica para todo e qualquer comportamento humano e que o cérebro pode se reorganizar, formar novas conexões e adaptar-se a novas experiências ao longo da vida. Os conhecimentos resultantes desta revolução ajudaram a entender também a base biológica de muitos distúrbios psicológicos, como esquizofrenia, depressão e transtornos de ansiedade (Mahoney, 1998).

A presença de alterações neuropsicológicas associadas ao tratamento com a TC foi sinalizada por alguns estudos, como por exemplo o realizado por Goldapple *et al*. (2004), Charchat-Fichman, Fernandes e Landeira-Fernandez (2012) e por Porto, Hemolin e Ventura (2002). De fato, o campo da neurociência tem muito a contribuir com a psicoterapia (Cozolino, 2017). Este é um campo de conhecimento que deveria ser basilar a todos os terapeutas.

Modelo teórico e prática clínica

O modelo cognitivo proposto por Beck é composto por níveis cognitivos representados por pensamentos automáticos, crenças intermediárias e crenças nucleares. Nas condições de sofrimento psíquico, o fator comum é a condição disfuncional destes fenômenos cognitivos e do prejuízo clinicamente significativo que eles trazem ao indivíduo. Quanto maior o nível de disfuncionalidade, ou seja, quanto

maior for o sofrimento psíquico e o nível de prejuízo funcional gerado por eles na vida do indivíduo, mais grave e complexa é a condição mental associada. No entanto, embora o foco do modelo teórico de Beck sejam as condições de sofrimento psíquico e psicopatologias, ele reconhece a presença destes fenômenos cognitivos na personalidade de qualquer indivíduo. Quando não associados a condições de sofrimento psíquico/psicopatologias, os pensamentos automáticos e crenças são compreendidos como adaptativos, direcionando a maneira pela qual o indivíduo interpreta a si mesmo, ao outro e ao mundo de maneira funcional (Beck *et al*., 2022).

A intervenção psicoterapêutica na TC deve priorizar o acesso aos três níveis da cognição: pensamentos automáticos, crenças intermediárias e crenças nucleares. Os pensamentos automáticos são caracterizados como involuntários, breves, rápidos, avaliativos e interpretativos. Se referem a uma situação em específico e podem aparecer na mente do indivíduo na forma de imagens mentais ou palavras. Os pensamentos automáticos não são resultantes de deliberação ou raciocínio, ou seja, são espontâneos e estão ligados a gatilhos ambientais internos ou externos. Os pensamentos automáticos disfuncionais podem configurar distorções cognitivas, ou seja, pensamentos distorcidos sobre a realidade que causam sofrimento e prejuízo funcional significativo ao indivíduo. A percepção consciente dos pensamentos automáticos pelo indivíduo é rara, sendo mais comum a identificação da emoção ou do comportamento associado a ele. Por este motivo, a identificação e análise dos pensamentos automáticos por parte do terapeuta ocorre por meio da tríade "pensamento – emoção – comportamento" (Beck *et al*., 2022).

Os pensamentos automáticos surgem das crenças nucleares. As crenças nucleares são o centro da estrutura cognitiva do indivíduo. Seu conteúdo cognitivo se refere a ideias sobre si mesmo, sobre os outros e sobre o mundo desenvolvidas desde a infância, a partir da relação que o indivíduo estabelece em seus diferentes contextos de desenvolvimento. Quando essa relação é atravessada

por experiências afetivas negligentes, rejeitadoras e/ou abusivas, as crenças tendem a representar este conteúdo cognitivo e emocional. Quanto maior o impacto da relação no indivíduo, maior será o nível de prejuízo funcional gerado pela crença (Beck *et al*., 2022).

As crenças nucleares são compreensões duradouras fundamentais e profundas presentes na estrutura cognitiva de qualquer indivíduo. As crenças nucleares com conteúdo cognitivo direcionado a si mesmo podem caracterizar desamparo, desamor ou desvalor. As crenças nucleares de desamparo representam cognições ligadas à ineficiência ao realizar atividades, à capacidade de proteger-se e/ou quando se equipara com outras pessoas, se percebendo menos qualificado/eficiente. As crenças nucleares de desamor representam cognições ligadas a uma percepção de si como alguém que possui qualidades e características incapazes de gerar no outro o desejo por uma relação que envolva amor, respeito e intimidade. As crenças nucleares de desvalor representam cognições ligadas a uma percepção de si como alguém pecador, imoral ou que representa perigo às outras pessoas. Os indivíduos podem ter crenças em uma, duas ou todas as três categorias (Beck *et al*., 2022).

Conforme Beck *et al*. (2022), mesmo os indivíduos bem adaptados, ou seja, aqueles que possuem predominantemente crenças realistas e positivas na maior parte do tempo, possuem crenças negativas latentes. Estas crenças latentes podem ser parciais ou completamente ativadas na presença de vulnerabilidades ou estressores tematicamente associados e retornarem para suas crenças baseadas na realidade após um curto período de tempo. As crenças intermediárias são fenômenos cognitivos influenciados pelas crenças nucleares. Este tipo de crença se refere a atitudes, regras e pressupostos que, frequentemente, não são expressos verbalmente pelo indivíduo, mas orientam seus comportamentos. As crenças intermediárias influenciam a visão da situação a qual, por sua vez, influencia em como o indivíduo pensa, sente e age diante dela.

Tanto as crenças nucleares como as crenças intermediárias se originam a partir da necessidade que o indivíduo tem, em cada estágio de seu desenvolvimento, de entender o ambiente ao seu redor e organizar sua experiência interna de forma coerente para que consiga funcionar de forma adaptativa. Essa necessidade, combinada com a predisposição genética, leva então a determinados entendimentos sobre si, sobre o outro e sobre o mundo, ou seja, suas crenças (Beck *et al*., 2022).

Wenzel (2018) e Beck *et al*. (2022) destacaram que a TC possui uma ampla base empírica, sendo uma prática terapêutica central e dominante no campo das psicoterapias (tanto clínica quanto cientificamente). A intervenção clínica na TC possui um estilo racional, organizado e objetivo, com foco na observação externa da realidade, busca de evidências e em experimentos comportamentais para alterar cognições, emoções e comportamentos ligados à estrutura cognitiva de diferentes transtornos mentais e demandas clínicas. Suas intervenções atentam aos processos de memória, resolução de problemas, julgamento, tomada de decisão e, especialmente, à atenção seletiva, buscando a relação com a regulação emocional e a manutenção de crenças e esquemas mentais disfuncionais (Abreu, Roso, 2012; Beck, Kuyken, 2012; Knapp, 2015; Melo, 2014; Roso, Abreu, 2012).

Na TC os princípios comportamentais recebem menor ênfase quando comparado à AC, dando lugar de destaque aos conceitos cognitivos. No entanto, é possível o uso de métodos de mudança voltados para comportamento, desde que assimilando emoção e cognição. O uso de intervenções comportamentais na TC altera os métodos comportamentais anteriores e modelos de condicionamento através da adição de métodos e modelos de mudança cognitiva.

O tratamento em TC possui alguns princípios norteadores. Os planos de tratamento estão baseados em uma conceitualização cognitiva em desenvolvimento contínuo, definição clara de objetivos e de metas terapêuticas definidas colaborativamente entre

terapeuta e cliente. Sua prática requer uma aliança terapêutica sólida. O progresso/resultados clínicos do cliente são monitorados pelo terapeuta, continuamente. Sua prática necessita ser adaptada culturalmente e o tratamento precisa ser adaptado ao indivíduo e suas demandas. A TC enfatiza os aspectos positivos, a colaboração e a participação ativa do cliente ao longo do processo de mudança. Ela é uma prática operacional, baseada em valores e orientada para objetivos, inicialmente, enfatiza o presente. Possui uma característica essencialmente educativa e suas sessões são estruturadas e delimitadas no tempo (Beck *et al*., 2022).

Suas técnicas psicoterapêuticas possuem o objetivo de modificar o conteúdo da cognição e de padrões de comportamentos disfuncionais, além disso, são organizadas em técnicas de reestruturação cognitiva e técnicas comportamentais (Beck, 2013; Wenzel, 2018). As técnicas da TC, embora descritas na literatura de forma protocolar, devem aparecer no discurso do terapeuta de tal maneira que, ao se comunicar com o cliente, os aspectos históricos, culturais, sociais, econômicos e individuais envoltos em seu discurso e queixa sejam reconhecidos. Ou seja, não são técnicas a serem aplicadas, mas sim desenvolvidas no *setting* terapêutico a partir da relação e aliança terapêutica construída entre terapeuta e cliente. A essência da TC é a seleção de técnicas cognitivas e comportamentais conforme os objetivos terapêuticos e conceitualização do caso. Ainda, embora a literatura científica apresente muitos exercícios clínicos prontos, é importante que o terapeuta os individualize conforme o seu perfil e o do cliente e de acordo com os objetivos terapêuticos a serem trabalhados (Beck *et al*., 2022). Técnicas selecionadas da TC para diferentes indicações podem ser encontradas em Shinohara (2012), McClure *et al*. (2021), Gillihan (2021), Leahy (2018), Barroso (2021), Lins e Neufeld (2021).

Payne *et al*. (2016) descreveram a construção de um modelo transdiagnóstico a partir dos pressupostos beckianos que podem ser utilizados como protocolo unificado aplicável, em teoria, a intervenções psicoterapêuticas em diferentes transtornos mentais.

Este protocolo foi desenvolvido no *Center for Anxiety and Related Disorders* da Universidade de Boston e possui componentes de tratamento que vêm recebendo sustentação clínica ampla e profunda, gerando resultados promissores (Payne, *et al.*, 2016).

No modelo cognitivo de Beck, a prática do terapeuta ocorre por meio de sessões clínicas planejadas em agendas de sessões com momentos iniciais (verificação do humor e definição de pauta/agenda), momentos intermediários (desenvolvimento da agenda e trabalho com os objetivos terapêuticos definidos) e momentos finais (definição de tarefa de casa e feedback) (Beck, 2013; Beck, Kuyken, 2012; Dobson, Dobson, 2010; Knapp, 2015; Knapp, Beck, 2008; Wenzel, 2018). As sessões tendem a durar, em média, 45 a 50 minutos, podendo serem mais curtas, conforme o contexto de intervenção e agenda de sessão (Beck *et al*., 2022). O papel do terapeuta é ativo, colaborativo e educativo. Terapeuta e cliente trabalham juntos na construção da conceituação cognitiva e no planejamento e desenvolvimento do plano de intervenção (Abreu, Roso, 2012; Dobson, Dobson, 2010; Wenzel, 2018). As habilidades básicas para o terapeuta cognitivo envolvem a escuta, a empatia, sensibilidade, respeito e autenticidade, bem como a habilidade de desenvolver e manter uma relação terapêutica forte e segura com o cliente. O terapeuta deve ser capaz de planejar o tratamento considerando valores, aspirações e objetivos de seus clientes (Beck *et al.*, 2022).

Beck *et al.* (2022) enfatizou que a TC é indicada para clientes de diferentes fases do desenvolvimento humano, com diferentes níveis de educação e inseridos em diferentes culturas e contextos sociais. Ela pode ser desenvolvida em diferentes contextos de atuação, tais como hospitais, clínicas, escolas, programas vocacionais, prisões, entre outros. Os primeiros estudos científicos sobre a efetividade da TC foram realizados por Rush *et al*. (1977) e, desde então, muitas são as pesquisas que mostram a eficácia da TC para uma ampla gama de transtornos mentais. Sua eficácia para problemas psicológicos e problemas médicos com componentes psicológicos

também foram contemplados pelas pesquisas. Uma lista constantemente atualizada de condições as quais a TC se mostra efetiva pode ser encontrada no site da divisão 12 da *Amercian Psychological Association* (APA), seção de *"treatments"* (tratamentos), disponível no link www.div12.org/psychological-treatments/treatments.

Os protocolos de intervenções já validados por pesquisas científicas podem ser encontrados na literatura referente ao tratamento psicológico de transtornos mentais e outras demandas, comumente na forma de manuais (Roso, Abreu, 2012). Para exemplificar esse universo e sem a intenção de reduzi-lo a estes autores, para psicoterapia de clientes adultos, sugere-se a leitura de Barlow (2016), Caminha *et al*. (2003), Andretta e Oliveira (2011) e Knapp (2004). As aplicações da TC em crianças e adolescentes podem ser encontradas em Friedberg e McClure (2004), Caminha, Caminha e Dutra (2017), Lins e Neufeld (2021) e em Petersen e Wainer (2011). Uma perspectiva transdiagnóstica e desenvolvimental da adolescência na qual aspectos do desenvolvimento cognitivo, socioemocional e físico são elencados na sua relação com a terapia cognitiva pode ser encontrada em Neufeld e Rangé (2017). O modelo cognitivo para crianças é o que mais apresenta evidências empíricas no campo da pesquisa em psicoterapia infantil (Pheula, Isolan, 2007). A Terapia da Reciclagem Infantil (TRI) é uma importante abordagem nesta ênfase (Caminha, Caminha, 2015; Caminha, Finger, 2017).

Em idosos, uma referência interessante pode ser Freitas, Barbosa e Neufeld (2016). Para casos graves, sugere-se Wenzel, Brown e Beck (2010), Wright *et al.* (2012) e Wright *et al*. (2010). O modelo cognitivo em práticas grupais pode ser encontrado em Neufeld e Rangé (2017) e em capítulos de livros de obras mais amplas. Ainda, ao encontro da tendência da psicoterapia *online* que desde a pandemia da COVID-19 tem se ampliando, orientações da TCC *online* podem ser encontradas em Neufeld e Szupszynski (2022).

A TC, durante décadas, se consolidou como corpo teórico e prático dominante nas psicoterapias cognitivas e cognitivo-comportamentais. No entanto, como é comum no campo do conhecimento científico, as suposições e pressupostos deste modelo começaram a ser examinados.

TERCEIRA GERAÇÃO: TERAPIAS CONTEXTUAIS/PROCESSUAIS

Raízes epistemológicas

As raízes epistemológicas das terapias de terceira geração se baseiam nos modelos teóricos e práticos anteriores. No entanto, embora estas psicoterapias priorizem os modelos comportamentais, elas parecem levar a tradição da terapia comportamental para um novo território, diferente do utilizado nas terapias baseadas na AC que caracterizam a primeira geração de psicoterapias cognitivo-comportamentais. Este novo território possui uma ênfase em repertórios psicoterapêuticos flexíveis e eficazes (Hayes, 2004) no qual muitos métodos desenhados na primeira geração de terapia comportamental foram revitalizados, aparecendo em novas e robustas formas (Jacobson, Martell, Dimidjian, 2001). Para Hayes (2004), esta geração representa um desenvolvimento intelectual e prático das terapias comportamentais da primeira geração. Hayes (2004) a caracteriza como particularmente sensível ao contexto e às funções dos fenômenos psicológicos, enfatizando o contextualismo funcional. O contextualismo pode ser compreendido como o contínuo "ato no contexto. Os atos podem ser alguma coisa feita em e com um contexto atual e histórico e são definidos pelo seu propósito e significado" (Hayes, 2020, p. 28). Assim, os comportamentos não podem ser compreendidos isoladamente de seus contextos situacionais e históricos (Barbosa, Murta, 2014). Parte das terapias contextuais adotam essencialmente uma posição funcional-contextual (Hayes, 2020).

Nestas abordagens, o manejo clínico do terapeuta ao longo do processo terapêutico seria mais amplo e flexível do que o das abordagens anteriores. O empoderamento do cliente ao longo do processo terapêutico, uma maior valorização de uma relação terapêutica não hierarquizada e uma ênfase em temas comuns a outras tradições com menor referência empírica nas gerações anteriores fazem parte desta geração. Pela sua particularidade, já houve a sugestão de que essa geração fosse compreendida como "terapias cognitivo-contextuais" (Hayes *et al*., 2011, p. 157). A prática clínica desta geração é reconhecida através de diferentes terapias que buscam enfatizar estratégias de mudanças experienciais e contextuais, para além da intervenção cognitiva e comportamental (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, Oliveira, 2015).

Modelo teórico e prática clínica

A característica mais singular das intervenções das abordagens contextuais é o grau de ênfase nas estratégias de mudança contextual e experiencial, incluindo aceitação, atenção plena, relacionamento, valores pessoais e o contato com o momento presente. O propósito das estratégias experienciais e contextuais é alterar, rapidamente, a função de eventos psicológicos problemáticos, mesmo que sua forma ou frequência não mude ou mude apenas lentamente (Hayes, 2004). Dentre as abordagens comumente são citadas como referências a Psicoterapia Analítico-Funcional (Kohlenberg, Tsai, 1991), a Terapia de Aceitação e Compromisso (Hayes, Strosahl, Wilson, 1999), a Terapia Comportamental Dialética (DBT) (Linehan, 1993) e a Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* (Segal, Williams, Teasdale, 2002), e a Terapia Focada na Compaixão (Gilbert, 2009) e a Terapia do Esquema (TE) (Young, 1990).

Conforme Quinta (2018) e Frasson e Nery (2018), da AC derivaram, em razão dos pressupostos teóricos, alguns modelos terapêuticos, contudo, ressalta-se que não podem ser considerados

totalmente compatíveis. Entre eles, citam-se a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) (Kohlenberg, Tsai, 1991), a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) (Hayes; Strosahl; Wilson, 1999) e a Terapia Comportamental Dialética (DBT) (Linehan, 1993).

A FAP tem como referencial teórico e filosófico o *behaviorismo* radical. Ela utiliza conceitos como modelagem, reforço, punição, discriminação e generalização para entender a relação terapêutica e a utiliza como instrumento de mudança em terapia. Ou seja, a relação terapêutica profunda, intensa, significativa e benéfica é o principal recurso para promoção de mudanças na vida do cliente. Os comportamentos do cliente e do terapeuta entram em análise: existe o reconhecimento de que ambos os comportamentos que caracterizam a relação terapêutica são modelados pelas contingências de reforçamento de relações passadas de modo que os estímulos atuais da relação evoquem comportamentos funcionalmente semelhantes aos evocados no passado. Na FAP é considerado particularmente importante a expressão de sentimentos, emoções e afetos na relação terapeuta-cliente pois é a partir dela que o processo psicoterapêutico será construído e as mudanças efetivadas (Kohlenberg, Tsai, 1991).

A ACT parte dos pressupostos do *behaviorismo* radical, isto é, do funcionalismo, pragmatismo e contextualismo na busca por proporcionar flexibilidade psicológica. A ACT busca auxiliar o cliente no processo de aceitação de eventos privados, encobertos e desagradáveis, tais como sentimentos, pensamentos, memórias e sensações julgadas como ruins ou negativas para o indivíduo. O objetivo do processo terapêutico da ACT é aumentar a consciência e modificar a relação com os sentimentos e pensamentos. A ênfase não está em controlar sintomas, alterar a sua frequência, alterar o conteúdo cognitivo de pensamentos disfuncionais, tampouco no controle ou supressão de eventos privados. Na ACT, o terapeuta deve auxiliar o cliente a diminuir suas tentativas de controlar os eventos privados, aumentar sua disposição para experimentá-los e desenvolver comportamentos necessários para que ele alcance seus objetivos de

vida conforme seus valores pessoais. O foco da intervenção é alterar a forma do cliente agir diante de experiências privadas negativas (Hayes, Strosahl, Wilson, 1999).

A DBT (Linehan, 1993) é uma terapia estruturada desenvolvida para pessoas com sintomas relacionados à alta desregulação emocional, comportamentos autolesivos e condutas suicidas que, comumente, caracterizam transtornos de personalidade *borderline*, sendo considerada a intervenção "padrão-ouro" para o tratamento deste diagnóstico (APA, 2004). No entanto, a DBT tem se mostrado efetiva para a intervenção em outros transtornos mentais e populações clínicas, tal como demonstram Miller, Rathus, Linehan (2007) e Lynch *et al*. (2003). O objetivo principal da DBT é que o cliente aprenda a regular a emotividade extrema e seus impulsos, reduzindo os comportamentos disfuncionais dependentes do estado de humor. Ele também aprende a confiar e a validar suas próprias experiências, emoções, pensamentos e comportamentos (Linehan, 1993).

A Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* (Segal; Williams; Teasdale, 2002) possui a prática do *Mindfulness* como uma importante e central estratégia terapêutica aliada a demais técnicas cognitivas. A origem do conceito "*Mindfulness*" está nas práticas orientais de meditação (Hanh, 1976). Ele é praticado no oriente há mais de 2.500 anos e as abordagens cognitivo-comportamentais passaram a incorporá-la a partir dos anos 1990 (Wenzel, Brown; Beck, 2010). Kabat-Zinn (1990) definiu o *Mindfulness* como uma forma específica de atenção plena – concentração no momento atual, intencional, e sem julgamento. Concentrar-se no momento atual significa estar em contato com o presente e não estar envolvido com lembranças ou com pensamentos sobre o futuro. Roemer e Orsillo (2010) descreveram que o *Mindfulness* se trata de uma consciência plena da situação vivida sem se engajar em julgamentos ou no desejo de que as coisas sejam diferentes. O foco é na percepção consciente das experiências internas, observando o surgimento e o desaparecimento dos pensamentos e sentimentos sem se agarrar àqueles muito valorizados

e sem tentar banir os dolorosos. Os autores acrescentaram que o tratamento baseado na técnica pode ser adaptado para diferentes problemas ou demandas psicológicas.

A Terapia Focada na Compaixão (TFC) (Gilbert, 2009) é uma abordagem de tratamento transdiagnóstica que visa criar autocompaixão e reduzir o sentimento de vergonha, desenvolvendo um sistema de suporte interno que precede o envolvimento com o conteúdo interno doloroso (Gilbert, Choden, 2014). A psicoeducação na perspectiva neurocientífica e evolutiva da mente é um elemento essencial para a TFC. O desenvolvimento da autocompaixão proposto pela TFC desativa o sistema comumente ativado diante de situações estressantes, como o distanciamento social, e ativa o sistema de calma que regula as emoções (Gilbert, Choden, 2014).

A TE (Young, 1990) é uma abordagem teórica e prática integrativa que expande os conceitos da TC desenvolvida por Aaron Beck, definindo particularidades teóricas e técnicas específicas. O modelo teórico e prático da TE integra elementos da TC, da psicologia da Gestalt, da teoria das relações objetais, do construtivismo e de algumas escolas psicanalíticas. Este modelo considera a interação entre história de vida, vínculos e padrões de apego, ambiente e temperamento como a estrutura base para a formação da personalidade normal e patológica. Para a intervenção, são priorizadas técnicas vivenciais e experienciais que, combinadas com técnicas cognitivas e comportamentais, produzem mudanças cognitivas, emocionais e comportamentais significativas e duradouras na vida do indivíduo (Young, Righ, 1994; Young, Klosko, Weishaar, 2008).

A compreensão da TE como uma abordagem de terceira geração parece não ser consenso na literatura da área. Barbosa, Terroso e Argimon (2014), por exemplo, colocam a TE como uma abordagem de segunda geração, uma vez que ela surge como uma proposta de intervenção cognitivo-comportamental que amplia o modelo da TC. Ou seja, estes autores colocam que apesar de se diferenciar do

modelo cognitivo da TC em aspectos, tais como a importância da aliança terapêutica para a mudança clínica, a importância das origens infantis e os estilos parentais na formação de personalidade normal e patológica e a importância do trabalho vivencial através de imagens mentais e diálogos, a TE seria uma abordagem com ênfase em processos cognitivos, emocionais e comportamentais (Barbosa, Terroso, Argimon, 2014). Portanto, mais coerente com os aspectos epistemológicos das abordagens de segunda geração.

Alguns autores ainda a situam como uma abordagem transdiagnóstica, desvinculada do conceito de "gerações" de psicoterapias cognitivo-comportamentais. Para Fassbinder e Arntz (2021), a TE é basicamente uma abordagem transdiagnóstica, embora apresente modelos específicos de intervenções para transtornos de personalidade, especialmente. Estes autores defendem uma proposta em TE mais flexível e integrada para intervenções em diferentes demandas clínicas, sugerindo que as intervenções psicoterapêuticas se direcionem a fatores comuns presentes na história de vida e desenvolvimento emocional do sujeito, tais como traumas e esquemas iniciais desadaptativos, ao invés de se concentrar exclusivamente nos sintomas ou diagnósticos específicos. Desta forma seria possível realizar intervenções psicoterapêuticas de forma integrada, desenvolver habilidades de regulação emocional e promover mudanças cognitivas e comportamentais trazendo abrangência, eficiência e aplicabilidade da TE a uma variedade de casos e demandas clínicas (Fassbinder, Arntz, 2021).

No entanto, mesmo com divergências em relação ao lugar da TE em termos de gerações cognitivo-comportamentais, é mais frequente essa abordagem ser citada como uma psicoterapia de terceira geração, devido ao seu caráter essencialmente integrativo, flexível e contextual (Falcone, 2014; Melo, 2014). O desafio de situar a TE como uma abordagem de segunda ou terceira geração talvez explicite um desafio maior que é definir as abordagens cognitivo-comportamentais em "gerações" ou "ondas" com bases

epistemológicas, teorias e técnicas específicas. As intervenções psicoterapêuticas que caracterizam as abordagens de terceira geração não são uma rejeição da primeira e segunda geração. Elas representam uma transformação e integração dessas fases anteriores em um novo e mais amplo repertório técnico (Hayes, 2004). Ou seja, dependendo do ponto de vista ou ênfase teórica e prática, a TE pode ser compreendida tanto quanto uma abordagem de segunda geração, considerando ser uma estrutura teórica, quanto uma abordagem de terceira geração, considerando a integração e aplicação de técnicas.

Ao longo do desenvolvimento teórico e prático das psicoterapias cognitivo-comportamentais, principalmente aquelas as quais se classificam como de terceira geração, Hayes e Hofmann (2017) sugerem que elas trariam um foco para psicoterapias baseadas em processos e procedimentos baseados em evidências. Ou seja, o foco na intervenção psicoterapêutica com base em protocolos específicos para determinadas psicopatologias seria reduzido. Com isso, os autores sugeriram então uma transição das terapias baseadas em evidências para o campo das Terapias Baseadas em Processos (TBP), integrando todos os tipos de processos psicossociais e contextuais (Hayes, Hofmann, 2017).

Cada uma das abordagens de "terceira geração" possui suas particularidades e fundamentos epistemológicos específicos nos quais a integração entre teorias e técnicas é realizada com diferentes enfoques. As "novas" terapias comportamentais tendem a se concentrar no fortalecimento e no aprimoramento do repertório comportamental, afastando-se da patologização de comportamentos problemáticos estritamente definidos. Ou seja, uma construção de habilidades e uma compreensão não patologizante das experiências do indivíduo. A terceira geração sintetiza gerações anteriores. Não é que um modelo comportamental esteja se tornando reascendente sobre um modelo cognitivo. O que parece acontecer na terceira geração é que a suposta base, tanto da primeira quanto da segunda geração, está sendo revisada, sugerindo novas possibilidades técnicas e realidades

em psicoterapia. Questões de espiritualidade, valores pessoais e aprofundamento emocional, por exemplo, se tornam centrais de uma maneira que antes era incomum de ser considerada e trabalhada nas psicoterapias cognitivo-comportamentais (Hayes, 2004).

Então, pode-se concluir, junto às ideias trazidas por Hofmann e Asmundson (2008), que as abordagens de segunda e terceira geração utilizam técnicas focadas na regulação emocional, mas atuam em "estágios" diferentes do processo emocional. As estratégias das psicoterapias de segunda geração atuam nos antecedentes da regulação emocional – pensamento e comportamento. As estratégias das psicoterapias de terceira geração, por sua vez, atuam nas respostas disfuncionais resultantes de tentativas malsucedidas de regulação emocional, como a supressão da emoção.

Após esta revisão sobre as três gerações das terapias cognitivo-comportamentais, parece relevante trazer a ideia de Hayes e Pistorello (2015) sobre não haver uma linha divisória clara entre as "gerações" de psicoterapias cognitivo-comportamentais. Os autores descreveram que os terapeutas comportamentais de primeira geração sofreram quando a segunda geração emergiu, e, em retrospectiva, afirmaram que, algumas vezes, as inovações de segunda geração foram demasiadamente promovidas. Acrescentaram ainda que, enquanto as inovações de terceira geração entraram na corrente principal das terapias cognitivo-comportamentais, não seria sábio criar disrupções desnecessárias entre elas. De forma recíproca, os autores afirmaram também que não seria sábio fazer de conta que as abordagens de terceira geração seriam a mesma psicoterapia já realizada. Elas são um passo adiante, baseado nos progressos e nas conquistas passadas.

A integração em psicoterapia é um movimento que, na própria Psicologia, representou um processo complexo. Levou muito tempo para que a Psicologia considerasse a pessoa em sua integralidade. O reconhecimento da complexidade e idiossincrasia da experiência

humana na área é, relativamente, recente uma vez que apenas nas últimas décadas se começou a valorizar, de maneira integrada, as contribuições de cada uma das principais perspectivas teóricas para a efetividade terapêutica. Os crescentes diálogos entre as grades de pensamentos sinalizam uma costura e integração que sugerem um crescente e constante refinamento na compreensão e intervenção em psicoterapia (Mahoney, 1998).

Abreu e Abreu (2017) destacaram que existiu (e ainda existe) um grande esforço dos pesquisadores em validar socialmente as terapias de terceira geração por meio de pesquisas de resultado, como os ensaios clínicos randomizados aplicados aos mais diversos transtornos e problemas de comportamento. No entanto, poucos trabalhos parecem terem sido dedicados à integração entre terapias de terceira geração. A integração entre elas marcaria, segundo Abreu e Abreu (2017), uma quarta geração que estaria por se consolidar no campo das psicoterapias cognitivo-comportamentais. Este processo de consolidar-se enquanto uma psicoterapia empiricamente sustentada está (e sempre esteve) alicerçada na pesquisa em psicoterapia.

ECLETISMO TÉCNICO E MANEJO CLÍNICO

As diferentes raízes epistemológicas e características de manejo e práticas clínicas que caracterizam as terapias cognitivo-comportamentais em suas três "gerações" validam o ecletismo técnico da abordagem. O ecletismo técnico na TC pode ser bem explicado pela perspectiva da Terapia Cognitiva Multicomponentes (Beck, Davis, Freeman, 2017).

A Terapia Cognitiva Multicomponentes pode integrar protocolos de diferentes abordagens cognitivo-comportamentais dependendo do objetivo terapêutico a ser desenvolvido com o cliente. A Terapia Cognitiva Multicomponentes é uma tentativa de converter o campo de "diversas psicoterapias cognitivo-comportamentais"

em uma psicoterapia integrativa e multimodal. A proposta é integrativa pois seus princípios teóricos inter-relacionados são organizados de modo mais adequado em uma teoria coerente (ou seja, um modelo geral da TC) capaz de acomodar diversas psicoterapias e estratégias cognitivo-comportamentais e seus modelos gerais e específicos. É multimodal porque diversas técnicas e estratégias clínicas são derivadas e/ou conceituadas com base na teoria integrativa da TC, em vez de serem componentes, mais ou menos relacionados entre si, oriundo de diversos princípios gerais da abordagem, organizados pragmaticamente para lidar com uma condição clínica em um pacote multicomponentes de intervenções cognitivo-comportamentais (Beck, Davis, Freeman, 2017).

As intervenções da TC para transtornos de personalidade costumam basear-se na Terapia Cognitiva Multicomponentes, uma vez que as intervenções nestes transtornos tendem a ser mais prolongadas do que a terapia realizada em outras condições clínicas. A integração costuma privilegiar técnicas experienciais, especialmente vinculadas a TE. No transtorno personalidade narcisista, por exemplo, a abordagem integrativa da TE com a TC pode ajudar a fortalecer a consciência do impacto destrutivo das defesas destes clientes e enfraquecer a intensidade das rupturas internas e defesas construídas, permitindo acesso a modos e crenças mais adaptativos (Beck, Davis, Freeman, 2017).

Camargos, Lopes e Bernardinho (2020) desenvolvem a Terapia Cognitiva Multicomponentes na intervenção de transtornos alimentares. Foram utilizadas técnicas da TC, Terapia Comportamental Dialética, Terapia de Reciclagem Infantil, TE, entre outras para atingir objetivos terapêuticos específicos. Na intervenção realizada, os autores concluíram que a Terapia Cognitiva Multicomponentes, aliando técnicas cognitivas clássicas com as principais técnicas das terapias de terceira geração (*mindfulness*, modificação de imagens e reparentalização), se mostrou uma abordagem adequada para o tratamento da Anorexia Nervosa.

Na literatura em psicoterapias cognitivo-comportamentais, o termo "técnica" é amplamente utilizado para se referir às intervenções realizadas pelo terapeuta. Na TC, a aplicação eficaz das técnicas depende não apenas de uma clara conceituação de caso e da formação de uma relação de trabalho amigável, mas também do talento profissional do terapeuta. Para que as técnicas em TC atinjam seus objetivos, o terapeuta deve ter a habilidade de usar, criteriosamente, o humor, histórias, metáforas e revelações terapêuticas de suas próprias experiências na sua aplicação. Terapeutas hábeis sabem quando extrair material sensível, recuar quando necessário e confrontar as esquivas do cliente no momento certo (Beck, Davis, Freeman, 2017).

Da mesma forma, eles sabem agitar uma interpretação monótona ou acalmar um fluxo excessivamente acalorado trazido pelo cliente. Sempre permeado pela criatividade e flexibilidade cirurgicamente associadas à técnica, os terapeutas devem variar seus estilos e seus modos de expressão ao mesmo tempo em que se mantêm atentos, relaxados, profissionais e, principalmente, concentrados nos objetivos terapêuticos. As técnicas devem ser usadas de modo flexível e intercambiável, sendo combinadas da maneira mais disponível para o terapeuta e para o cliente, de modo a promover mudança adaptativa e duradoura conforme objetivos terapêuticos colaborativamente definidos ao longo do processo (Beck, Davis, Freeman, 2017).

Uma forma efetiva de fazer isso é através do empirismo colaborativo, descoberta guiada e do questionamento socrático. Estas estratégias clínicas, conforme Waltman (2023), ajudam o terapeuta a ir além da aplicação da técnica e da prescrição do manual, especialmente quando sustentadas em uma boa aliança terapêutica e vínculos sólidos entre terapeuta e cliente. O empirismo colaborativo é uma estratégia clínica utilizada pelo terapeuta para compreender a demanda do cliente, construir sua conceitualização e definir as metas terapêuticas partindo da participação e da validação do cliente.

São os terapeutas que possuem o conhecimento teórico e técnico da TC para descrever e explicar os problemas do cliente, bem como para hipotetizar metas de terapia e definir intervenções. Mas é o cliente, durante o seu processo de psicoterapia, que possui o conhecimento sobre si, sobre sua história e sobre sua condição de sofrimento e, portanto, é ele quem oferece informações fundamentais para o planejamento terapêutico e *feedbacks* que ratificam ou não a conceitualização do caso ou, até mesmo, o manejo técnico do terapeuta (Beck *et al*., 2022). Waltman (2023) coloca sobre a importância de o terapeuta aprender, primeiro, com o seu cliente para então iniciar uma construção terapêutica colaborativa com ele.

A descoberta guiada e o questionamento socrático se complementam enquanto meios para uma psicoterapia colaborativa. Essas estratégias representam formas de guiar o cliente em um questionamento consciente acerca de seus pensamentos automáticos e crenças que lhe permitirá ter *insights* sobre seus conteúdos cognitivos. Os procedimentos socráticos incluem estratégias durante e ao longo da sessão para ensinar habilidades e promover mudanças duradouras em larga escala. O primeiro passo na aplicação das estratégias socráticas é identificar os alvos para as estratégias clínicas. Ou seja, definir quais são os pensamentos que são centrais ao problema do cliente e que estão relacionados às suas dificuldades principais e crenças subjacentes (Waltman, 2023).

O segundo passo é a validação daquilo que o cliente acredita, mesmo sendo uma crença distorcida. Isso pois as pessoas seguem suas crenças honestamente, e é tarefa do terapeuta entender os motivos e argumentos para que tal crença tenha se desenvolvido, validando a história de vida do cliente. O terceiro passo dos procedimentos socráticos é a curiosidade do terapeuta e um investimento em expandir o conteúdo cognitivo dos pensamentos e crenças do cliente juntos. Nesta etapa, o terapeuta deve conseguir descobrir, junto com o cliente, coisas que ele não vê nas situações vivenciadas ou coisas que não conhece. É necessário descobrir, colaborativamente,

o que não se está percebendo na situação vivenciada devido aos filtros de atenção, bem como as lacunas em suas experiências que se desenvolveram devido aos seus padrões disfuncionais de enfrentamento. O quarto passo é o resumo e síntese. Neste momento, o terapeuta trabalha para tornar explícita a nova aprendizagem. Essa etapa envolve então resumir os "lados" das histórias e ajudar o cliente desenvolver um novo pensamento mais adaptativo (Waltman, 2023).

Percebe-se então que as técnicas cognitivas são estratégias que devem representar a realidade psíquica do cliente (e não somente o conhecimento técnico do terapeuta e, portanto, devem ser capazes de produzir sentidos, gerando mudanças cognitivas, emocionais e comportamentais efetivas). Portanto, não podem representar um tecnicismo ou uma projeção "crua" do manual ou da descrição literária da técnica à sessão psicoterapêutica, seja qual for o objetivo a ser atingido. Isto demanda do profissional uma criatividade para operacionalizar e dinamizar a técnica.

O desenvolvimento da técnica, pensado a partir desta perspectiva, pode representar a performance de uma arte descrita por Mahoney (1998). Desenvolver uma técnica envolve muito mais do que estudar ou projetar exemplos descritos em livros e instruções didáticas de "como fazer". No uso das técnicas psicoterapêuticas, a riqueza está no direcionamento prático e conceitual que elas são capazes de oferecer ao terapeuta. No entanto, seu uso deve ser realizado com cautela, com cuidado para que elas não recebam mais créditos que mereçam. As técnicas são métodos ritualizados de comunicação e relação humana, ou seja, linguagens estilizadas para expressar e explorar a narrativa de uma vida em processo (Mahoney, 1998).

De fato, diferente das tecnologias médicas, as práticas psicoterapêuticas não podem ser generalizáveis. Ou seja, elas devem possibilitar que o terapeuta as utilize de forma que facilite a colaboração e autorização do cliente para que elas sejam integradas ao processo psicoterapêutico. Assim, o terapeuta deve ter um consistente aporte

teórico e técnico para "traduzir" as técnicas de forma que façam sentido ao cliente, à sua realidade social e cultural, sem perder o seu objetivo cientificamente estabelecido. A relação entre teoria e prática só é possível quando existe um aprofundamento científico. Caso contrário, a terapia transforma-se em um conjunto de técnicas "vazias" e destituídas de significados ao cliente (e, portanto, de baixa efetividade e eficácia) (Beck, Alford, 2000).

Então, pode-se defender que a ideia de alguns profissionais e pesquisadores que desconhecem a complexidade que envolve atuar em TC, referente a uma "caixa de ferramentas" com técnicas prontas a serem utilizadas pelo terapeuta, é distorcida. O uso das técnicas, embora apresentado pela literatura da área normalmente por intermédio de protocolos que descrevem um "passo a passo" das sessões, inclusive estruturadas no tempo, é um estilo de escrita científica que tem o objetivo de tornar o conteúdo claro, objetivo e sistemático. A "simples" reprodução dos protocolos para o cotidiano real da prática clínica revela uma fragilidade do terapeuta (ou uma insegurança) frente à sua prática profissional que, urgentemente, deve ser identificada e revista.

Então, o manejo prático e técnico do terapeuta cognitivo deve ser capaz de adaptar a teoria às características do cliente, da condição clínica em saúde mental e aos sintomas objetos de intervenção, bem como às suas próprias características pessoais enquanto terapeuta. Ou seja, as técnicas cognitivas não podem ser utilizadas da mesma forma em transtornos de personalidade ou transtornos clínicos, com sintomas agudos, por exemplo. Ainda, mesmo que se trabalhe com um mesmo diagnóstico clínico, a manifestação dos sintomas em cada cliente terá a sua particularidade que deve ser identificada e compreendida pelo terapeuta para que possa adaptar seu manejo técnico de tal forma que faça sentido para aquele cliente em específico, em sua realidade contextual (Beck, Alford, 2000). O uso de técnicas psicoterapêuticas, portanto, deve ser estruturado, sempre, de forma individualizada. A técnica deve ser

explorada apenas quando julgada apropriada para um determinado cliente e apenas após o estabelecimento de uma relação terapêutica segura (Mahoney, 1998).

Neste sentido, pode-se perceber o caráter técnico, criativo e sensível do terapeuta quando ele valida a realidade subjetiva do cliente por meio da escuta atenta, a transforma em conceitos cognitivos na conceituação, compartilha sua compreensão de forma que o cliente consiga perceber como isso acontece em sua realidade e cotidiano, define colaborativamente com o cliente metas e objetivos terapêuticos coerentes com seu contexto de desenvolvimento e constrói técnicas capazes de atingi-los. E, talvez, neste momento, é que sua capacidade teórica, ética, técnica e criativa seja mais demandada pois o terapeuta deve compreender o objetivo da técnica, avaliar se ela é adequada ao cliente naquele momento da terapia e construir um manejo flexível ao tempo subjetivo do cliente, que represente o seu perfil de terapeuta e esteja, também, alinhado com as características pessoais do cliente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo caracterizou as raízes epistemológicas e a prática clínica das psicoterapias cognitivo-comportamentais ao longo do seu desenvolvimento em "gerações". A revisão realizada mostrou o quanto, de forma geral, as psicoterapias cognitivo-comportamentais representam modelos teóricos e práticos coerentes entre si que possibilitam a integração em psicoterapia.

A integração em psicoterapia (e, portanto, a integração entre técnicas de diferentes abordagens psicoterapêuticas), conforme Beck e Alford (2000), deve ocorrer com responsabilidade técnica e científica, ou seja, os métodos escolhidos pelo terapeuta para serem

combinados a fim de atingir objetivos clínicos devem ter eficácia comprovada por pesquisas em psicoterapia e compartilharem de pressupostos epistemológicos e filosóficos comuns da abordagem cognitivo-comportamental. Isso sugere o compromisso da TC e da integração em psicoterapia com a Prática da Psicologia Baseada em Evidências (PPBE).

A PPBE não é uma modalidade de terapia ou um protocolo específico de uma determinada abordagem, mas sim um comportamento de tomada de decisão clínica. A essência de sua prática é a individualização, uma vez que o terapeuta identifica, por meio do acesso às pesquisas científicas em bases de dados cientificamente reconhecidos, qual o melhor tratamento validado empiricamente disponível para o problema que o cliente apresenta e adapta esta intervenção, considerando a sua individualidade e sua realidade clínica. Portanto, para a PPBE é necessário que o terapeuta desenvolva habilidades que permitam uma formulação adequada da pergunta clínica (qual é o problema do meu cliente e o que eu quero saber sobre isso?) que será respondida a partir da busca da melhor evidência disponível na literatura e da avaliação crítica da evidência encontrada, culminando com a tomada de decisão clínica e avaliação contínua de resultados (Melnik *et al.,* 2024b). Mas, onde buscar, quais bases de dados científicos acessar e como realizar uma avaliação crítica da evidência encontrada parece ser um desafio para muitos psicológicos, especialmente, brasileiros.

Um estudo realizado com psicólogos brasileiros que teve como objetivo investigar seus conhecimentos, habilidades e atitudes em relação à PPBE e os obstáculos para a adesão à prática evidenciou uma baixa adesão desta. Esta baixa adesão esteve associada à falta de recursos, incluindo acesso limitado a bancos de dados de pesquisas, a programas de treinamento e a uma dificuldade dos psicólogos em realizar uma avaliação crítica de pesquisas clínicas publicadas (Melnik *et al*., 2024a). Isso evidencia a necessidade de se discutir sobre a PPBE e sua relação com pesquisa em psicoterapia

com o intuito de oferecer um conhecimento amplo sobre esta pesquisa, pois somente a partir deste conhecimento que o terapeuta poderá embasar seu processo de tomada de decisão clínica a partir daquilo que a literatura lhe apresenta.

REFERÊNCIAS

ABREU, P. R.; ABREU, J. H. S. S. A quarta geração de terapias comportamentais. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, [*s. l.*], v. 19, n. 3, p. 190-211, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.31505/rbtcc.v19i3.1069. Acesso em: 18 nov. 2024.

ABREU, C. N.; ROSO, M. Cognitivismo e construtivismo. *In*: ABREU, C. N.; ROSO, M. (Orgs.). **Psicoterapias cognitiva e construtivista**: Novas fronteiras da prática clínica. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Treating borderline personality disorder**: A quick reference guide. Arlington: American Psychiatric Association, 2004.

ANDRETTA, I.; OLIVEIRA, M. S. (Orgs.). **Manual prático de terapia cognitivo-comportamental**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

AZEVEDO, M. L.; BORTOLATTO, M. O.; BIZARRO, L.; LOPES, F. M. Terapias comportamentais e cognitivas: ondas do mesmo mar ou praias diferentes? **Revista Psicologia em Pesquisa**, Juiz de Fora, v. 16, n. 2, p. 1-23, 2022. https://doi.org/10.34019/1982-1247.2022.v16.30871. Acesso em: 18 nov. 2024.

BANDURA, A. **Social foundations of thought and action**: A social cognitive theory. 1st ed. Englewood Cliffs: Prentice-Hall [*s. l.*], 1986.

BANDURA, A.; AZZI, R. G.; POLYDORO, S. **Teoria social cognitiva**: Conceitos básicos. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BARBOSA, A. S.; TERROSSO, L. B.; ARGIMON, I. I. L. Epistemologia da terapia cognitivo-comportamental: casamento, amizade ou separação entre as teorias? **Boletim - Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 34, n. 86, p. 63-79, 2014. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=94632921006. Acesso em: 18 nov. 2024.

BARBOSA, L. M.; MURTA, S. G. Terapia de Aceitação e Compromisso: história, fundamentos, modelo e evidências. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 16, n. 3, p. 34-49, 2014. Disponível em: https://rbtcc.com.br/RBTCC/article/view/711/423. Acesso em: 01 dez. 2024.

BARLOW, D. H. (Org.). **Manual clínico dos transtornos psicológicos**: tratamento passo a passo. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

BARROSO, S. M. (Org.). **Tarefas terapêuticas para clínica cognitivo-comportamental**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2021.

BECK, A. T. Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. **Archives of General Psychiatry**, [*s. l.*], v. 9, n. 4, p. 324-333, 1963. Disponível em: https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/488402. Acesso em: 18 nov. 2024.

BECK, A. T. The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. **Archives of General Psychiatry**, [*s. l.*], v. 62, n. 9, p. 953-959, 2005. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16143727/. Acesso em: 18 nov. 2024.

BECK, A. T.; ALFORD, B. A. **O poder integrador da terapia cognitiva**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

BECK, A. T. *et al*. **CT-R –** Terapia cognitiva orientada para a recuperação de transtornos mentais desafiadores. Porto Alegre: Artmed, 2022.

BECK, A. T.; DAVIS, D. D.; FREEMAN, A. **Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

BECK, A. T.; KUYKEN, W. Terapia cognitiva: Abordagem revolucionária. *In*: ABREU, C. N.; ROSO, M. (Orgs.). **Psicoterapias cognitiva e construtivista**: novas fronteiras da prática clínica. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental**: teoria e prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BORGES, N. B.; CASSAS, F. A. (Orgs.). **Clínica analítico-comportamental**: aspectos teóricos e práticos. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BOWLBY, J. **Apego e perda**: Apego. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

CAMARGOS, S. P. S.; LOPES, R. F. F.; BERNARDINO, L. G. Terapia Cognitivo-Comportamental Multicomponente para adolescentes com transtorno alimentar: um estudo de caso. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 114-121, 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872020000200008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 nov. 2024.

CAMINHA, R. M.; WAINER, R.; OLIVEIRA, M.; PICCOLOTO, N. M. (Orgs.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais**: teoria e prática. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

CAMINHA, M. G.; CAMINHA, R. M.; DUTRA, C. A. (Orgs.). **A prática cognitiva na infância e na adolescência**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2017.

CAMINHA, R. M.; CAMINHA, M. G. **TRI Preventivo** – Trabalho de Reciclagem Infantil: Promovendo inteligência emocional e social. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015.

CAMINHA, R. M.; CAMINHA, M. G.; FINGER, I. R. A terapia da reciclagem infantil (TRI) no tratamento de sintomas ansiosos e depressivos. *In*: CAMINHA, R. M.; CAMINHA, M. G.; DUTRA, C. A. (Orgs.). **A prática cognitiva na infância e na adolescência**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2017.

CASSAS, F. A.; KOVAC, R.; MALAVAZZI, D. M. O atendimento em ambiente extraconsultório: A prática do acompanhamento terapêutico. *In*: BORGES, N. B.; CASSAS, F. A. (Orgs.). **Clínica analítico-comportamental**: Aspectos teóricos e práticos. Porto Alegre: Artmed, 2012.

CATANIA, J. A. A framework for conceptualizing reporting bias and its antecedents in interviews assessing human sexuality. **Journal of sex research**, [*s. l.*], v. 36, n. 1, p. 25-38, 1999. Disponível em: https://doi.org/10.1080/00224499909551964. Acesso em: 23. jan. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Resolução sobre psicoterapia é publicada no Diário Oficial da União. **Conselho Federal de Psicologia**, Brasília, 21 jun. 2022. Disponível em: https://site.cfp.org.br/resolucao-sobre-psicoterapia-e-publicada-no-diario-oficial-da-uniao/. Acesso em: 18 nov. 2024.

CHARCHAT-FICHMAN, H.; FERNANDES, C. S.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Psicoterapia neurocognitivo-comportamental: Uma interface entre psicologia e neurociência. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 40-46, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872012000100006&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 18 nov. 2024.

COZOLINO, L. **The neuroscience of psychotherapy**: Healing the social brain. 3rd ed. New York: W. W. Norton & Company, 2017.

DALBEM, J. X.; DELL'AGLIO, D. D. Teoria do apego: Bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 12-24, 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672005000100003&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 18 nov. 2024.

DAMÁSIO, A. R. **O erro de Descartes**: Emoção, razão e cérebro humano. 20. ed. Brasília: Fórum da Ciência, 2000.

DARWIN, C. **A expressão das emoções no homem e nos animais**. São Paulo: Companhia de Bolso, 2009. (Originalmente publicado em 1872).

DEL PRETTE, G; ALMEIDA, T. A. C. O uso de técnicas na clínica analítico-comportamental. **Clínica Analítico-Comportamental**: aspectos teóricos e práticos. Porto Alegre: Artmed, 2012.

DELITTI, M.; DERDYK, P. O trabalho da análise do comportamento com grupos: Possibilidades de aplicação a casais e famílias. *In*: BORGES, N. B.; CASSAS, F. A. (Orgs.). **Clínica analítico-comportamental**: Aspectos teóricos e práticos. Porto Alegre: Artmed, 2012.

DOBSON, D.; DOBSON, K. S. **A Terapia Cognitivo-Comportamental baseada em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DOBSON, K. S.; DOZOIS, D. J. A. Fundamentos históricos e filosóficos das Terapias Cognitivo-Comportamentais. *In*: DOBSON, K. S. (Org.). **Manual de Terapias Cognitivo-Comportamentais**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ELLIS, A. Rational psychotherapy and individual psychology. **Journal of Individual Psychology**, New York, v. 13, n. 1, p. 38, 1957. Disponível em: https://www.proquest.com/openview/3daf7b0bbaf357bfc538a15d736f25b3/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1816607. Acesso em: 18 nov. 2024.

FALCONE, E. M. O. Terapia do Esquema. *In*: MELO, W. V. (Org.). **Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2014.

FARIAS, A. K. C. R.; FONSECA, F. N.; NERY, L. B. (Orgs.). **Teoria e formulação de casos em análise comportamental clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2018.

FASSBINDER, E.; ARNTZ, A. Schema therapy. *In*: A. Wenzel (Ed.), **Handbook of cognitive behavioral therapy**: Overview and approaches. Washington, DC: American Psychological Association, 2021. Disponível em https://psycnet.apa.org/record/2021-23707-017. Acesso em: 19 nov. 2024.

FRASSON, A. P.; NERY, L. B. "Quero ser uma pessoa livre" - A relação terapêutica e a terapia de aceitação e compromisso como recursos de intervenção em um caso de inabilidade social. *In*: FARIAS, A. K. C. R.; FONSECA, F. N.; NERY, L. B. (Org.). **Teoria e formulação de casos em análise comportamental clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2018.

FREITAS, E. R.; BARBOSA, A. J. G.; NEUFELD, C. B. (Orgs.). **Terapias cognitivo-comportamentais com idosos**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2016.

FRIEDBERG, R. D.; McCLURE, J. M. **A prática clínica da terapia cognitiva com crianças e adolescentes**. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

GAZZANIGA, M.; HEATHERTON, T.; HALPERN, D. **Ciência psicológica**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

GILBERT, P. Introducing compassion-focused therapy. **Advances in Psychiatric Treatment**, [*s. l.*], v. 15, n. 3, p. 199-208, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264. Acesso em: 18 nov. 2024.

GILBERT, P.; CHODEN. **Mindful compassion**: How the science of compassion can help you understand your emotions, live in the present, and connect deeply with others. Oakland: New Harbinger Publications, 2014.

GILLIHAN, S. J. **Terapia cognitivo-comportamental**: Estratégias para lidar com a ansiedade, depressão, raiva, pânico e preocupação. São Paulo: Manole, 2021.

GOLDAPPLE, K.; SEGAL, Z.; GARSON, C.; LAU, M.; BIELING, P.; KENNEDY, S.; MAYBERG, H. Modulation of cortical-limbic pathways in major depression: Treatment-specific effects of cognitive behavior therapy. **Archives of General Psychiatry**, [*s. l.*], v. 61, n. 1, p. 34-41, 2004. Disponível em: https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.1.34. Acesso em: 18 nov. 2024.

HANH, T. N. **The miracle of mindfulness**: An introduction to the practice of meditation. Boston: Beacon Press, 1976.

HAYES, S. C. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. **Behavior Therapy**, [*s. l.*], v. 35, n. 4, p. 639-665, 2004. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789404800133. Acesso em: 18 nov. 2024.

HAYES, S. C. A filosofia da ciência em sua aplicação à psicologia clínica. *In*: HAYES, S. C.; HOFMANN, S. G. (Orgs.). **Terapia Cognitivo-Comportamental baseada em processos**: ciência e competências clínicas. Porto Alegre: Artmed, 2020.

HAYES, S. C.; HOFMANN, S. G. The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. **World Psychiatry**, v. 16, n. 3, p. 245-246, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1002/wps.20442. Acesso em: 26 jan. 2023.

HAYES, S. C.; VILLATTE, M.; LEVIN, M.; HILDEBRANDT, M. Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. **Annual Review of Clinical Psychology**, [*s. l.*], v. 7, p. 141-168, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449. Acesso em: 18 nov. 2024.

HAYES, S. C.; PISTORELLO, J. Prefácio. *In*: GOUVEIA, J. P.; SANTOS, L. P.; OLIVEIRA, M. S. (Orgs.). **Terapias comportamentais de terceira geração**: **guia para profissionais**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015.

HAYES, S. C.; STROSAHL, K. D.; WILSON, K. G. **Acceptance and Commitment Therapy**: An experiential approach to behavior change. 1ª ed. New York: Guilford Press, 1999.

HOFMANN, S. G.; ASMUNDSON, G. J. G. Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? **Clinical Psychology Review**, [*s. l.*], v. 28, n. 1, p. 1-16, 2008. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.09.003. Acesso em: 18 nov. 2024.

JACOBSON, N. S.; MARTELL, C. R.; DIMIDJIAN, S. Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. **Clinical Psychology**: Science and Practice, [*s. l.*], v. 8, n. 3, p. 255-270, 2001. Disponível em: https://psycnet.apa.org/doi/10.1093/clipsy.8.3.255. Acesso em: 18 nov. 2024.

JAMES, W. **The principles of psychology**. Edição da *Great Books of the Western World*. Chicago: Encyclopedia Britannica, 1952. (Original publicado em 1890).

JAMES, W. The physical basis of emotion. **Psychological Review**, v. 101, n. 2, p. 205-210, 1994. https://doi.org/10.1037/0033-295X.101.2.205. Disponível em: https://psycnet.apa.org/record/1994-28746-001. Acesso em: 14 mar. 2025.

KABAT-ZINN, J. **Full catastrophe living**: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. 1ª ed. New York: Delta, 1990.

KNAPP, P. (Org.). **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KNAPP, P. **Tendências históricas e atuais das terapias cognitivo-comportamentais**. Tese (Doutorado em Ciências Médicas: Psiquiatria) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

KNAPP, P.; BECK, A. T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Brazilian Journal of Psychiatry**, [*s. l.*], v. 30, n. 2, p. 54-64, 2008. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002. Acesso em: 18 nov. 2024.

KOHLENBERG, R. J.; TSAI, M. **Functional analytic psychotherapy**: Creating intense and curative therapeutic relationships. 1ª ed. New York: Plenum Press, 1991.

KOHLENBERG, R. J.; TSAI, M. **Psicoterapia analítica funcional**: Criando relações terapêuticas intensas e curativas. Tradução de F. Comte *et al.*; organização de R. R. Kerbauy. Santo André: ESETec Editores Associados, 2006.

LEAHEY, T. H. The mistaken mirror: On Wundt's and Titchener's psychologies. **Journal of the History of the Behavioral Sciences**, [*s. l.*], v. 17, n. 2, p. 273-282, 1981. Disponível em: https://doi.org/10.1002/1520-6696(198104)17:2%3C273::AID-JHBS2300170216%3E3.0.CO;2-G. Acesso em: 18 nov. 2024.

LEAHY, R. L. **Técnicas de terapia cognitiva**: manual do terapeuta. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

LEONARDI, J. L. Breves considerações sobre a concepção do objeto de estudo da Psicologia para Wundt e para Brentano. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 1-15, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2011v17n1p1. Acesso em: 18 nov. 2024.

LEONARDI, J. L.; MEYER, S. B. Evidence of efficacy and translational overconfidence in clinical behavioral analysis. **Temas em Psicologia**, [*s. l.*], v. 24, n. 4, p. 1479–1491, 2016. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.redalyc.org/pdf/5137/513754281001.pdf. Acesso em: 14 mar. 2025.

LINEHAN, M. M. **Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder**. New York: Guilford Press, 1993.

LINS, M. R. C.; NEUFELD, C. B. (Orgs.). **Técnicas em terapia cognitivo-comportamental com crianças e adolescentes**: Uma perspectiva de intervenções individuais e em grupos. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2021.

LUCENA-SANTOS, P.; PINTO-GOUGEIA, J.; OLIVEIRA, M. S. Primeira, segunda e terceira geração das terapias comportamentais. *In*: LUCENA-SANTOS, P.; PINTO-GOUGEIA, J.; OLIVEIRA, M. S. (Orgs.). **Terapias comportamentais de terceira geração**: Guia para profissionais. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015.

LYNCH, T. R.; *et al*. Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, [*s. l.*], v. 11, n. 1, p. 33–45, 2003. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S106474811261238X. Acesso em: 18 nov. 2024.

MAHONEY, M. J. **Processos humanos de mudança**. Tradução de F. Appolinário. Porto Alegre: Artmed, 1998.

MATURANA, H. **A ontologia da realidade**. Belo Horizonte: UFMG, 1997.

MATURANA, H. **Emoções e linguagem na educação e na política**. 4. ed. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2005.

McCLURE, J. M.; *et al*. **TCC expressa**: Técnicas de 15 minutos para crianças e adolescentes. Poro Alegre: Artmed, 2021.

MELNIK, T. *et al*. Estudo com psicólogos brasileiros sobre o uso da prática da Psicologia baseada em evidências. *In*: MELNIK, T. (Org.). **Prática da psicologia baseada em evidências**. 1. ed. Barueri: Manole, 2024a.

MELNIK, T. *et al*. Como praticar a Psicologia baseada em evidências. *In*: MELNIK, T. (Org.). **Prática da psicologia baseada em evidências**. 1. ed. Barueri: Manole, 2024b.

MELO, W. V. (Org.). **Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2014.

MILLER, A. L.; RATHUS, J. H.; LINEHAN, M. M. **Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents**. New York: Guilford Press, 2007.

MOREIRA, M. B.; MEDEIROS, C. A. **Princípios básicos de análise do comportamento**. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

NERY, L. B.; FONSECA, F. N. Análises funcionais moleculares e molares: um passo a passo. *In*: FARIAS, A. K. C. R.; FONSECA F. N.; NERY, L. B. (Orgs). **Teoria e formulação de casos em análise comportamental clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2018.

NETO, E. C. A.; LITIERI, D. O autoconhecimento na terapia comportamental: Revisão conceitual e recursos terapêuticos como sugestão de intervenção. *In*: FARIAS, A. K. C. R.; FONSECA, F. N.; NERY, L. B. (Orgs.). **Teoria e formulação de casos em análise comportamental clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2018.

NEUFELD, C. B.; BRUST, P. G.; STEIN, L. M. Bases epistemológicas da psicologia cognitiva experimental. **Psicologia**: Teoria e Pesquisa, Brasília, v. 27, p. 103–112, 2011. https://doi.org/10.1590/S0102-37722011000100013. Acesso em: 18 nov. 2024.

NEUFELD, C. B.; RANGÉ, B. P. (Orgs.). **Terapia cognitivo-comportamental em grupos**: Das evidências à prática. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

NEUFELD, C. B.; SZUPSZYNSKI, K. P. D. R. **Intervenções on-line e Terapias Cognitivo-Comportamentais**. Porto Alegre: Artmed, 2022.

OLIVEIRA, C. I.; PIRES, A. C. O pensamento em Watson: Rompendo com o legado metafísico e buscando uma referência materializante. **Psicologia**: Teoria e Pesquisa, Brasília, v. 23, n. 4, p. 457–466, 2007.

PAYNE, L. A., *et al*. Transtornos emocionais: Um protocolo transdiagnóstico. *In*: BARLOW, D. H. (Org.). **Manual clínico dos transtornos psicológicos**: Tratamento passo a passo. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

PETERSEN, C. S.; WAINER, R. (Orgs.). **Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes**: Ciência e arte. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PHEULA, G. F.; ISOLAN, L. R. Psicoterapia baseada em evidências em crianças e adolescentes. **Archives of Clinical Psychiatry**. São Paulo, v. 34, n. 2, p. 74–83, 2007. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000200003. Acesso em: 18 nov. 2024.

POPPER, K. R. **Lógica das ciências sociais**. Brasília: UNB, 1978.

PORTO, P.; HERMOLIN, M.; VENTURA, P. Alterações neuropsicológicas associadas à depressão. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, [*s. l.*], v. 4, n. 1, p. 63–70, 2002. Disponível em: https://doi.org/10.31505/rbtcc.v4i1.123. Acesso em: 18 nov. 2024.

QUINTA, N. C. C. Reflexões sobre o Estabelecimento de Objetivos Terapêuticos na Clínica Analítico-Comportamental. *In*: FARIAS, A. K. C. R.; FONSECA, F. N.; NERY, L. B. (Orgs.). **Teoria e formulação de casos em análise comportamental clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2018.

RANGÉ, B. P.; FALCONE, E. M. O.; SARDINHA, A. História e panorama atual das terapias cognitivas no Brasil. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 1–22, 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872007000200006&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 18 nov. 2024.

ROSO, M.; ABREU, C. N. Introdução. *In*: ABREU, C. N.; ROSO, M. (Orgs.). **Psicoterapias cognitiva e construtivista**: Novas fronteiras da prática clínica. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

ROEMER, L.; ORSILLO, S. M. **A prática da terapia cognitivo-comportamental baseada em mindfulness e aceitação**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

RUSH, A. J.; BECK, A. T.; KOVACS, M.; HOLLON, S. Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. **Cognitive Therapy and Research**, New York, v. 1, n. 1, p. 17-37, 1977. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1007/BF01173502. Acesso em: 18 nov. 2024.

SCHULTZ, D. P.; SCHULTZ, S. E. **História da psicologia moderna**. São Paulo: Thomson Learning, 2007.

SEGAL, Z. V.; WILLIAMS, J. M. G.; TEASDALE, J. D. **Mindfulness-based cognitive therapy for depression**: A new approach to preventing relapse. New York: The Guilford Press, 2002.

SHINOHARA, H. Técnicas selecionadas da prática da terapia cognitiva. *In*: ABREU, C. N.; ROSO, M. (Orgs.). **Psicoterapias cognitiva e construtivista**: Novas fronteiras da prática clínica. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SILVA, H. A. Verdade, conhecimento e emoção nas abordagens cognitivas. *In*: ABREU, C. N.; Roso, M. (Orgs.). **Psicoterapias cognitiva e construtivista**: Novas fronteiras da prática clínica. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SILVA, K. S.; BRAVIN, A. A. O mundo encoberto de cada um: Técnicas que auxiliam no autoconhecimento. *In*: FARIAS, A. K. C. R.; FONSECA, F. N.; NERY, L. B. (Orgs.). **Teoria e formulação de casos em análise comportamental clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2018.

SKINNER, B. F. **The behavior of organisms**. 1ª ed. New York: Appleton-Century, 1938.

SKINNER, B. F. **Uma sociedade voltada para o futuro**. Lisboa: Edições 70; Almedina, 1948.

SKINNER, B. F. **Ciência e comportamento humano**. Brasília: Ed. UnB / FUNBEC, 1970. (Originalmente publicado em 1953).

SKINNER, B. F. **Sobre o behaviorismo**. 10. ed. São Paulo: Cultrix, 2006.

SKINNER, B. F. **O comportamento verbal**. Edição da Universidade de São Paulo. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1978.

SKINNER, B. F. **Ciência e comportamento humano** (Obra original publicada em 1953). São Paulo: Martins Fontes, 2003.

STERNBERG, R. J. **Psicologia cognitiva**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

THOMA, N.; PILECKI, B.; MCKAY, D. Contemporary cognitive behavior therapy: A review of theory, history, and evidence. **Psychodynamic psychiatry**, [*s. l.*], v. 43, n. 3, p. 423-461, 2015. Disponível em: https://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/pdps.2015.43.3.423. Acesso em: 01 abr. 2023.

TOURINHO, E. Z. Notas sobre o Behaviorismo de ontem e de hoje. **Psicologia**: Reflexão e Crítica, v. 24, n. 1, p. 186-194, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-79722011000100022. Acesso em 18 nov. 2024.

THORNDIKE, E. L. Animal intelligence: an experimental study of the associative processes in animals. **The Psychological Review**: Monograph Supplements, v. 2, n. 4, p. i-109, 1898. Disponível em: https://doi.org/10.1037/h0092987. Acesso em: 18 nov. 2024.

WALTMAN, S. H. *et al*. **Questionamento socrático para terapeutas**: aprenda a pensar e a intervir como um terapeuta cognitivo-comportamental. Porto Alegre: Artmed, 2023.

WATSON, J. B.; RAYNER, R. Conditioned emotional reactions. **Journal of Experimental Psychology**, [*s. l.*], v. 3, n. 1, p. 1-14, 1920.

WENZEL, A. **Inovações em terapia cognitivo-comportamental**: intervenções estratégicas para uma prática criativa. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

WENZEL, A.; BROWN, G. K.; BECK, A. T. **Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

WOLPE, J. **The practice of behavior therapy**. 2nd ed. Oxford: Pergamon, 1973.

WRIGHT, J. H.; SUDAK, D. M.; TURKINGTON, D.; THASE, M. E. **Terapia cognitivo-comportamental de alto rendimento para sessões breves**: Guia de ilustrações. Porto Alegre: Artmed, 2012.

WRIGHT, J. H.; TURKINGTON, D.; KINGDON, D. G.; BASCO, M. R. **Terapia cognitivo-comportamental para doenças mentais graves**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

YOUNG, J. E. **Cognitive therapy for personality disorders**: A schema-focused approach. 1ª ed. Sarasota: Professional Resources Press, 1990.

YOUNG, J. E., KLOSKO, J. S., & WEISHAAR, M. E. **Terapia do esquema**: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras. Porto Alegre: Artmed. 2008.

YOUNG, J. E.; RYGH, J. **Young-Rygh Avoidance Inventory (YRAI)**. New York: Cognitive Therapy Center, 1994.

3

PRÁTICA DA PSICOLOGIA BASEADA EM EVIDÊNCIAS E A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO EM PSICOTERAPIAS

INTRODUÇÃO

A pesquisa no campo das psicoterapias surge no contexto de pós-Segunda Guerra Mundial (1939-1945), com a manualização de transtornos mentais. Com o objetivo de identificar e sistematizar a experiência psicológica, bem como de facilitar as intervenções psicológicas e psiquiátricas nos ambulatórios que prestavam assistência a ex-combatentes, o exército norte-americano criou um instrumento com nomenclaturas e categorizações de transtornos mentais. Em 1948, sobre forte influência desse instrumento, a Organização Mundial da Saúde (OMS) incluiu pela primeira vez uma seção destinada aos Transtornos Mentais na sexta edição de seu sistema de Classificação Internacional de Doenças – CID-6 (Araújo, Neto, 2014; Derbli, 2011).

Derbli (2011) pontuou que a CID-6 e sua referência psicodinâmica e psicossocial para compreender os transtornos mentais e a baixa sistematização dos sintomas descritivos, na época, gerou insatisfação em um número significativo de psiquiatras norte-americanos. O autor descreveu que estes profissionais reivindicavam a presença de agrupamentos de sintomas descritivos e características claras que ajudassem a definir determinadas doenças e pudessem auxiliar no diagnóstico dos clientes. Então, em 1952, a Associação Americana de Psicologia (APA) desenvolveu a primeira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) (APA, 1952) no qual foram listadas 106 desordens mentais. O manual representava um aumento significativo de dados, com a inclusão de diversos novos diagnósticos descritos com critérios mais claros e precisos (Araújo, Neto, 2014). Assim, problemas comportamentais específicos passam a ser compreendidos, predominantemente, através de um viés sindrômico, ligado a transtornos mentais específicos (Hofmann, Hayes, 2020).

Araújo e Neto (2014) colocaram que o DSM foi o primeiro manual de transtornos mentais focado na aplicação clínica. Atualmente, o DSM encontra-se na sua quinta edição revisada (APA, 2022). A necessidade de classificar os transtornos mentais em manuais esteve pautada na importância de se ter, entre os profissionais da saúde mental, uma linguagem comum para descrever indivíduos com problemas psicológicos, simplificando a comunicação e oferecendo um sistema de codificação para companhias de seguro. Além disso, ter uma classificação dos transtornos mentais contribuiria para o desenvolvimento da ciência clínica ao agrupar pessoas com problemas similares, identificar padrões comuns e servir como referência para tomada de decisões clínicas (Hofmann, Hayes, 2020).

Mariano (2019) colocou que, com o nascimento e evolução dos manuais psiquiátricos, nasceram também duas necessidades para a prática da Psicologia clínica americana: (1) formar psicólogos clínicos capazes de atuar em consonância com uma psicologia clínica científica; e (2) provar a efetividade e eficácia dos modelos de psicoterapias existentes e sua relação com tais diagnósticos.

Para a primeira necessidade, os centros de ensino e pesquisa americanos investiram em programas de doutorado que pudessem desenvolver cientistas clínicos e/ou profissionais clínicos. Os programas de doutorado com o objetivo de desenvolver cientistas clínicos buscavam criar habilidades de pesquisa para que os psicoterapeutas se dedicassem à pesquisa científica sobre os fenômenos clínicos, elaborassem testes de avaliação psicológica e avaliassem empiricamente a eficácia das psicoterapias que praticavam. Já os programas com o objetivo de formar profissionais clínicos, buscavam desenvolver nos profissionais discentes a capacidade de identificar a literatura disponível produzida por cientistas da área, traduzir e adaptar esse conhecimento para práticas profissionais clínicas cotidianas. Nestes programas, prevaleciam modelos cognitivos-comportamentais, a neuropsicologia e o campo interdisciplinar das ciências cognitivas como referência de psicologia clínica

científica (Mariano, 2019). A preocupação em formar psicólogos cognitivos-comportamentais fez com que a *Inter-Organizational Task Force on Cognitive and Behavioral Psychology Doctoral Education*, organizada pela *Association for Behavioral and Cognitive Therapies*, desenvolvesse diretrizes para a educação integrada e o treinamento em psicologia cognitivo-comportamental em nível de doutorado, nos Estados Unidos (Hofmann, Hayes, 2020).

Para a necessidade de provar a efetividade e eficácia dos modelos de psicoterapias existentes e sua relação com os diagnósticos de transtornos mentais descritos nos manuais, os centros de ensino e pesquisa americanos investiram no desenvolvimento de pesquisas científicas. No contexto norte-americano, a compreensão da psicoterapia enquanto uma ideia de técnicas e procedimentos terapêuticos que devem ser avaliados e testados quanto a sua eficácia é uma referência para muitos psicólogos. As pesquisas desenvolvidas na área clínica deveriam evidenciar como os procedimentos adotados na intervenção psicoterapêutica poderiam gerar a diminuição e/ou eliminação de sintomas dos diagnósticos psiquiátricos específicos, propondo modelos de intervenções empiricamente sustentados (Mariano, 2019).

Neste cenário, os protocolos da terapia cognitivo-comportamental foram privilegiados. Conforme Hofmann e Hayes (2020) a relação entre a terapia cognitivo-comportamental com os diagnósticos psiquiátricos se deve ao fato de a abordagem ter como objetivo encorajar os clientes a utilizar estratégias mais adaptativas para lidar com seus sintomas. A estrutura do DSM está firmemente apoiada no modelo biomédico, pressupondo que os sinais e sintomas dos diagnósticos psiquiátricos descritos refletem entidades patológicas subjacentes e latentes ligadas a disfunções em processos genéticos, biológicos, psicológicos e desenvolvimentais. Estas entidades seriam medidas pelos relatos dos sintomas e impressões clínicas. Esta relação direta entre a psicoterapia cognitivo-comportamental e DSM é um dos motivos pelos quais existem estudos que examinam a

eficácia e efetividade desta abordagem para quase todas as categorias do DSM: os protocolos de psicoterapia cognitivo-comportamental se alinham com as categorias psiquiátricas.

As comparações entre os resultados clínicos das terapias psicológicas, de forma geral, começaram a emergir na literatura a partir da década de 1960, trazendo os estudos experimentais com grupos controle como o principal método científico para avaliar efetividade e eficácia das intervenções (Dobson, Dobson, 2010). No final da década de 70, com a publicação da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-III) houve uma ampliação da pesquisa em psicoterapia (Dobson, Dobson, 2010; Junior, Peuker, Pacheco, 2014). Este contexto foi um dos fatores que mobilizaram o interesse de agências de pesquisas, companhias de seguros e grupos que defendiam os interesses de clientes americanos, que começaram a demandar que as intervenções psicológicas fossem baseadas em evidências (Hofmann, Hayes, 2020).

Dentre os diferentes modelos de psicoterapia avaliados em termos de resultados clínicos, a psicoterapia cognitivo-comportamental foi considerada pela literatura científica uma psicoterapia empiricamente sustentada (Hofmann, Hayes, 2020). A prática da psicoterapia empiricamente sustentada vem ocupando um crescente lugar de destaque na psicologia clínica, especialmente no âmbito da comunidade científica internacional e tem sido frequentemente encontrada como indicação terapêutica na PPBE (Baptista, 2010; Leonardi, Meyer, 2015).

Este capítulo busca dissertar sobre a psicoterapia cognitivo-comportamental como uma psicoterapia empiricamente sustentada e diferenciá-la da PPBE, embora esta prática deva fazer parte do conjunto de habilidades, conhecimentos e atitudes do terapeuta cognitivo-comportamental. Ainda, busca-se discutir sobre a PPBE e apresentar diferentes delineamentos metodológicos com o intuito de oferecer um conhecimento amplo sobre a pesquisa em psicoterapia

para que o terapeuta possa conhecer como se delineia a construção do conhecimento científico na área e qualifique sua prática profissional baseada em evidências.

DISCUSSÃO

PSICOTERAPIA EMPIRICAMENTE SUSTENTADA

A psicoterapia empiricamente sustentada (ou psicoterapia baseada em evidências) é toda psicoterapia cujos métodos e técnicas foram avaliados e comprovados por meio de pesquisas científicas tais como estudos controlados, ensaios clínicos randomizados e outras pesquisas científicas que medem os resultados de intervenções. Esses estudos procuram demonstrar que as técnicas utilizadas na terapia são mais eficazes do que outros tratamentos, trabalhando com conceitos de efetividade e eficácia.

O movimento de valorização da intervenção psicoterapêutica baseada em evidências teve como marcos importantes a conferência de Boulder, em 1949. Nesta conferência, houve o reconhecimento de que, tanto a prática quanto a ciência da profissão deveriam compor o treinamento em psicologia clínica (Hofmann, Hayes, 2020). A psicoterapia empiricamente sustentada possui proximidade com o projeto da Medicina baseada em evidência (Koerner, 2020; Mariano, 2019). Um marco importante para o início de sua prática ocorreu em 1952, quando o psicólogo alemão Hans-Jurgen Eysenck revisou 19 estudos empíricos de psicoterapia (freudianas ou não), realizados com clientes adultos, buscando avaliar a sua eficácia. Neste estudo, ele evidenciou as falhas das pesquisas analisadas em provar que a psicoterapia facilitava a recuperação de clientes neuróticos, sustentando, como isso, muitas de suas resistências à psicanálise.

Para ele, "(...) nenhuma modalidade de intervenção psicoterápica era mais efetiva para a melhora do cliente do que a mera passagem do tempo" (Hofmann, Hayes, 2020; Leonardi, Meyer, 2015, p. 1141).

Outro marco importante que mobilizou a pesquisa em psicoterapia foi o estudo realizado por Smith e Glass (1977). Estes autores, conforme Hofmann e Hayes (2020), realizaram a primeira metanálise de resultados de psicoterapias quando examinaram 375 estudos que representaram, aproximadamente, 25 mil sujeitos. Os resultados contrariaram os encontrados por Eysenck. Smith e Glass (1977) encontraram claras evidências da eficácia da psicoterapia, em seus vários modelos, para além da passagem do tempo. Leonardi e Meyer (2015) relataram que estes resultados clínicos estariam associados aos fatores comuns (qualidades do terapeuta, características do cliente e relação terapêutica).

Os fatores comuns são aqueles presentes na maioria das psicoterapias (Beck, Alford, 2000). Rosenzweig (1936) identificou cinco fatores comuns abordados por várias escolas de psicoterapia. Para além das qualidades do terapeuta, características do cliente e relação terapêutica, fatores comuns já citados por Leonardi e Meyer (2015), Rosenzweig (1936) acrescentou a ideologia ou teoria que baseia as ações do terapeuta no desenvolvimento de esquemas de organização e reintegração da personalidade do cliente; e a complexidade dos eventos psicológicos e sua interdependência em relação aos demais fatores comuns.

No estudo sobre os fatores comuns e sua relação com resultados clínicos, Rosenzweig (1936) se utiliza da expressão "Por fim, o Dodo disse: Todos ganharam e todos devem ter prêmios" (Rosenzweig, 1936, p. 412), adaptado do livro "Alice no país das maravilhas", de Lewis Caroll. Seu intuito foi sinalizar que, baseado nos fatores comuns, todos os tipos de psicoterapias seriam capazes de gerar resultados clínicos significativos. Leonardi e Meyer (2015) descreveram que essa ideia ficou conhecida como "efeito Dodô" ou "veredicto Dodô".

A abordagem dos fatores comuns foi fortemente sustentada pelo trabalho de Luborsky *et al*. (2002). Os autores examinaram pesquisas de metanálises sobre os resultados clínicos de diferentes psicoterapias para os diagnósticos psiquiátricos de depressão, transtornos de ansiedade e neuroses mistas. Os resultados da análise fortaleceram a ideia de que é a relação terapêutica a principal responsável pelos resultados clínicos satisfatórios, uma vez que em todos os tipos de psicoterapia, o terapeuta procura estabelecer a melhor relação possível. Mahoney (1998) afirmou também a importância da relação terapêutica nos resultados referentes ao processo de mudança psicológica. A mudança só vai ocorrer se o cliente estiver disposto a novas experiências a partir do comportamento de exploração ativa de seu ambiente interno e externo. Este comportamento se torna potencialmente possível quando o terapeuta ocupa um lugar de base segura que possa encorajar o indivíduo a aprender e a explorar esses ambientes de maneira autoafetiva e socialmente responsável (Mahoney, 1998).

No entanto, embora possa ser importante, isoladamente, os fatores comuns não são suficientes para produzir os efeitos máximos nos resultados de tratamento (Hofmann, Hayes, 2020), e alguns questionamentos sobre este ponto começaram a aparecer. Um grupo de pesquisadores predominantemente de orientação cognitivo-comportamental questionou o "efeito Dodô". Este grupo defendeu a tese de que existiriam fatores específicos (procedimentos, técnicas e estratégias específicas de cada abordagem psicoterapêutica) ligados à efetividade e eficácia dos resultados clínicos. Este grupo de profissionais argumentou que fatores específicos, tais como um comportamento alvo, queixa ou transtorno psiquiátrico a ser tratado; uma explicação teórica sobre a origem do problema e mecanismos de mudanças; e intervenções psicoterapêuticas coerentes com determinada abordagem teórica, é que explicariam, de fato, os resultados clínicos adquiridos em psicoterapia (Leonardi, Meyer, 2015).

Outros questionamentos à teoria dos fatores comuns se referiram a questões metodológicas e empíricas utilizadas em pesquisas em psicoterapia. Kazdin (2007) afirmou que, metodologicamente, seria um equívoco colocar clientes com demandas psicológicas diferentes em um mesmo grupo de participantes da pesquisa, pois suas características individuais poderiam interferir nas respostas aos tratamentos, comprometendo os resultados científicos encontrados. O autor ainda acrescentou desafios importantes ao se tentar estabelecer uma clara relação causal entre relação terapêutica e melhora clínica, pois a literatura de aliança terapêutica disponível na época não favoreceria os fatores comuns como uma explicação para a mudança terapêutica.

Leonardi e Meyer (2015) destacaram que neste debate de fatores comuns X fatores específicos e sua influência sobre os resultados clínicos, a Divisão 12 da *American Psychological Association* (Psicologia Clínica) instaurou, na década de 90, forças tarefas para debater sobre o que deveria ser empiricamente validado na pesquisa em psicoterapia: fatores comuns ou fatores específicos. A Divisão 12 buscou promover e disseminar procedimentos psicológicos apoiados em pesquisas científicas que pudessem servir de referência para a atuação profissional. Estes procedimentos psicológicos deveriam ser avaliados em pesquisas que comprovassem sua eficácia por meio de ensaios clínicos bem controlados ou uma série de desenhos bem controlados de caso único (Hofmann, Hayes, 2020). Leonardi e Meyer (2015) destacaram a expectativa da força-tarefa de que, desta maneira, seria possível identificar as técnicas de intervenção utilizadas e como elas tiveram influência nos sintomas dos transtornos mentais. Para este trabalho, a Divisão 12 recrutou clínicos e pesquisadores de diferentes orientações teóricas, tais como a psicodinâmica, interpessoal, cognitivo-comportamental e sistêmica, buscando evitar vieses de fidelidade (Hofmann, Hayes, 2020; Leonardi, Meyer, 2015).

A força tarefa da Divisão 12 publicou o seu primeiro relatório em 1995. Na lista de tratamentos bem estabelecidos, provavelmente eficazes e tratamentos experimentais, os tratamentos direcionados a transtornos mentais específicos definidos pelo DSM prevaleciam (Hofmann, Hayes, 2020). Esta lista continua a ser desenvolvida e se encontra disponível (constantemente atualizada) em https://div12.org/psychological-treatments/treatments/. Nela o profissional acessa, gratuitamente, materiais de leitura e recursos terapêuticos empiricamente validados para serem utilizados em uma ampla gama de demandas clínicas. Das abordagens terapêuticas descritas, a terapia cognitivo-comportamental, modelo de Aaron Beck, possui citações significativas.

A construção desta lista de tratamentos apoiados empiricamente gerou críticas entre pesquisadores e terapeutas. Entre elas, estavam o receio de que o uso de manuais de tratamento levaria a intervenções mecânicas e inflexíveis, fazendo com que o terapeuta perdesse a possibilidade de criar inovações no processo terapêutico. Ainda, questionou-se o quanto os resultados das pesquisas clínicas, gerados a partir de ambientes planejados e controlados, poderiam ser projetados para o "mundo real". A prevalência de indicações da terapia cognitivo-comportamental como tratamentos empiricamente sustentados também gerou desconforto, principalmente aos profissionais de outras abordagens teóricas (Hofmann, Hayes, 2020). Leonardi e Meyer (2015) acrescentaram a estas críticas os argumentos de pesquisadores e terapeutas da época sobre o sofrimento psíquico que mobiliza a busca pela psicoterapia transcender o diagnóstico psiquiátrico e diversos modelos teóricos e práticos de psicoterapia não se sustentarem em intervenções que possam ser descritas em protocolos.

Conforme Leonardi e Meyer (2015), estas críticas mobilizaram novas forças tarefas que tiveram o intuito de corrigir e complementar possíveis distorções/omissões na avaliação das intervenções psicoterápicas. Para exemplificar, pode-se citar a Divisão 29 da

American Psychological Association (psicoterapia) que desenvolveu uma força tarefa para identificar, operacionalizar e disseminar informações sobre relações terapêuticas empiricamente sustentadas reconhecendo a influência deste fator comum nos resultados clínicos.

Tensões sobre o que deveria ser levado em consideração para definir uma psicoterapia empiricamente sustentada (fatores comuns X fatores específicos) caracterizou a relação entre as forças tarefas da APA. Neste embate, uma força tarefa foi criada em 2002 pela *Society for Psychotherapy,* em conjunto com a Divisão 12 da *American Psychological Association* para buscar integrar os trabalhos desta divisão com a Divisão 29. A partir da revisão de diversos estudos clínicos, a força tarefa buscou analisar tanto os fatores específicos quanto os fatores comuns e sua relação com os resultados clínicos. Este trabalho sugeriu princípios para definir o que seria uma psicoterapia empiricamente sustentável, aplicáveis a todos os modelos de psicoterapia (Leonardi, Meyer, 2015), iniciando um movimento de ir além da escolha de fatores comuns ou específicos em uma análise do tipo "todos ou nenhum" (Hofmann, Hayes, 2020).

Desde o ano de 2005, ainda conforme descreveram Leonardi e Meyer (2015), a APA mantém a busca por princípios universais que pudessem definir quais terapias poderiam ser consideradas empiricamente sustentadas. Através de uma nova força tarefa, formada por profissionais psicólogos de diferentes abordagens teóricas, a APA buscou delinear princípios que representassem diversas perspectivas teóricas, metodológicas, conceituais e práticas, colocando como imprescindível a pesquisa científica no campo das psicoterapias para validar uma abordagem psicoterapêutica como uma prática empiricamente sustentada.

Assim, estaria à disposição do profissional psicólogo vários modelos de psicoterapias baseados em diferentes perspectivas teóricas e práticas para que pudesse optar por a que melhor respondesse ao seu perfil profissional e às características, cultura e

preferências do cliente. As psicoterapias cognitivo-comportamentais estão entre estes modelos. Para essa prática de tomada de decisão clínica, a APA criou o termo "Prática da Psicologia Baseada em Evidências" (PPBE). Esta prática seria uma forma de sustentar a psicoterapia como uma prática científica na medida em que ofereceria ao profissional psicólogo as melhores evidências científicas sobre as intervenções psicoterapêuticas disponíveis, a partir de (e na) sua perspectiva teórica e prática.

PRÁTICA DA PSICOLOGIA BASEADA EM EVIDÊNCIAS (PPBE)

O termo "prática baseada em evidência" considera as melhores evidências de pesquisa disponíveis da eficácia de um tratamento, as características específicas dos clientes entre aqueles que recebem o tratamento e a expertise clínica do terapeuta que realiza o tratamento (*American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice*, 2006). A PPBE requer do profissional psicólogo um repertório de aprendizado constante, visto a relação direta de sua prática com princípios empiricamente baseados em evidências de avaliação psicológica, formulação de caso, relação terapêutica e intervenção. Ou seja, o psicólogo toma suas decisões clínicas baseadas em uma revisão de estudos já desenvolvidos e publicados sobre manejos terapêuticos eficazes para determinada condição/problema psicológico que é coerente com a condição/problema apresentado pelo cliente (APA, 2006; Mariano, 2019). APA (2006) destacou que o clínico não deve deixar em segundo plano sua experiência ou a individualidade do cliente, mas sim perceber os conhecimentos científicos atualizados como mais um fator a ser considerado no planejamento e prática de sua intervenção.

Similar à proposta da PPBE está também o movimento do cientista clínico (C*linical Scientist Movement*/CSM). Conforme Mariano (2019) este movimento se desenvolve em um contexto

norte-americano e se refere a um grupo de acadêmicos e profissionais que discute a base científica das psicoterapias. O movimento valoriza a cientificidade da psicologia clínica através de estudos de eficácia que utilizem os ensaios clínicos randomizados e outros desenhos de pesquisa quase experimentais para avaliar se houve eliminação ou manutenção de sintomas por meio da intervenção realizada. No CSM, as pesquisas avaliam quais abordagens terapêuticas são mais eficazes para certos problemas clínicos baseados, inteiramente, nas categorias diagnósticas do DSM.

Os pressupostos do CSM partem da necessidade de desenvolver a Psicologia como ciência aplicada apoiada na ciência básica, tais como a psicologia cognitiva, a neurociência e a neuropsicologia. As técnicas psicoterapêuticas utilizadas devem ter uma base teórica científica sólida capaz de explicar os processos psicológicos presentes nas condições sintomatológicas. Os serviços terapêuticos devem ser eficazes e capazes de serem avaliados através da pesquisa científica. Por esta razão, a validação empírica e o uso de manuais de psicoterapias são considerados, pelo CSM, o melhor instrumento para orientar a prática (e a pesquisa) dos profissionais clínicos (Mariano, 2019).

Mariano (2019) teceu alguns comentários críticos sobre o CSM. Um deles se refere ao ensaio clínico randomizado como desenho de pesquisa "padrão-ouro" para estudar a eficácia terapêutica. O autor argumentou que nem todas as abordagens psicoterapêuticas possuem intervenções clínicas passíveis de serem avaliadas desta forma. Ainda, descreveu que nem todas as abordagens psicoterapêuticas possuem o diagnóstico psiquiátrico e seus sintomas como ponto de partida para o planejamento terapêutico. Estes fatores não podem excluir estas abordagens psicoterapêuticas do escopo das "psicoterapias sustentadas empiricamente" apenas por não responderem aos critérios científicos do CSM.

Retomando as discussões sobre a PPBE, destaca-se que, embora seu conceito represente um avanço no campo das psicoterapias, existem limitações importantes (Koerner, 2020) que dificultam a sua prática pelos profissionais. Uma delas se refere aos termos técnicos utilizados nas publicações da APA que tendem a dificultar a compreensão por parte dos profissionais e, por consequência, sua tomada de decisão para a projeção ao cotidiano clínico, criando uma importante lacuna entre ciência e prática (Leonardi, Meyer, 2015). Koerner (2020) acrescentou que encontrar e avaliar evidências científicas relevantes para a tomada de decisões clínicas pode ser uma tarefa complexa ao psicólogo, uma vez que ele necessita de um conjunto amplo de conhecimentos científicos e metodológicos para selecionar os estudos que indicam qualidade e relevância em seus achados e que, ao mesmo tempo, sejam pertinentes às suas demandas profissionais.

Baptista (2010) avançou na discussão da PPBE, lançando um olhar social e político sobre a prática. O autor argumentou que a prática da PPBE parece descolada de compreensões sociais, culturais e políticas contemporâneas que envolvem o transtorno mental. O uso prioritário de protocolos e manuais psiquiátricos pode revelar uma submissão velada aos princípios regidos pela política do capital e pelo poder psiquiátrico (Baptista, 2010). Ambas as temáticas amplamente discutidas por Foucault (2004) e por outros filosóficos importantes para o campo do cuidado em saúde mental. Baptista (2010) destacou que um dos grandes desafios para pesquisadores, estudiosos e clínicos no Brasil é tentar encontrar uma forma de desenvolver estudos capazes de avaliar a eficácia de intervenções sem a necessidade de subordinar a Psicologia a uma visão estritamente positivista e americanizada.

Melnik, Souza e Carvalho (2014), acrescentaram que muitos profissionais psicólogos possuem décadas de atuação profissional e não estão dispostos a abandonar práticas terapêuticas que têm gerado resultados em suas práticas clínicas, "apenas" pelo fato de não serem

indicadas para a PPBE. Ainda, acrescentaram que a prática da PPBE por alguns psicólogos parece ser prejudicada por crenças destes profissionais no que se refere a superioridade que a PPBE se coloca no campo das psicoterapias, como se todas as práticas que não se submeterem aos seus pressupostos, estivessem inadequadas. Ainda, as autoras enfatizaram que muitos profissionais possuem um baixo nível de familiaridade com as intervenções propostas e suas relações teóricas e acreditam na impossibilidade de utilizar resultados de estudos controlados para a transposição à realidade clínica individual.

Outro ponto relevante que pode limitar a PPBE pelos profissionais psicólogos é a necessidade de se ter uma alta habilidade de pesquisa, tempo necessário para leitura e o nível de compreensão da linguagem científica e/ou estatística para revisar estudos sobre determinada condição/problema psicológico (Melnik, Souza, Carvalho, 2014). Ou seja, para a tomada de decisão clínica baseada em evidências sugerida pela PPBE, o terapeuta deve compreender pesquisa científica, mas não precisa ser pesquisador: precisa ler o artigo, entender o que está sendo dito, avaliar criticamente o conteúdo, extrair o que for útil e aplicar aqueles dados e pressupostos para tomada de decisões em seu cotidiano clínico (Leonardi, 2011). Neste sentido, compreender o processo de pesquisa em psicoterapia possibilita ao psicólogo uma maturidade no momento da seleção das informações que servirão como base à sua atuação profissional.

PESQUISA EM PSICOTERAPIA

Na construção do conhecimento científico em psicoterapia, embora todos pesquisadores compartilhem do mesmo objetivo (entender como o sofrimento humano pode ser aliviado e o bem-estar promovido), eles os abordam de forma diferente. São as perguntas de pesquisa que guiam os procedimentos que serão utilizados, as teorias que serão geradas, os tipos de dados que coletam e as respostas que entendem como satisfatórias (Hughes, 2020).

Desde o estudo realizado por Smith e Glass (1977) e Eysenck, em 1952, a pesquisa em psicoterapia acompanhou a evolução das metodologias e desenhos de pesquisa, nosologias psiquiátricas e técnicas de avaliação e tratamento (Hofmann, Hayes, 2020). A APA (2006) indicou diferentes métodos de pesquisa para a definição de psicoterapias empiricamente sustentadas. São eles: a observação clínica, incluindo estudos de casos individuais; a pesquisa qualitativa para descrever as experiências de indivíduos em psicoterapia; estudos de casos sistemáticos, buscando a comparação entre resultados clínicos de clientes; modelos experimentais de caso único para estabelecimento de relações causais; pesquisa etnográfica para monitorar a disponibilidade, utilização e aceitação de tratamentos em saúde mental, bem como sugerir mudanças; estudos processo-resultado para identificação de mecanismos de mudança; estudos de intervenção em ambientes naturalistas para avaliar a validade ecológica de tratamentos e estudos de revisão de metanálise para sintetizar resultados de vários estudos, testar hipóteses e estimar quantitativamente o tamanho dos efeitos.

Tendo em vista a importância de a pesquisa em psicoterapia representar a realidade da prática clínica e o cotidiano do psicólogo, a ideia de validade ecológica merece destaque. A validade ecológica está associada a quanto os métodos, materiais utilizados e condições de um estudo empírico se aproximam do mundo real que está sendo examinado/estudado, tornando seus resultados um espelho da realidade (Brewer, 2000). Schmuckler (2001), ao apresentar critérios para guiar a compreensão da validade ecológica de um estudo, descreveu que o objeto deve ser analisado em ambiente verdadeiro no qual os atores envolvidos possam se comportar de forma costumeira, os estímulos ambientais devem ser naturais e coerentes com o contexto real e a resposta ou tarefa solicitada ao sujeito de pesquisa deve fazer parte de sua vida.

Bronfenbrenner (1996), pesquisador importante na área do desenvolvimento humano, reconheceu a relevância da validade ecológica na pesquisa científica. Para ele, a validade ecológica está diretamente ligada ao quanto o estudo incluiu o maior número possível de contrastes ecológicos (características de ambientes diversificados) e variáveis relacionadas com o fenômeno investigado. Pasquali (2017) acrescentou que o conceito de validade ecológica não constitui uma nova forma de coletar evidências de validade, mas sim de identificar como tais evidências devem ser buscadas. Na pesquisa em psicoterapia, o conceito de validade ecológica se destaca, uma vez que quanto maior for a validade ecológica de uma pesquisa em psicoterapia, maior será a possibilidade da generalização de seus resultados ao "mundo real" (Dobson, Dobson, 2010; Del Prette, Del Prette, 2008; Goldfried, Wolfe, 1996; Peuker *et al*., 2009).

Então, conclui-se que a pesquisa em psicoterapia deve ser capaz de espelhar a realidade do cotidiano clínico do psicólogo, lhe oferecendo diretrizes claras e possíveis de serem aplicadas em situações reais. Para isso, não só as técnicas utilizadas e sua relação com os resultados clínicos devem estar claras, como também o processo de psicoterapia em sua totalidade. No entanto, conforme Kazdin (2007) o processo por meio do qual a mudança terapêutica ocorre e os fatores de mecanismo ou de "processo" que estão relacionados à forma como a intervenção se traduz em eventos que levam ao desfecho, ou seja, como os efeitos terapêuticos acontecem, não são explorados.

Reflexões como esta possibilitam que a análise sobre as pesquisas que conferem às psicoterapias o caráter de "sustentada empiricamente/baseada em evidências" seja criticada, especialmente por favorecer os métodos quantitativos, ou a objetividade do método científico, sugerindo uma baixa ou moderada validade ecológica (Brum *et al*., 2012). Na pesquisa em psicoterapia, o objeto de estudo é a análise da prática terapêutica (técnicas e manejos)

descrita em manuais e protocolos para a intervenção em transtornos mentais específicos e desenvolvida em ambientes controlados. As amostras de clientes também costumam ser rigorosamente selecionadas através de critérios de inclusão e exclusão com o intuito de lhe conferir homogeneidade. Estes aspectos dificultam a generalização dos resultados das pesquisas para o cotidiano real da psicoterapia e baixam a validade ecológica (Dobson, Dobson, 2010).

No amplo campo de conhecimento científico da Psicologia, são compreensíveis a diversidade de opiniões sobre a PPBE e a psicoterapia sustentada empiricamente. Os posicionamentos se alteram conforme a perspectiva filosófica, epistemológica, teórica e prática da Psicologia enquanto ciência e profissão. Nas psicoterapias cognitivo-comportamentais a PPBE é uma conduta valorizada bem como a percepção sobre a necessidade de uma abordagem psicoterapêutica ser empiricamente sustentada. A eficácia e/ou efetividade dos modelos cognitivos-comportamentais em clientes com diagnósticos de transtornos mentais vem sendo exaustivamente comprovada em pesquisas em psicoterapia com delineamento experimental e/ou quase experimental, característico do paradigma moderno de ciência, legitimando o compromisso das TCCs com a pesquisa em psicoterapia (Dobson, Dobson, 2010; Silva, 2012).

O desenvolvimento de pesquisas empíricas e seu objetivo de confirmar ou refutar hipóteses vem popularizando a psicoterapia cognitivo-comportamental entre os profissionais de saúde mental (Beck, Kuyken, 2012; Knapp, 2015). Este cenário de constante buscas pela evidência científica de protocolos e técnicas de intervenções mantém a abordagem em evolução, legitimando seu compromisso infinito com inovações teóricas e clínicas (Beck, 2005; Beck, Kuyken, 2012; Brum *et al*., 2012; Dobson, Dobson, 2010; Hofmann, Hayes, 2018; Junior, Peuker, Pacheco, 2014; Knapp, 2015; Leonardi, 2016; Peuker *et al*., 2009).

As pesquisas realizadas no campo das psicoterapias cognitivas fazem parte de um grupo de estudos que, através de seus métodos científicos, buscam responder: as terapias psicológicas funcionam? Quais terapias psicológicas funcionam melhor que outras? E quais são os fatores responsáveis pela mudança? (Beck, Kuyken, 2012). Neste ponto, é importante relembrar e destacar que a prática da PPBE não se refere a modalidades de terapias ou de protocolos específicos a uma determinada abordagem, mas sim a um comportamento de tomada de decisão clínica. A essência de sua prática é a individualização, uma vez que, o terapeuta identifica, através do acesso às pesquisas de metanálise em bases de dados cientificamente reconhecidas, qual o melhor tratamento validado empiricamente disponível para o problema que seu cliente apresenta e adapta esta intervenção, considerando a sua individualidade (Leonardi, 2021).

Então, sendo a produção científica disponível o principal caminho para uma PPBE, parece pertinente conhecer como a construção do conhecimento científico em psicoterapias se desenvolveu (e se desenvolve) e ao que se propõe em termos de resultados, destacando-se dois vieses: pesquisas com foco nos resultados e pesquisas com foco nos processos de mudanças (Brum *et al*., 2012).

Uma das primeiras perguntas de pesquisas que guiou o estudo da eficácia em psicoterapia foi desenvolvida por Eysenck, ao estudar a eficácia da terapia comportamental: "Que tratamento, feito por quem, é mais efetivo para este indivíduo, com este problema específico, sob qual conjunto de circunstâncias, e como ele acontece?" (Hofmann; Hayes, 2020). Com o passar do tempo, estas perguntas foram sendo ampliadas. Conforme Dobson e Dobson (2010), perguntas de pesquisa como "para que tipo de problema a terapia funciona?", "Há subgrupos determinados de clientes para quem o tratamento funciona?", "A terapia funciona igualmente tão bem quanto as outras terapias, ou melhor que elas?", "Que tipo de evidência é utilizada para chegar a essas conclusões?" são exemplos

de perguntas que caracterizam o campo da pesquisa com foco no resultado. Mariano (2019) ainda acrescentou as perguntas: "pessoas submetidas às psicoterapias melhoram de um modo considerável em relação àquelas que não foram submetidas a nenhum tipo de intervenção?" e "algumas psicoterapias são mais eficazes do que outras no tratamento de determinadas psicopatologias e problemas psicológicos?" Como perguntas também coerentes com a pesquisa que busca medir a eficácia.

No entanto, embora se reconheça o valor da pesquisa científica para responder a estas perguntas, parece relevante destacar a opinião de Mahoney (1998) sobre a complexidade que envolve o assunto. No universo de modelos psicoterapêuticos, Mahoney (1998) destacou que não há um único sistema ou terapia que seja essencialmente melhor do que outro. Ele acrescentou ainda que os efeitos últimos de qualquer mudança terapêutica planejada nunca poderão ser dados como completamente certos e/ou conhecidos de antemão.

Pesquisas com foco nos resultados

As pesquisas em psicoterapia com foco no resultado são dominantes no contexto da pesquisa em psicoterapia cognitivo-comportamental. Estas pesquisas possuem o foco no teste de eficácia. Elas buscam identificar, testar, desenvolver e estimular a disseminação e o uso de técnicas psicoterapêuticas predominantemente através do método científico positivista, característico da ciência moderna (Brum *et al.,* 2012; Leonardi, 2016). As pesquisas com foco nos resultados geralmente utilizam delineamentos que medem a eficácia e efetividade das intervenções, reconhecendo sua complementaridade na produção de evidências de intervenções psicoterapêuticas (Del Prette; Del Prette, 2008; Junior, Peuker, Pacheco, 2014; Leonardi, 2016).

Na avaliação da psicoterapia com foco nos resultados, os conceitos de validade interna e validade externa são centrais. Validade interna se refere a quanto os resultados obtidos (variável dependente) podem ser atribuídos aos procedimentos e técnicas utilizadas (variável independente) e não a outras condições clínicas como, por exemplo, maturação emocional e história de vida do cliente. Já o conceito de validade externa se refere a quanto os resultados encontrados podem ser generalizados a outros contextos e populações e a quanto as intervenções psicoterapêuticas produziram impactos sobre o funcionamento do indivíduo (Del Prette; Del Prette, 2008; Junior, Peuker, Pacheco, 2014; Leonardi, 2016).

Os estudos que buscam medir a eficácia possuem como objetivo avaliar a relação causal entre as técnicas ou modelo de psicoterapia utilizado variáveis do cliente, do terapeuta, da relação terapêutica e os resultados clínicos alcançados (APA, 2006; Dobson, Dobson, 2010, Leonardi, 2016; Peuker *et al.,* 2009). Sobre a relação causal entre as técnicas utilizadas e os resultados clínicos obtidos, Dobson e Dobson (2010) sinalizaram que considerar a aplicabilidade da técnica, seus objetivos e o momento adequado para desenvolvê-la são aspectos importantes para que a intervenção não fique mecanizada, influenciando negativamente nos resultados clínicos (Junior, Peuker, Pacheco, 2014).

Nos estudos que buscam medir a relação causal entre as variáveis do cliente e os resultados clínicos, Dobson e Dobson (2010) sugerem que o diagnóstico, a cronicidade, gravidade e intensidade dos sintomas, aspectos de personalidade, transtornos de personalidade como co-morbidade, idade, condição étnica e racial e atitudes e expectativas frente ao tratamento do cliente são fatores de interferência. Peuker *et al*. (2009) acrescentaram ainda a estas variáveis a história de vida e história clínica pregressa, rede de apoio social e afetiva disponível e a motivação do cliente para mudança.

Nas pesquisas que buscam mediar a relação causal entre fatores do terapeuta e os resultados clínicos na TC, as variáveis relacionadas a empatia, autenticidade, cuidado, ternura, estilo de apego seguro, autoabertura, bem como as associadas à aliança terapêutica, construção colaborativa de metas, *feedback*, gerenciamento das rupturas no relacionamento e responsividade emocional e afetiva do terapeuta estão relacionadas a resultados clínicos positivos (Dobson, Dobson, 2010). Para o desenvolvimento destes fatores, portanto, parece necessário que o terapeuta esteja sintonizado com as reações emocionais do cliente, demonstre interesse genuíno naquilo que o cliente narra a respeito de si e sobre sua vida, bem como estar comprometido com a efetividade do trabalho terapêutico a partir de uma prática baseada em evidências.

A competência técnica do terapeuta parece não ter uma influência significativa nos resultados clínicos. Para Dobson e Dobson (2010), isso ocorre devido a muitos participantes dessas pesquisas serem terapeutas profissionais, bem treinados, supervisionados e monitorados, não permitindo uma variação na competência profissional e, portanto, tornando difícil a correlação com resultados clínicos. Peuker *et al.* (2009) reiteraram a competência técnica, experiência clínica, estilo pessoal e a aliança terapêutica como fatores que influenciam nos resultados clínicos.

Sobre a relação entre fatores de relacionamento "terapeuta e cliente", Dobson e Dobson (2010) sinalizaram que estudos com este objetivo são menores na TCC do que em outros modelos de psicoterapia, como os psicodinâmicos ou vivenciais. Isso porque os terapeutas cognitivos-comportamentais tendem a acreditar que as técnicas empregadas contribuem em maior grau aos resultados do tratamento do que a relação terapêutica, focando-se então em pesquisas sobre eficácia. No entanto, isso não significa que a pesquisa na TCC desconsidere estes aspectos. Os métodos de pesquisa para estudar esses fatores costumam ser correlacionais no qual variáveis como idade do terapeuta, anos de experiência, índices criados pelo

terapeuta ou cliente durante a terapia ou índices externos para avaliação independente de sessões, por exemplo, são correlacionados aos resultados clínicos (Dobson, Dobson, 2010).

Dobson e Dobson (2010) ainda ressaltaram que existe uma diversidade no conteúdo que está sendo avaliado pelos pesquisadores na díade terapeuta-cliente, ligada a interesses teóricos e crenças sobre aspectos fundamentais da terapia. Por exemplo, alguns pesquisadores focaram na influência da empatia e colaboração entre a díade nos resultados clínicos. Já outros focaram na adesão ao tratamento, buscando avaliar o quanto o terapeuta adere a um determinado modelo de terapia, sua competência técnica em utilizar as ferramentas sugeridas e sua relação com os resultados clínicos.

A partir da análise destas variáveis, pela via de indicadores e testes estatísticos inferenciais aplicados pré- e pós-intervenção, os estudos sobre eficácia indicam então se a psicoterapia funciona, quais variáveis interferem nos resultados clínicos e qual é a intervenção mais apropriada para diferentes quadros clínicos (Dobson; Dobson, 2010; Leonardi, 2016; Peuker *et al*., 2009). Peuker *et al*. (2009) descreveram que, nestes estudos, o foco está na validade interna, medida por técnicas estatísticas, mas sem negligenciar a validade externa. Suas amostras são homogêneas, com critérios de inclusão e exclusão rigorosamente definidos. O delineamento é experimental pela via da alocação aleatória dos participantes em grupos experimentais e controle (randomização). Os terapeutas são treinados, monitorados e supervisionados constantemente, a partir de protocolos de intervenção padronizados descritos em manuais e preveem uma atuação em *setting* terapêutico controlado. Sobre a utilização de manuais, Leonardi e Meyer (2015) destacaram que eles devem indicar características conceituais, estruturais e técnicas de determinado tratamento, sem substituir a inventividade, flexibilidade ou sensibilidade do terapeuta.

Já nos estudos de efetividade, conforme Peuker *et al.* (2009), Del Prette e Del Prette (2008), o foco está na validade externa, mas sem negligenciar a validade interna. Eles ocorrem em condições clínicas menos controladas e mais próximas ao cotidiano psicoterapêutico do que nos estudos de eficácia, apresentando, portanto, uma maior validade ecológica. Possuem um potencial para a generalização dos estudos, visto que buscam, ao máximo, reproduzir as condições de atendimento encontradas nas rotinas dos psicoterapeutas da "vida real". As amostras tendem a ser heterogêneas e o delineamento do estudo é quase experimental, incluindo a randomização dos participantes. Os terapeutas possuem níveis variados de treinamento, monitoramento e supervisão no desenvolvimento da pesquisa.

Seligman (1995) descreveu que estes estudos desenvolvem indicadores de mudança clínica, sinalizando qual a(s) intervenção(ões) que produz(em) os efeitos capazes de gerar mudanças significativas no cotidiano do indivíduo, lhe conferindo relevância e significância clínica. Del Prette e Del Prette (2008) acrescentaram que um procedimento pode ser considerado efetivo quando suas ações/intervenções alteram, por exemplo, a frequência, intensidade e a duração de dimensões descritivas do quadro clínico de um indivíduo. Estes autores discutiram sobre a importância da análise da efetividade das intervenções psicoterapêuticas, especialmente no que se refere ao seu grau de significância clínica, ou seja, ao nível de funcionalidade adaptativa das mudanças do indivíduo. Estes autores enfatizaram que existem diferentes propostas para essa análise, mas oferecem destaque ao "Método JT".

Conforme Del Prette e Del Prette (2008), o "Método JT" pode ser aplicável em qualquer desordem clínica e que os profissionais podem, através dele, identificar os resultados alcançados e avaliar (e/ou descrever) se os clientes que se recuperaram, melhoraram, se mantiveram estáveis ou até pioraram após a intervenção. O método trabalha com os conceitos de "Índice de Mudança Confiável (IMC)" para determinar a validade externa, e com o conceito de "significância clínica" para

determinar a validade interna. Ou seja, através da análise comparativa entre escores de instrumentos padronizados aplicados no pré- e pós-intervenção, o método JT buscaria decidir se as diferenças entre eles representam mudanças confiáveis e se são clinicamente relevantes (Del Prette, Del Prette, 2008).

Em termos de IMC, o método busca responder: os ganhos do cliente foram para além da oscilação positiva ou negativa decorrente do erro de medida? Em termos de significância clínica, o método busca responder: qual a condição final do cliente em relação aos escores não clínicos de referência? Os dados obtidos são analisados a partir do cálculo da confiabilidade das alterações ocorridas entre avaliação pré- e pós-intervenção, descrita em termos de IMC e a análise do significado clínico dessas alterações. Os indicadores quantitativos podem ser representados em gráficos (Del Prette, Del Prette, 2008).

As pesquisas com foco no resultado se utilizam de diferentes métodos para responder suas perguntas de pesquisa e gerar seus resultados. Conhecê-los parece ser importante para a compreensão ampliada das características que circunscrevem esse tipo de pesquisa em psicoterapia.

Métodos utilizados nas pesquisas com foco no resultado

Diferentes métodos de pesquisa podem ser empregados para medir a eficácia e efetividade das intervenções psicoterapêuticas. Os estudos de eficácia utilizam métodos experimentais, tais como os ensaios clínicos randomizados (Brum *et al.*, 2012; Leonardi, 2016, Junior, Peuker, Pacheco, 2014; Mariano, 2019), o experimento de caso único e o estudo de caso, embora este último apresente maiores limitações (Leonardi, 2016) e pareça mais adequado para a avaliação do processo de psicoterapia com foco na mudança (Serralta, Nunes, Eizirik, 2007).

O método experimental de ensaio clínico-randomizado é o mais rigoroso para testar intervenções e condições terapêuticas em diferentes transtornos mentais (Leonardi, 2016). Lilienfeld *et al.* (2018) *apud* Mariano (2019) destaca que esse método é considerado padrão-ouro nos estudos sobre eficácia das intervenções psicoterapêuticas. O objetivo desta abordagem de avaliação da psicoterapia é responder se o tratamento funciona, a partir da avaliação de instrumentos padronizados, como por exemplo escalas psicométricas ou testes psicológicos (Brum *et al.,* 2017; Leonardi, 2016; Junior, Peuker, Pacheco, 2014).

Leonardi (2016) explicou que o ensaio clínico randomizado, no campo da psicoterapia, seleciona amostras geralmente compostas por indivíduos com uma psicopatologia listada no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM (APA, 2013) e os distribui, aleatoriamente, entre um grupo experimental e um grupo controle. No grupo experimental, os terapeutas, previamente treinados, aplicam procedimentos padronizados descritos em um manual e que terão sua eficácia testada pelo experimento. No grupo controle, estes procedimentos não são aplicados e seus participantes não recebem a intervenção. Os participantes são avaliados, individualmente, antes e depois da intervenção (pré- e pós-teste), por meio de medidas de mensuração de resultado com foco nos sintomas. Estas medidas são analisadas quantitativamente (Leonardi, 2016) e indicam o grau de significância estatística das técnicas ou procedimentos utilizados (Peuker *et al*., 2009).

Leonardi (2016) e Starcevic (2003) indicaram que o ensaio clínico-randomizado, como qualquer método de pesquisa, apresenta suas limitações. Algumas delas, citadas pelos autores, se referem à restrição das problemáticas de pesquisa à semiologia psiquiátrica; à necessidade da utilização de manuais terapêuticos elaborados para transtornos mentais específicos, nem sempre adaptáveis às condições da pesquisa; à sua impossibilidade de garantir o cegamento (terapeutas/pesquisadores e os próprios participantes não saberem

a qual grupo pertencem); à limitação na padronização da intervenção (mesmo que descritos detalhadamente em manuais, os procedimentos terapêuticos raramente podem ser aplicados da mesma forma em todos os casos, visto que a condição de psicoterapia é atravessada por especificidades que não podem ser previstas, controladas ou padronizadas); entre outras.

Starcevic (2003) reconheceu que a homogeneidade diagnóstica dos participantes, a restrição no número de sessões e o protocolo de atendimento descrito em manuais garantem a validade interna do ensaio clínico randomizado. No entanto, ele chamou a atenção, da mesma forma que Seligman (1995) e Goldfried e Wolfe (1996), sobre a limitação no que diz respeito à possibilidade de generalização dos resultados para a prática cotidiana de psicoterapia, questionando sua validade externa. Isto porque o ensaio clínico randomizado testa um tratamento psicoterapêutico direcionamento a clientes atípicos, com tempo de duração de sessões e uniformidade técnica rígida, incompatível com flexibilidade necessária ao mundo real da prática clínica (Goldfried, Wolfe, 1996; Leonardi, 2016; Starcevic, 2003; Seligman, 1995). No entanto, estas críticas não reduzem a importância deste tipo de metodologia na pesquisa em psicoterapia, visto que esse método possibilita estabelecer relações de dependência com bastante precisão e, por isso, possui a condição "padrão-ouro" para determinar a eficácia no contexto das psicoterapias (Leonardi, 2016).

Leonardi (2016) descreveu ainda o experimento de caso único como metodologia experimental frequentemente utilizada para medir a eficácia psicoterapêutica. Conforme o autor, nesta metodologia, um mesmo indivíduo é submetido a todas as condições de pesquisa. A eficácia da intervenção psicoterapêutica é estabelecida a partir da mensuração contínua do comportamento-alvo antes (linha de base), durante e após introduzir e remover a intervenção que será testada (tratamento). Este delineamento experimental trabalha com variáveis dependentes (comportamentos-alvo) testadas repetidamente antes da introdução das variáveis independentes (ações terapêuticas).

Novas medidas da variável dependente são realizadas após a aplicação das variáveis independentes. A relação de dependência entre as ações terapêuticas e as mudanças no comportamento-alvo deve ser sistematicamente replicável pela via da reversão. Entre as limitações desta metodologia, Leonardi (2016) destacou que, em alguns casos, a reversão para a condição de linha de base é cientificamente inexequível, uma vez que os efeitos da variável independente sobre a variável dependente são permanentes.

Como uma alternativa aos métodos experimentais, Leonardi (2016) apontou o estudo de caso como outra possibilidade para medir a eficácia de intervenções psicoterapêuticas, desde que se adote procedimentos que fortaleçam a sua qualidade científica. O autor mencionou que o estudo de caso é uma narrativa fiel, sistemática e longitudinal de um processo terapêutico na sua complexidade, e que seu uso teve um lugar central na história da psicologia clínica, como por exemplo, os clássicos Anna O., escrito por Freud e o Pequeno Albert, escrito por Watson e Rayner. A narrativa que se utiliza deste delineamento é geralmente baseada na memória do pesquisador/terapeuta que relata a história de vida do cliente, as intervenções realizadas, as mudanças observadas e outras informações relevantes.

As limitações do estudo de caso, conforme Leonardi (2016), se referem ao estabelecimento de relações de dependência entre a intervenção e a mudança, atravessadas por limitações de validade interna e externa. Na validade interna pois, na narrativa do pesquisador/terapeuta, existiria pouca objetividade e um risco maior a distorções nas suas representações sobre as intervenções realizadas e as mudanças alcançadas. Na validade externa, tendo em vista a impossibilidade de replicação direta e dificuldade de generalização dos resultados para outros contextos.

Embora se reconheçam as limitações em termos de validade externa e interna na produção de evidências empíricas em psicoterapia do estudo de caso, Leonardi (2016) descreveu que existe uma

preocupação em torná-lo uma proposta metodológica reconhecida cientificamente. Esta afirmação parte do reconhecimento do autor sobre estudos de Kazdin (1981) e da análise da política editorial do periódico *Psychotherapy*. Ambos, conforme Leonardi (2016), elencaram e dissertaram sobre procedimentos capazes de aprimorar a validade e confiabilidade dos estudos de caso.

Ao citar Kazdin (1981), Leonardi (2016) destacou a inclusão de dados quantitativos, critérios de medição objetivos, avaliação contínua de variáveis dependentes, conhecimento da estabilidade do problema clínico e a inclusão de múltiplos casos buscando confirmar ou não a relação de dependência. Ao citar a política editorial do periódico *Psychotherapy*, Leonardi sinalizou a inclusão de medidas de resultados padronizadas antes, durante e depois da psicoterapia; apresentação de significância clínica dos resultados, descrevendo o impacto da mudança no funcionamento do cliente em seu cotidiano e a presença da transcrição de trechos dos atendimentos que destaquem as principais intervenções realizadas e os mecanismos de mudanças envolvidos.

Peuker *et al.* (2009) chamaram a atenção ao citar que os estudos sobre eficácia não oferecem alternativas de como resolver impasses e dilemas clínicos característicos das psicoterapias, independentemente de sua natureza específica ou do transtorno que está sendo tratado, gerando um distanciamento entre pesquisa e prática. Goldfried e Wolfe (1996) relataram os ensaios clínicos sobre efetividade como uma possibilidade de diminuir este distanciamento, sugerindo que as terapias padronizadas possam ser aplicadas em mais de um local, oferecendo informações mais precisas sobre o efeito da intervenção, visto que seriam aplicados em um contexto mais próximo da vida real e do cotidiano de muitos clínicos.

Bowen *et al.* (2009) acrescentaram que a natureza altamente controlada da pesquisa de eficácia é boa na medida em que é provável que seja mais possível extrair inferências causais dos desenhos

usados (geralmente ensaios randomizados). Mas esse foco na validade interna pode reduzir a relevância externa e a generalização pode diminuir, limitando a disseminação. Os profissionais afirmaram que mais estudos precisam ser realizados em ambientes onde as restrições da comunidade, por exemplo, sejam priorizadas em relação às condições e ambientes ideais – testando especificamente a adequação das intervenções em ambientes do mundo real.

Os métodos que avaliam a efetividade não apresentam as exigências características dos estudos de eficácia, embora mantenham o foco no resultado. Nestes estudos, a amostra é mais extensa e representativa de clientes que já realizaram tratamento psicológico, refletindo a psicoterapia enquanto um processo que ocorreu em condições naturais; sem número de sessões fixas, não envolvendo manual, sem a necessidade de diagnóstico psiquiátrico, levando em consideração o quadro clínico apresentado pelos clientes e a imparcialidade do terapeuta na realização da avaliação. O estudo não representa condições de laboratório, visto que é retrospectivo. O objetivo, nos estudos de efetividade, é responder como o tratamento funciona na prática, a partir de indicadores de mudanças clínicas (Seligman, 1995).

No entanto, Seligman (1995) destacou as limitações dos estudos de efetividade: a ausência de randomização e de grupo controle; ser um estudo baseado na memória dos respondentes; a utilização de questionário de autorrelato que impede a avaliação objetiva da pré- e pós-intervenção e sobre a melhora dos clientes. Mas, conforme Brum *et al.* (2012), Seligman defendeu que estudos sobre efetividade possuem maiores vantagens, quando comparados aos estudos de eficácia.

Kazdin (2007) relatou que os estudos sobre eficácia e efetividade pela via de delineamentos experimentais possuem um lugar importante no reconhecimento dos efeitos positivos da psicoterapia e sua relevância para o tratamento de diferentes quadros clínicos.

Mas chamou a atenção, da mesma forma que Leonardi (2016), sobre o fato de a pesquisa em psicoterapia ter avançado pouco na explicação baseada em evidência de como ou por que a maior parte das intervenções produz mudanças. Ou seja, o que é importante que ocorra, ao longo do processo de psicoterapia, para que o tratamento funcione?

Para Leonardi (2016) e Peuker *et al.* (2009), provar a eficácia de uma psicoterapia não é suficiente no cenário da psicoterapia científica atual. É necessário avançar para a identificação dos mecanismos de mudança que explicam e discutem como ela produz a melhora. Os autores sugeriram que isso seria possível pela via de pesquisas de processos de mudança. Ainda, Goldfried e Wolfe (1996) sugeriram uma ampliação dos métodos de pesquisa em psicoterapia, visto a necessidade de se dissipar a distância entre pesquisa e prática, ainda comum nos estudos sobre eficácia e, em menor grau, nos estudos sobre efetividade. Para estes autores, essa outra forma de fazer pesquisa em psicoterapia deve elucidar os diversos tipos de mudança e individualizar as intervenções que estão sendo investigadas, caracterizando então a pesquisa com foco no processo de mudança.

Pesquisas com foco no processo de mudança

A pesquisa em psicoterapia com foco no processo de mudança é comum nas abordagens cognitivo-comportamentais baseadas em processos. Leonardi (2021), no minicurso "Prática Baseada em Evidências em Psicologia" ministrado no XIII Congresso Brasileiro de Terapias Cognitivas na modalidade online destaca que Terapia Baseada em Processos (TBP) surgiu como uma proposta de resolver dois problemas da lógica dos tratamentos empiricamente sustentados: a dependência em manuais/protocolos para propor uma intervenção eficaz e a necessidade de se trabalhar somente com um diagnóstico específico. Hofmann e Hayes (2020) e Hoffman e Hayes (2019) são importantes referências para a TBP. A identificação

de processos centrais sugerida na TBP possibilitará evitar as limitações de usar um protocolo para transtornos mentais específicos como a abordagem empírica principal para o tratamento. Na TBP, é permitido ligar, diretamente, o tratamento à teoria. Isso sugere práticas em terapias comportamentais e cognitivas, definidas de forma ampla (Hoffman, Hayes, 2020).

Leonardi (2021) enfatizou que a necessidade de se pensar em uma nova perspectiva de psicoterapia, não necessariamente vinculada aos tratamentos empiricamente sustentados (Davison, 1998) e descolada de manuais e "pacotes" de terapias credenciadas, já existiam antes da construção da proposta da TBP. Argumentos de que as evidências de eficácia não seriam suficientes para avaliar uma intervenção e que seria necessário atentar também aos componentes teóricos dela, sinalizaram a necessidade de mudanças de perspectivas (David, Montgomery, 2011).

A TBP, conforme Hoffmann e Hayes (2019), pode ser definida como o uso contextualmente específico de processos baseados em evidências ligados a procedimentos baseados em evidências para ajudar a resolver problemas e promover saúde de forma individualizada. Conforme os autores, a lógica deste modelo pressupõe ter um objetivo terapêutico que sinaliza um processo psicológico (mecanismo teórico) que precisa ser ativado e este processo aponta para qual procedimento deve ser utilizado (técnicas de intervenções coerentes com o mecanismo teórico), gerando um resultado.

Na perspectiva destes autores, só se pode identificar como intervenção baseada em evidência se o processo de mudança (baseado em uma teoria) puder ser especificado a partir de critérios metodológicos claros. Sugere-se um afastamento dos protocolos específicos direcionados a transtornos mentais específicos e uma proximidade com os processos fundamentais que são comuns a muitas outras abordagens apoiadas empiricamente (Hofmann, Hayes, 2020).

Leonardi (2021) definiu que os procedimentos terapêuticos são as técnicas ou métodos que um terapeuta utiliza para alcançar seus objetivos. O processo terapêutico é o mecanismo de mudança subjacente. Na TBP, o autor chamou a atenção para a necessidade do seguinte questionamento: Quando se usa uma determinada técnica, quais são os mecanismos de mudança que estão sendo ativados no cliente? Ele afirmou que se um processo pode ser testado, então ele é um processo baseado na teoria que precisa levar a hipóteses testáveis. Leonardi (2021) também comentou que os processos terapêuticos ocorrem em seis dimensões: comportamento observável, emoção, cognição, atenção, motivação e *self*. Então, para ele, a proposta da TBP é combinar diferentes intervenções cognitivas e comportamentais já validadas em tratamentos empiricamente sustentados, percebidas como básicas e universais, para serem usadas na medida em que elas forem adequadas, conforme a demanda do cliente.

Leonardi (2021) mencionou que a TBP pode apresentar alguns problemas quando existir falta de clareza sobre o que significariam os processos e quando os processos envolvidos em diferentes procedimentos de intervenção com sustentação empírica são controversos. Ele argumentou que a TBP é uma proposta de mudanças de rumo nas pesquisas no sentido de não focar tanto em diagnóstico e em manuais, mas ainda é comparada a uma proposta de ficção científica pela dificuldade de se aplicar na prática.

Frente a esta realidade, Leonardi levantou o questionamento de "o que fazer" e traz sugestões coerentes com as descritas em Koerner (2020). Koerner (2020) sugeriu o monitoramento do progresso, ou seja, coleta de dados sobre o funcionamento do cliente (comportamentos, cognições, emoções, sintomas) através de instrumentos padronizados de autorrelato respondidos em cada sessão, embora seja possível se basear em informações de relatos de terceiros ou outras fontes. Ela colocou também a necessidade de ter uma estrutura de monitoramento que permaneça razoavelmente padronizada para reduzir a variabilidade do método, e assim detectar

indicadores confiáveis. A autora ainda argumentou que é necessário que o terapeuta considere modificar o plano de intervenção a cada 12 semanas se o cliente não tiver obtido, no mínimo, 50% de melhora.

Koerner (2020) sugeriu também que se utilize um tratamento empiricamente sustentado para o principal problema do cliente como ponto de partida, uma vez que estes tratamentos já foram testados, gerando perspectivas de resultados confiáveis a serem alcançados. Ainda, solucionar o principal problema do cliente pode indiretamente resolver outras queixas. Koerner (2020) acrescentou a seleção de outros procedimentos de intervenções (aqueles que não estão contemplados em manuais para tratamentos específicos, mas que estão descritos na literatura cognitivo-comportamental) com base na formulação do caso.

A pesquisa para tornar a prática da TBP uma psicoterapia científica busca compreender como se dá a mudança no decorrer da intervenção, identificando os mecanismos de ações terapêuticas através de métodos qualitativos e/ou quantitativos. Nestes estudos, a pergunta a ser respondida é: "o que tem feito o psicoterapeuta para ter um impacto particular sobre o cliente?" (Brum *et al.*, 2012). Nestes estudos, diferentes podem ser os focos de análise. Serralta, Nunes e Eizirik (2007) ressaltaram como foco os padrões de relacionamento e comunicação entre terapeuta e cliente ao longo das sessões, e da terapia e sua relação com experiências terapêuticas positivas e negativas, assim como a mudança clínica. Kazdin (2007) propôs a análise sobre o processo terapêutico em si, com foco em identificar conexões e associações específicas entre a intervenção e a mudança.

A avaliação com o foco nos processos de mudança, conforme argumentaram Brum *et al.* (2012), considera a psicoterapia como um processo capaz de promover mudanças cognitivas, emocionais e comportamentais, e não como um produto que necessita provar eficácia, exclusivamente. Através de estudos sobre os processos de mudança é possível compreender os mecanismos envolvidos na ação terapêutica. Métodos qualitativos e quantitativos podem servir

de referência no estudo de padrões de relacionamento e comunicação entre a dupla terapeuta/cliente ao longo das sessões de terapia, fazendo relações com eventos terapêuticos positivos e negativos, assim como a mudança clínica (Brum *et al.,* 2012; Peuker *et al.,* 2009; Serralta, Nunes, Eizirik, 2007). Neste sentido, o estudo de caso aparece como uma importante possibilidade metodológica. Registros claros e precisos, a partir de medidas de resultados e procedimentos diagnósticos válidos do contexto e da subjetividade, envolvem o processo de psicoterapia e tornam esta metodologia mais rigorosa (Jung, Nunes, Eizirik, 2007).

A avaliação de processo pode ter ênfase na psicoterapia em si (processo terapêutico) ou na mudança (processos de mudança) (Brum *et al.,* 2012). Na avaliação do processo terapêutico, conforme Krause *et al.* (2006) o foco está em examinar o que está acontecendo na psicoterapia, a partir da análise de diferentes fatores específicos e inespecíficos e suas influências na mudança, tais como a aliança terapêutica, a estrutura da situação terapêutica, a função do terapeuta, a forma de interação entre terapeuta e cliente, a forma em que se organiza e se transmite os conteúdos terapêuticos e a capacidade do cliente em se ajudar.

Como já argumentado, as pesquisas com foco no processo possuem uma particularidade em seus métodos que responde a análises quantitativas e qualitativas de um objeto/fenômeno estudado a partir de uma perspectiva processual. Conhecer seus métodos parece ser importante para a compreensão ampliada das características que circunscrevem esse tipo de pesquisa em psicoterapia.

Métodos utilizados nas pesquisas com foco no processo de mudança

A avaliação com o foco nos processos de mudança, conforme argumentaram Brum *et al.* (2012), considera a psicoterapia como um processo capaz de promover mudanças cognitivas, emocionais e comportamentais e não como um produto que necessita provar

eficácia, exclusivamente. Através de estudos sobre os processos de mudança é possível compreender os mecanismos envolvidos na ação terapêutica. Métodos qualitativos e quantitativos podem servir de referência no estudo de padrões de relacionamento e comunicação entre a dupla terapeuta/cliente ao longo das sessões de terapia, fazendo relações com eventos terapêuticos positivos e negativos, assim como a mudança clínica (Brum *et al.,* 2012; Peuker *et al.*, 2009; Serralta, Nunes, Eizirik, 2007).

A avaliação de mudanças ocorre pela via do uso de instrumentos de medida ao longo de todo o processo terapêutico, possibilitando uma coleta de dados padronizada, ideal para análises quantitativas (Peuker *et al*., 2009). Yoshida (1998) descreveu a importância do uso de medidas que avaliam a intensidade e frequência dos sintomas em diferentes fases do processo como uma importante estratégia para avaliar a efetividade. Outro instrumento de medida importante é o registro das sessões em vídeo e áudio. Este registro possibilita que os comportamentos e falas do terapeuta e do cliente possam ser estudados e analisados exaustivamente pelo terapeuta e por juízes independentes, a partir de categorias de análises operacionalmente definidas (Greenberg, Rice, Elliott, 1996). Yoshida (1998) e Peuker *et al*. (2009) ainda sugeriram a triangulação de dados, no qual se torna possível a comparação de medidas oriundas de diferentes fontes de informações, sejam elas: terapeuta, juízes independentes e o próprio cliente, quando ele responde à instrumentos de avaliação autoadministráveis. Nestes instrumentos, Yoshida (1998) afirmou que aspectos como a percepção do cliente sobre a remissão dos sintomas, o grau de satisfação obtido com o processo ou a adequação da ajuda prestada pelo terapeuta podem ser avaliados pelo pesquisador.

Brum *et al.* (2012) descreveram como possibilidade para este tipo de avaliação o instrumento desenvolvido por Serralta, Nunes e Eizirik (2007). Estes autores elaboraram uma versão em português do *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS). O instrumento busca fornecer descrições empíricas e clinicamente significativas do processo

terapêutico de diferentes abordagens psicoterápicas (Serralta, Nunes, Eizirik, 2007). Brum *et al.* (2012) descreveram também o instrumento desenvolvido por Marcolino e Iacopini (2001). Estes autores adaptaram para o Brasil a Escala de Aliança Psicoterápica da Califórnia, na versão do cliente. Nesta escala, o cliente responde, objetivamente, sobre a qualidade e condições da aliança terapêutica, da aliança de trabalho, qual sua compreensão acerca do envolvimento do terapeuta ao longo do processo e como percebe que os objetivos e as estratégias utilizadas no tratamento foram acordados entre ele e o terapeuta (Marcolino e Jacopini, 2001).

Goldfried e Wolfe (1996) chamaram a atenção para a importância de se avaliar o processo de mudança em psicoterapia a partir de pesquisas alternativas, que emergem das interações entre terapeuta e cliente e individualizam a intervenção em cada caso particular. Nesta perspectiva, o estudo de caso único é uma proposta metodológica potente, visto que, desta forma, com uma análise profunda e detalhada, a relação entre os processos de mudança nos clientes e os comportamentos e intervenções desenvolvidos pelo terapeuta ficam mais evidentes. A pergunta a ser respondida na análise de processos de mudança, conforme Brum *et al.* (2012) é: "quais comportamentos do terapeuta e indicadores de mudança no cliente estão presentes quando memórias emocionais são processadas?".

Neste sentido, no campo da pesquisa em psicoterapia, Peuker *et al.* (2009) defenderam que as intervenções terapêuticas só terão um suporte empírico válido quando as propostas adotadas na pesquisa em psicoterapia forem ampliadas, garantindo a investigação dos processos de mudança clínica e individualizando as intervenções pesquisadas. Pesquisas sobre efetividade devem acompanhar e integrar-se às pesquisas sobre eficácia, diminuindo a distância entre pesquisa e prática, ciência e cotidiano clínico.

Independente da pesquisa ser com foco no resultado ou com foco no processo de mudança, o método na pesquisa em psicoterapia possui multirreferencialidade. Para Leonardi (2016), o grau de confiança de um dado empírico é maior quando métodos diferentes produzem resultados semelhantes. A partir disso, o autor sugeriu que seria uma sequência de métodos (e não apenas um deles) que poderia sinalizar a eficácia/efetividade de uma terapêutica, legitimando a importância da diversidade metodológica na pesquisa em psicoterapia: "(...) inicialmente, uma nova terapêutica seria concebida a partir de observações clínicas, pesquisa básica ou raciocínio teórico e, então, investigada de modo exploratório em estudos de caso. Posteriormente, os procedimentos seriam testados com mais precisão em experimentos de caso único, que indicariam ou não a necessidade de pesquisá-los numa amostra maior em um ensaio clínico randomizado. O próximo passo seria avaliar se as intervenções que se mostraram eficazes (i.e., tem resultados positivos no contexto real da prestação de serviços). Por último, diferentes estudos individuais de eficácia e efetividade deveriam ser sumarizados em revisões de literatura em vista a estabelecer de modo mais conclusivo os efeitos de determinada modalidade de intervenção psicoterápica." (Leonardi, 2016, p. 183).

Para Hoffman e Hayes (2020), a questão fundamental da pesquisa em psicoterapia precisa ser revisada. Para os autores, a questão central já não deve ser mais se a intervenção funciona de maneira global, e sim conhecer quais processos biopsicossociais centrais devem ser visados com determinado cliente que tem determinado objetivo em determinada situação. A partir daí, então, o objetivo deve ser identificar os métodos psicoterapêuticos que mais provavelmente modifiquem estes processos (Hofmann, Hayes, 2020): uma mudança representada pela ampliação na pesquisa em psicoterapia.

O contexto da pesquisa em psicoterapia revela a diversidade teórica e prática na psicologia clínica. Mahoney (1998) destacou que, neste contexto, é perceptível diferentes rivalidades de sistemas de

pensamentos que, por vezes, representam cisões importantes no campo da prática e pesquisa clínica. Mahoney (1998) não acreditava (e tampouco defendia) a eliminação da diversidade das práticas e teorias psicológicas e/ou o iminente desenvolvimento de uma grande teoria unificadora ou uma metodologia capaz de conciliar a psicologia e acelerar a resolução das divergências entre clínicos e pesquisadores. Mas, para ele, seria necessário que a Psicologia encontrasse alternativas para proporcionar uma teoria, pesquisa e prática integrativa, intimamente e, minimamente, conectadas. Mahoney (1998) acrescentou ainda que o refinamento do conhecimento e da prática em psicoterapia dependem do mútuo respeito das contribuições de um para o outro, quanto do ativo engajamento em diálogos que refletem esse respeito.

As pesquisas baseadas em processos de mudança e as baseadas em resultados, antes de serem efetivamente realizadas, podem ser precedidas por estudos de viabilidade e de estudos-piloto. Na verdade, entender o que significam e como acontecem estes estudos pode contribuir para a compreensão sobre a complexidade que envolve a pesquisa em psicoterapia.

Estudos de viabilidade e estudos-piloto

Para seguir para avaliação sistemática de resultados de eficácia e efetividade, uma intervenção deve, presumidamente, ter passado por verificações prévias em estudos de viabilidade, seguido de estudo-piloto (não necessariamente em estudos distintos, ou seja, o mesmo estudo por incluir avaliações de viabilidade, já estando em formato de estudo-piloto) (Durgante, Dell'Aglio, 2018). Bowen *et al*. (2009) concordaram ao dizer que uma forma de validar cientificamente uma prática real no contexto de prevenção e promoção da saúde é o estudo de viabilidade de caso-controle.

Este tipo de estudo responde se a intervenção pode funcionar em um determinado contexto/condições específicas. Com resultados positivos, pode-se avançar então para os estudos de eficácia e/ou efetividade já descritos. Em outras palavras, estes resultados podem sugerir que uma intervenção está pronta para ser testada em um estudo em grande escala cujos resultados devem influenciar a prática de saúde, de forma geral. Nestes estudos, deve-se então responder se a intervenção pode ser disseminada e amplamente implementada em diversos sistemas de prática. Ou seja, qual o potencial de extrapolação da intervenção para além das populações e modalidades em que foi originalmente estudada (Bowen *et al*., 2009).

O progresso da pesquisa sobre uma intervenção costuma ser gradativo, iniciando-se pela pergunta/problema de pesquisa "a intervenção pode funcionar?". Dadas algumas evidências de que uma intervenção pode funcionar, a próxima pergunta geralmente é "a intervenção funciona?" e, dada a evidência de que uma intervenção funciona, a seguinte e última pergunta é "será que vai funcionar em outros contextos, configurações e culturas?" (Bowen *et al*., 2009; Thabane *et al.,* 2010; Tickle-Degnen, 2013). É justo dizer que todo grande ensaio clínico teve que começar com algum piloto ou uma investigação em pequena escala para avaliar a viabilidade de conduzir um estudo em maior escala (Thabane *et al*., 2010). Então, a projeção de um bom caminho na pesquisa em psicoterapia nasce com estudos de viabilidade de caso-controle.

O estudo de viabilidade é prévio ao estudo-piloto ou podem ocorrer de forma integrada (Durgante, Dell'Aglio, 2018; Tavel, Fosdick, 2001; Thabane *et al.,* 2010; Tickle-Degnen, 2013). Eldridge *et al.* (2016), ao definir estudos de viabilidade e piloto para ensaios clínicos randomizados definem que os estudos piloto são um subconjunto de estudos de viabilidade. Um estudo de viabilidade pergunta se algo pode ser feito, devemos prosseguir com isso e, em caso afirmativo, como. Um estudo piloto faz as mesmas perguntas, mas também tem

uma característica de design específica: em um estudo piloto, um estudo futuro (ou parte dele), é conduzido em uma escala menor (Eldridge *et al.,* 2016).

Ou seja, os estudos de viabilidade são peças de pesquisa feitas antes de um estudo principal para responder à pergunta "este estudo pode ser feito?". Seus resultados são usados para estimar parâmetros importantes para projetar o estudo principal (NETSCC, 2012). Então, um estudo de viabilidade prévio ao estudo maior – estudo-piloto ou intervenção – pode gerar dados, não apenas sobre condições adequadas/necessárias para implementação da intervenção, testes, adaptações/refinamentos de procedimentos e possíveis correções de erros metodológicos, mas também sobre a viabilidade de um estudo maior no futuro (estudo-piloto ou intervenção propriamente dita). Como resultado, este tipo de estudo passa a constituir as bases de intervenções 'padrão-ouro', sendo estas, atualmente, ensaios clínicos randomizados para a investigação de eficácia e efetividade de intervenções em saúde (Tickle-Degnen, 2013).

Já os estudos-piloto podem ser realizados para avaliar a viabilidade das etapas que precisam ocorrer como parte do estudo principal maior; para avaliar problemas de tempo e orçamento que podem ocorrer durante o estudo principal; para identificar potenciais problemas de otimização de dados; e para avaliar a segurança de um tratamento ou intervenção proposta (Teijlingen *et al*., 2001).

Para que uma pesquisa realizada através de estudos de viabilidade e estudos-piloto possa avançar para uma pesquisa em larga escala, seus resultados precisam ser avaliados em termos de processo, recursos, gerenciamento/gestão e embasamento científico (Thabane *et al*., 2010). De acordo com Thabane *et al*. (2010), a avaliação de processo inclui decisões que precisam ser tomadas para a implementação da intervenção, tais como número de participantes selecionados, desistentes, número de recusas (aqueles que se recusaram a participar da intervenção ou randomização), retenção/estudo de seguimento, adesão/engajamento aos procedimentos, critérios

de inclusão (muitos flexíveis ou rígidos), coleta de dados (pouco ou muitos dados coletados), compreensão dos participantes (com relação aos protocolos de avaliação e procedimentos da intervenção), tempo para coleta e análise de dados.

A avaliação de recursos refere-se à avaliação de problemas técnicos que podem suscitar durante o estudo, como sobrecarga nos serviços (sala de espera, linhas telefônicas e e-mails congestionados), recursos audiovisuais, recursos financeiros para a implementação, coleta e análise de dados (in)disponíveis (Thabane *et al.,* 2010). A coleta de evidências de recursos é a base para determinar quais novos materiais, sistemas e equipamentos devem ser obtidos antes que as atividades de pesquisa possam ser implementadas e para o desenvolvimento de um orçamento de estudo (Tickle-Degnen, 2013).

A avaliação de gerenciamento/gestão visa avaliar problemas humanos na implementação do estudo, como disponibilidade de profissionais treinados e com tempo hábil para o serviço; desafios impostos para o local de serviço onde será implementada a intervenção; capacidades técnicas para a implementação, coleta, gerenciamento e análise de dados (Thabane *et al*., 2010). A gestão da pesquisa envolve habilidades de colaboração e comunicação entre a equipe de pesquisa. Essas qualidades devem ser avaliadas e documentadas antes do início do estudo (Tickle-Degnen, 2013).

De acordo com os autores Thabane *et al*. (2010), o embasamento científico no planejamento da intervenção inclui a avaliação sobre aspectos relativos à dose (qual a quantidade de tratamento é suficiente para se obter os resultados objetivados?), resposta dos participantes ao tratamento (positiva, negativa, neutra, mista), estimativa de efeitos do tratamento e efeitos a longo prazo. Portanto, o processo, os recursos, o gerenciamento/gestão e embasamento científico da intervenção devem direcionar as tomadas de decisões sobre o futuro da pesquisa científica, direcionando condutas do pesquisador no que se refere ao delineamento e estratégias interventivas a serem testadas/validadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo buscou dissertar sobre a psicoterapia cognitivo-comportamental como uma psicoterapia empiricamente sustentada e diferenciá-la da PPBE, embora esta prática deva fazer parte do conjunto de habilidades, conhecimentos e atitudes do terapeuta cognitivo-comportamental. Ainda, buscou-se discutir sobre a PPBE e apresentar diferentes delineamentos metodológicos com o intuito de oferecer um conhecimento amplo sobre a pesquisa em psicoterapia para que o terapeuta possa conhecer como se delineia a construção do conhecimento científico na área e qualifique sua prática profissional baseada em evidências.

Ao revisar possibilidades metodológicas no campo da pesquisa em psicoterapia evidencia-se a pluralidade e complexidade que envolve a construção do conhecimento científico nesta área. A pesquisa baseada em resultados, a pesquisa baseada em processos de mudanças e os estudos de viabilidade representam um conjunto de características metodológicas desenvolvidas com o intuito de produzir conhecimento científico em psicoterapia. Cada abordagem metodológica apresenta uma singularidade em termos de perguntas de pesquisa e procedimentos metodológicos, uma vez que corresponde também a diferentes formas de entender o próprio processo de psicoterapia e sua relação com eficiência e eficácia.

Na busca pela melhor evidência disponível orientada pela PPBE, o terapeuta irá encontrar diferentes delineamentos metodológicos utilizados nos estudos em psicoterapia. Os aspectos discutidos neste capítulo auxiliarão na compreensão do terapeuta sobre quais perguntas impulsionam a pesquisa em psicoterapia, na análise sobre como o estudo foi conduzido para encontrar os resultados descritos e sobre como estes resultados poderão ser utilizados para responder à sua pergunta clínica e embasar o seu processo de tomada de decisão.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders –** DSM. 1 ed. Washington D/C, 1952.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA). Evidence-based practice in psychology: APA presidential task force on evidence-based practice. **American Psychologist**, v. 61, n. 4, p. 271-285, 2006. Disponível em: https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271. Acesso em: 23 jan. 2023.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**: DSM-5. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual de publicação da APA**: o guia oficial para o estilo APA. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

ARAÚJO, A. C.; NETO, F. L. A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM-5. **Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 67-82, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452014000100007&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 24 jan. 2023.

BAPTISTA, M. N. Questões Sobre Avaliação de Processos Psicoterápicos. **Psicologia em Pesquisa**, Juiz de Fora, v. 4, n. 2, p. 109–117. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472010000200004&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 26 jan. 2023.

BECK, A. T. The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. **Archives of general psychiatry**, [*s. l.*], v. 62, n. 9, p. 953-959, 2005. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16143727/. Acesso em: 26 jan. 2023.

BECK, A. T.; ALFORD, B. A. **O poder integrador da terapia cognitiva**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

BECK, A. T.; KUYKEN, W. Terapia cognitiva: abordagem revolucionária. *In*: ABREU, C. N.; ROSO, M. (Orgs.). **Psicoterapias cognitiva e construtivista**: Novas fronteiras da prática clínica. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BOWEN, D. J.; KREUTER, M.; SPRING, B.; COFTA-WOERPEL, L.; LINNAN, L.; WEINER, D.; BAKKEN, S.; KAPLAN, C. P.; SQUIERS, L.; FABRIZIO, C.; FERNANDEZ, M. How we design feasibility studies. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 36, n. 5, p. 452-457, 2009. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2859314/. Acesso em: 23. jan. 2023.

BREWER, M. B. Research design and issues of validity. *In*: REIS, H. T.; JUDD, C. M. **Handbook of research methods in social and personality psychology**. 1st ed. New York: Cambridge University Press, 2000.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano**. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

BRUM, E. H. M.; FRIZZO, G. B.; GOMES, A. G.; SILVA, M. R.; SOUZA, D. D.; PICCININI, C. A. Evolução dos modelos de pesquisa em psicoterapia. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 29, n. 2, p. 259-269, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000200012. Acesso em: 23 jan. 2023.

DAVID, D.; MONTGOMERY, G. H. The scientific status of psychotherapies: A new evaluative framework for evidence-based psychosocial interventions. **Clinical Psychology**: **Science and Practice**, v. 18, n. 2, p. 89-99, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01239.x. Acesso em: 26 jan. 2023.

DAVISON, G. C. Being bolder with the Boulder model: The challenge of education and training in empirically supported treatments. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, [*s. l.*], v. 66, n. 1, p. 163-167, 1998. Disponível em: https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.163. Acesso em: 26 jan. 2023.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. Significância clínica e mudança confiável na avaliação de intervenções psicológicas. **Psicologia**: teoria e pesquisa, Brasília, v. 24, n. 4, p. 497-505, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ptp/v24n4/13.pdf. Acesso em: 26 jan. 2023.

DERBLI, M. Uma breve história das revisões do DSM. **ComCiência**, Campinas, n. 126, p. 1-10, 2011. Disponível em: http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542011000200006&lng=e&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 24. jan. 2023.

DOBSON, D.; DOBSON, K. S. **A Terapia Cognitivo-Comportamental baseada em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DURGANTE, H.; DELL'AGLIO, D. D. Critérios Metodológicos para a Avaliação de Programas de Intervenção Em Psicologia. **Avaliação Psicológica**, Campinas, v. 17, n. 1, p. 155-162, 2018. Disponível em: https://dx.doi.org/10.15689/ap.2017.1701.15.13986. Acesso em: 23. jan. 2023.

ELDRIDGE, S. M; LANCASTER, G. A.; CAMPBELL, M. J.; THABANE, L.; HOPEWELL, S.; COLEMAN, C. L.; BOND, C. M. Defining Feasibility and Pilot Studies in Preparation for Randomised Controlled Trials: Development of a Conceptual Framework. **PLoS One**. v. 15, n. 11, 2016 doi: 10.1371/journal.pone.0150205. PMID: 26978655; PMCID: PMC4792418. Disponível em https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4792418/. Acesso em 14 mar. 2025.

FOUCAULT, Michel. **El nacimiento de la clínica**: una arqueología de la mirada médica. 1. ed. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina, 2004.

GOLDFRIED, M. R.; WOLFE, B. E. Psychotherapy practice and research: Repairing a strained alliance. **American Psychologist**, [*s. l.*], v. 51, n. 10, p. 1007-1016, 1996. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8870537. Acesso em: 27 jan. 2023.

GREENBERG, L. S.; RICE, L. N.; ELLIOTT, R. **Facilitando el cambio emocional**: el proceso terapéutico punto por punto. Barcelona: Paidós, 1996.

HOFMANN, S. G.; HAYES.; S. C. TCC Moderna CBT: Movendo-se em direção a terapias baseadas em processos. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 77-84, 2018. Disponível em: https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20180012. Acesso em: 26 jan. 2023.

HOFMANN, S. G.; HAYES, S. C. História e situação atual da TCC como uma terapia baseada em evidências. *In*: HAYES, S. C.; HOFMANN, S. G. (Orgs.). **Terapia cognitivo-comportamental baseada em processos**: ciência e competências clínicas. Porto Alegre: Artmed, 2020.

HOFMANN, S. G.; HAYES, S. C. The future of intervention science: Process-based therapy. **Clinical Psychological Science**, [*s. l.*], v. 7, n. 1, p. 37-50, 2019. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2167702618772296. Acesso em: 26 jan. 2023.

HUGHES, S. A filosofia da ciência e sua aplicação à psicologia clínica. *In*: HAYES, S. C.; HOFMANN, S. G. (Orgs.). **Terapia cognitivo-comportamental baseada em processos**: ciência e competências clínicas. Porto Alegre: Artmed, 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISA EM SAÚDE. **Núcleo de Coordenação de Avaliação**, **Ensaios e Estudos do NIHR**: Glossário. 2012. Disponível em: www.netscc.ac.uk/glossary/#glos6/. Acesso em: 26 jan. 2023.

JUNG, S. I.; NUNES, M. L. T.; EIZIRIK, C. L. Avaliação de resultados da psicoterapia psicanalítica. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, [*s. l.*], v. 29, n. 2, p. 184-196, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rprs/a/vTwZT9wCwMd5t444JZ5FzRq/abstract/?lang=pt. Acesso em: 27 jan. 2023.

JUNIOR, A. A. O.; PEUKER, A. C.; PACHECO, J. T. B. Psicoterapia e ciência. *In*: MELO, W. V. (Org.). **Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2014.

KAZDIN, A. E. Drawing valid inferences from case studies. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, [*s. l.*], v. 49, n. 2, p. 183-192, 1981. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.49.2.183. Acesso em: 26 jan. 2023.

KAZDIN, A. E. Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. **Annual Review of Clinical Psychology**, [*s. l.*], v. 3, p. 1-27, 2007. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17716046/. Acesso em: 26 jan. 2023.

KNAPP. P. **Tendências históricas e atuais das Terapias Cognitivo-Comportamentais**. Tese (Doutorado em Ciências Médicas: Psiquiatria). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

KOERNER, K. A ciência na prática. *In*: HAYES, S. C.; HOFMANN, S. G. (Orgs.). **Terapia cognitivo-comportamental baseada em processos**: ciência e competências clínicas. Porto Alegre: Artmed, 2020.

KRAUSE, M.; DE LA PARRA, G.; ARÍSTEGUI, R.; DAGNINO, P.; TOMICIC, A.; VALDÉS, N.; VILCHES, O.; ECHÁVARRI, O.; BEN-DOV, P.; REYES, L.; ALTIMIR, C.; RAMÍREZ, I. Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. **Revista latinoamericana de psicología**, Bogotá, v. 38, n. 2, p. 299-325, 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342006000200006. Acesso em: 26 jan. 2023.

LEONARDI, J. L. Breves considerações sobre a concepção do objeto de estudo da Psicologia para Wundt e para Brentano. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 1-15, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2011v17n1p1. Acesso em: 28 jan. 2023.

LEONARDI, J. L. **Prática baseada em evidências em Psicologia e a eficácia da análise do comportamento clínica**. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/299978503_Pratica_baseada_em_evidencias_em_psicologia_e_a_eficacia_da_analise_do_comportamento_clinica. Acesso em: 27 jan. 2023.

LEONARDI, J. L.; MEYER, S. B. Prática baseada em evidências em psicologia e a história da busca pelas provas empíricas da eficácia das psicoterapias. **Psicologia**: ciência e profissão, [*s. l.*], v. 35, n. 4, p. 1139-1156, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pcp/a/7kfdXmcqnXkY7gtKnhX5VZS/abstract/?lang=pt. Acesso em: 27 jan. 2023.

LUBORSKY, L.; ROSENTHAL, R.; DIGUER, L.; ANDRUSYNA, T. P.; BERMAN, J. S.; LEVITT, J. T.; SELIGMAN, D. A.; KRAUSE, E. D. The dodo bird verdict is alive and well--mostly. **Clinical Psychology**: Science and Practice, [*s. l.*], v. 9, n. 1, p. 2-12, 2002. Disponível em: https://psycnet.apa.org/record/2002-10493-001. Acesso em: 17 jul. 2023.

MAHONEY, M. J. **Processos humanos de mudança**. Tradução de Fábio Appolinário. Porto Alegre: Artmed, 1998.

MARCOLINO, J. A. M; JACOPINI, E. Escala de Aliança Psicoterápica da Califórnia na versão do paciente. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 23., n. 2, p. 88–95. 2001; Disponível em https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000200007. Acesso em: 14 mar. 2025.

MARIANO, R. B. O movimento do cientista clínico e a psicologia clínica científica. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 100-111, 2019. Disponível em: https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20190015. Acesso em: 26 jan. 2023.

MELNIK, T.; SOUZA, W. F.; CARVALHO, M. R. A importância da prática da psicologia baseada em evidências: aspectos conceituais, níveis de evidência, mitos e resistências. **Revista Costarricense de Psicología**, [*s. l.*], v. 33, n. 2, p. 79-92, 2014. Disponível em: http://oaji.net/articles/2016/3238-1464132737.pdf. Acesso em 27 jan. 2023.

PASQUALI, L. Validade dos testes. **Revista Examen**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 14-48, 2017. Disponível em: https://examen.emnuvens.com.br/rev/article/view/19/17. Acesso em: 29 jan. 2023.

PEUKER, A. C.; HABIGZANG, L. F.; KOLLER, S. H.; ARAUJO, L. B. Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: uma revisão. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 439-445, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n3/v14n3a04.pdf. Acesso em: 27 jan. 2023.

ROSENZWEIG, S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. **American Journal of Orthopsychiatry**, [*s. l.*], v. 6, n. 3, 412–415, 1936. Disponível em: https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x. Acesso em: 01 abr. 2023.

SCHMUCKLER, M. A. What is ecological validity? A dimensional analysis. **Infancy**, [*s. l.*], v. 2, n. 4, p. 419-436, 2001. Disponível em: https://doi.org/10.1207/S15327078IN0204_02. Acesso em: 29 jan. 2023.

SELIGMAN, M. E. P. The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. **American psychologist**, [*s. l.*], v. 50, n. 12, p. 965-974, 1995. Disponível em: https://psycnet.apa.org/record/1996-13324-001. Acesso em: 27 jan. 2023.

SERRALTA, F. B.; NUNES, M. L. T.; EIZIRIK, C. L. Elaboração da versão em português do Psychotherapy Process Q-Set. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, [*s. l.*], v. 29, n. 1, p. 44-55, 2007. Disponível em: https://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082007000100011. Acesso em: 27 jan. 2023.

SILVA, H. A. Verdade, conhecimento e emoção nas abordagens cognitivas. *In*: ABREU, C. N.; ROSO, M. (Orgs.). **Psicoterapias cognitiva e construtivista**: Novas fronteiras da prática clínica. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SMITH, M; L.; GLASS, G. V. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. **American psychologist**, [*s. l.*], v. 32, n. 9, p. 752-760, 1977. Disponível em: https://psycnet.apa.org/record/1978-10341-001. Acesso em: 27 jan. 2023.

STARCEVIC, V. Psychotherapy in the era of evidence-based medicine. **Australasian Psychiatry**, [*s. l.*], v. 11, n. 3, p. 278-281, 2003. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1046/j.1440-1665.2003.00575.x. Acesso em: 24. jan. 2023.

TAVEL, J; A.; FOSDICK, L. Closeout of four phase II Vanguard trials and patient rollover into a large international phase III HIV clinical endpoint trial.. **Controlled Clinical Trials**, [*s. l.*], v. 22, n. 1, p. 42–48, 2001. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S0197-2456(00)00114-8. Acesso em: 23. jan. 2023.

THABANE, L.; MA, J.; CHU, R.; CHENG, J.; ISMAILA, A.; RIOS, L. P.; ROBSON, R.; THABANE, M.; GIANGREGORIO, L.; GOLDSMITH, C. H. A tutorial on pilot studies: the what, why and how. **BMC medical research methodology**, [*s. l.*], v. 10, n. 1, p. 1-10, 2010. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2824145/. Acesso em: 24. jan. 2023.

TICKLE-DEGNEN, L. Nuts and bolts of conducting feasibility studies. **The American Journal of Occupational Therapy**, [*s. l.*], v. 67, n. 2, p. 171-176, 2013. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3722658/. Acesso em: 24. jan. 2023.

TEIJLINGEN, E. R. V.; RENNIE, A. M.; HUNDLEY, V.; GRAHAM, W. The importance of conducting and reporting pilot studies: the example of the Scottish Births Survey. **Journal of advanced nursing**, [*s. l.*], v. 34, n. 3, p. 289-295, 2001. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2648.2001.01757.x. Acesso em: 24. jan. 2023.

YOSHIDA, E. M. P. Avaliação de mudança em processos terapêuticos. **Psicologia escolar e educacional**, Campinas, v. 2, n. 2, p. 115-127, 1998. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85571998000200006&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 27 jan. 2023.

SOBRE AS AUTORAS

Márcia Elisa Jager

Doutora (2023) e mestre (2014) em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria – PPGP/UFSM. Graduada em Psicologia pela Universidade Franciscana – UFN (2010). Licenciada para a educação profissional e tecnológica pelo curso de Formação de Professores para a Educação Profissional e Tecnológica da UFSM (2015). Especialista em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental pela Instituição COGNITIVO, Porto Alegre (2018). Trabalha como docente de ensino superior no curso de Psicologia da Universidade Franciscana e como professora colaboradora no curso de Medicina e na Residência em Saúde Mental da mesma universidade. Principais áreas de atuação e pesquisa: Psicologia Clínica (Psicoterapia Cognitivo-Comportamental) e pesquisa em psicoterapia.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/5178647481463112

Orcid: https://orcid.org/0000-0002-8118-2066

E-mail: marciajager@yahoo.com.br

Samara Silva dos Santos

Possui graduação em Psicologia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (2003), mestrado (2007) e doutorado (2011) em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Atualmente é professora associada do departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase na orientação de projetos de pesquisa, ensino e extensão que abordem temática sobre a violência e contextos sociais e sobre a formação e atuação profissional, prevenção e intervenção psicológica.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/1315602265197011

Orcid: https://orcid.org/0000-0002-7171-5113

E-mail: samara.santos@ufsm.br

ÍNDICE REMISSIVO

A

AC 74, 75, 76, 77, 78, 82, 90, 94, 95

APA 28, 34, 58, 62, 93, 97, 110, 123, 124, 132, 133, 135, 137, 142, 147, 165

B

behaviorismo 69, 70, 72, 80, 96, 120

biologia 10, 13, 37, 38, 86

budismo 10, 36, 37

C

cognitivo-comportamentais 11, 14, 16, 17, 20, 23, 29, 31, 56, 58, 63, 65, 66, 67, 68, 81, 94, 97, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 108, 112, 114, 116, 118, 121, 133, 139, 152

comportamentos 21, 22, 25, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 44, 46, 51, 52, 53, 55, 66, 70, 71, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 84, 85, 86, 89, 90, 91, 94, 96, 97, 100, 148, 154, 157, 158

constructos pessoais 10, 49, 50

construtivismo 13, 41, 42, 43, 44, 58, 98, 110

crenças 13, 14, 21, 25, 27, 29, 30, 32, 35, 36, 37, 39, 40, 42, 44, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 54, 55, 84, 87, 88, 89, 90, 103, 105, 136, 144

crenças nucleares 87, 88, 89, 90

D

DSM 123, 124, 125, 126, 131, 134, 147, 165, 166

E

ecletismo técnico 14, 17, 68, 102

Ellis 10, 13, 28, 29, 30, 63, 67, 81, 82

emoções 14, 21, 22, 25, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 44, 45, 46, 53, 54, 55, 60, 66, 70, 72, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 90, 96, 97, 98, 113, 154

experiência 24, 30, 40, 42, 43, 44, 45, 48, 54, 55, 56, 70, 79, 84, 85, 90, 101, 123, 133, 143, 171

F

filosofia 10, 30, 36, 62, 69, 115, 167

Freud 24, 25, 28, 61, 149

H

humanista 54, 55, 56

L

livros 93, 106

M

manejo clínico 11, 17, 78, 95, 102

N

Neuropsicologia 39, 40, 41

P

personalidade 26, 27, 33, 39, 48, 64, 72, 81, 83, 86, 88, 97, 98, 99, 103, 107, 111, 128, 142

PPBE 12, 16, 17, 18, 109, 126, 133, 135, 136, 139, 140, 164

psicanalítica 24, 82, 167

psicoeducação 22, 67, 98

psicologia clínica 32, 62, 115, 124, 126, 127, 134, 149, 159, 167, 169

Psicologia Cognitiva 10, 44, 45, 46

psicologia comportamental 51, 53, 54

psicologia social 10, 13, 31, 32, 34, 62

psicopatologia 21, 33, 48, 83, 84, 147

psicoterapias 11, 16, 17, 31, 34, 57, 58, 60, 66, 67, 68, 79, 80, 84, 90, 94, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 108, 122, 123, 124, 125, 128, 129, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 148, 150, 168, 169

R

reestruturação cognitiva 14, 22, 33, 52, 67, 91

S

saúde mental 20, 21, 23, 36, 66, 107, 124, 135, 137, 139

socrático 43, 44, 104, 105, 120

T

TC 11, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 67, 78, 81, 83, 84, 85, 87, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 98, 99, 102, 103, 104, 105, 107, 109, 143

TCC 13, 14, 15, 53, 61, 93, 117, 143, 167

terapeuta 13, 14, 16, 17, 18, 22, 23, 33, 43, 44, 50, 51, 52, 54, 55, 56, 58, 74, 75, 76, 77, 78, 88, 91, 92, 95, 96, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 116, 120, 126, 127, 128, 129, 131, 133, 136, 140, 142, 143, 144, 149, 151, 154, 155, 156, 157, 158, 164

terapia 8, 10, 13, 17, 23, 24, 27, 29, 43, 50, 51, 53, 55, 58, 59, 60, 61, 62, 64, 68, 73, 74, 77, 79, 83, 93, 94, 96, 97, 103, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 116, 117, 118, 119, 120, 125, 127, 131, 140, 141, 144, 155, 156, 157, 165, 167, 168

terapia cognitiva 27, 50, 59, 60, 61, 62, 83, 93, 111, 113, 114, 116, 117, 119, 165, 168

Terapia Cognitiva Multicomponentes 102, 103

terapia comportamental 24, 53, 73, 74, 94, 118, 140, 165

TREC 10, 29, 30, 67, 81

www.PIMENTACULTURAL.com

PSICOTERAPIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

Pesquisa em psicoterapia e a Prática da Psicologia Baseada em Evidências

CAPES
Universidade Federal de Santa Maria 1960
CCSH CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS UFSM
PPGP UFSM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
COMPARTILHA Psicologia e Educação transformando contextos sociais
pimenta cultural