

Stefan G. Hofmann¹
Steven C. Hayes²

Tradução do original em inglês
realizada por: Angela Donato Oliva

TCC Moderna CBT: Movendo-se em direção a terapias baseadas em processos

Modern CBT: Moving Toward Process-Based Therapies

RESUMO

Um novo paradigma em psicologia clínica está surgindo. Este paradigma questiona a validade e a utilidade do modelo de doença médica da terapia baseada em evidências, que pressupõe que existem entidades de doença latente que devem ser direcionadas com protocolos de terapia específicos. A nova geração de cuidados baseados em evidências começou a se mover em direção a terapias baseadas em processos que visam mediadores e moderadores centrais baseados em teorias testáveis. Isso poderia representar uma mudança de paradigma na ciência clínica com implicações de longo alcance para a criação e disseminação de intervenções baseadas em evidências.

Palavras-chave: Terapia cognitivo-comportamental; terapias baseadas em processos; intervenções baseadas em evidências

ABSTRACT

A new paradigm in clinical psychology is emerging. This paradigm is questioning the validity and utility of the medical illness model of evidence-based therapy, which assumes that latent disease entities exist that should be targeted with specific therapy protocols. A new generation of evidence-based care has begun to move toward process-based therapies that target core mediators and moderators based on testable theories. This could represent a paradigm shift in clinical science with far-reaching implications for the creation and dissemination of evidence-based interventions.

Keywords: Cognitive behavioral therapy; process-based therapies; evidence-based interventions

¹ Ph.D - (Boston University Professor) - Reno - NV - United States.

² Ph.D - (Nevada University Professor).

Correspondência:

Stefan G. Hofmann.

Instituição: Boston University.

Reno - SP.

CEP:24.000-000.

E-mail: hofmannstefan2018@gmail.com

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBTC em 27 de julho de 2018. cod. 673.

Artigo aceito em 30 de julho de 2018.

DOI: 10.5935/1808-5687.20180012

INTRODUÇÃO

Aliviar o sofrimento humano requer ferramentas conceituais poderosas para analisar a complexidade humana em questões que se podem administrar. Requer criatividade clínica para levar ao sucesso almejado em domínios e dimensões chaves do funcionamento humano. Depende de ferramentas metodológicas que permitem o desenvolvimento de conhecimento generalizável a partir da experiência com diversos indivíduos. Duas disciplinas, psiquiatria e ciências do comportamento, compartilham o mesmo objetivo de aliviar o sofrimento humano. No entanto, elas operam com paradigmas diferentes e utilizam ferramentas distintas para atingir esse objetivo.

Nos primeiros dias do movimento da terapia comportamental, o falecido Gordon Paul, apenas alguns anos após seu doutorado, fez uma das perguntas mais citadas sobre o objetivo apropriado de uma ciência de intervenções baseadas em evidências: “Que tratamento, por intermédio de quem, é mais eficaz para tal indivíduo com tal problema específico, sob qual conjunto de circunstâncias e como ele acontece?” (Paul, 1969, p. 44). Isso incitou uma nova abordagem científica para a intervenção terapêutica: intervenções especificadas e testadas para áreas de problemas específicos, que se ajustem às necessidades dos indivíduos, e se baseiem em processos de mudança conhecidos.

Esse início promissor, no entanto, não se estendeu bastante no campo, porque os dias iniciais da terapia comportamental se sustentavam em princípios e teorias da aprendizagem, amplamente extraídos do laboratório animal, na ausência de teorias similarmente bem desenvolvidas da cognição e da emoção humana. De fato, a confiança excessiva nos princípios de aprendizagem pode explicar por que dois anos antes Paul não havia incluído a frase “e como é que isso surgiu” na formulação original desta questão, focando inteiramente em procedimentos baseados em evidências de contextos específicos (Paul, 1967). Os primeiros terapeutas do comportamento geralmente assumiam que os laboratórios de aprendizagem podiam ser confiáveis para mapear os princípios de mudança necessários para a ciência da intervenção (Franks & Wilson, 1967).

Nosso argumento é que agora o campo se desenvolveu suficientemente para retornar à forma expandida da visão original de Paul. Acreditamos que está na hora de a psicoterapia moderna e a ciência da intervenção focarem em uma nova questão fundamental: “Quais processos biopsicossociais centrais devem ser direcionados ao cliente, tendo em vista tal meta em tal situação e como podem ser mudados de maneira mais eficiente e eficaz?” (Hofmann & Hayes, no prelo). Responder a esta pergunta é o objetivo de qualquer forma de Terapia Baseada em Processos (PBT), que pode ser definida como o uso contextualmente específico de processos baseados em evidências ligados a procedimentos baseados em evidências para ajudar a resolver os problemas e promover a prosperidade de pessoas específicas.

Em contraste com os tratamentos focados em síndromes, a PBT visa processos derivados teoricamente e apoiados empiricamente que são responsáveis pela mudança positiva do tratamento. É nossa visão que a abordagem baseada no processo é a chave para o futuro do cuidado baseado em evidências.

Para a discussão a seguir, é importante esclarecer alguns termos-chave. O mais importante, é distinguir os *processos terapêuticos* subjacentes dos *procedimentos terapêuticos* que são utilizados no tratamento. Procedimentos terapêuticos são as técnicas ou os métodos que um terapeuta utiliza para alcançar os objetivos do cliente com o tratamento: os resultados definidos e mensuráveis que o terapeuta e o cliente acordaram. Tais metas não são balizas estáticas, podendo mudar conforme o tratamento progride. Geralmente, a terapia é direcionada para atender múltiplos objetivos, que muitas vezes podem ser organizados em uma hierarquia, dependendo da prioridade, imediatismo, dificuldade ou dimensões relacionadas.

Os *processos terapêuticos* são os mecanismos de mudança subjacentes que conduzem à obtenção de um objetivo desejado com o tratamento. Definimos um processo terapêutico como um conjunto de mudanças dinâmicas, progressivas e multiníveis, baseadas na teoria, que ocorrem em sequências previsíveis estabelecidas empiricamente, orientadas para os resultados desejados. Esses processos são *baseados na teoria* e associados a previsões falsificáveis e/ou testáveis; eles são *dinâmicos*, porque os processos podem envolver *loops de feedback* e mudanças não lineares; eles são *progressivos* no longo prazo de modo a alcançar o objetivo do tratamento, eles formam um sistema *multinível*, porque alguns processos substituem outros. Finalmente, esses processos são orientados para ambos objetivos, os imediatos e os de longo prazo.

Deve-se notar que o termo *processo terapêutico* é algumas vezes usado na literatura para se referir amplamente à relação paciente-terapeuta que inclui os chamados fatores comuns, como a aliança terapêutica e outros fatores da relação terapêutica. O termo processo terapêutico, tal como o usamos, pode incluir o uso mais tradicional do termo, na medida em que esses processos estejam baseados em uma teoria claramente definida e testável, e atendam aos padrões empíricos que estamos sugerindo. Não é, no entanto, sinônimo desse uso tradicional.

Nosso argumento não é novo. Na verdade, isso nos traz de volta ao começo da terapia comportamental e de seu elemento fundacional - análise funcional. A análise funcional utiliza avaliações idiográficas de um comportamento-alvo, a história e o contexto no qual ele ocorre para identificar a relação funcional entre variáveis que causam ou contribuem para a ocorrência desse comportamento (para uma revisão, ver Haynes & O'Brien, 1990). As raízes históricas e filosóficas da análise funcional estão baseadas na abordagem de Skinner para analisar a ação em seu contexto histórico e situacional (Skinner, 1953).

Em contextos clínicos, expandiu-se além da análise da contingência da ação direta para incluir “a identificação de relações funcionais causais importantes, controláveis, aplicáveis a um conjunto específico de comportamentos-alvo para um cliente individual” (Haynes & O’Brien, 1990, p. 654). Essa abordagem tem sido um princípio orientador desde o início da terapia comportamental e tem sido adotada por muitos estudiosos notáveis, incluindo Albert Bandura, David Barlow, Walter Mischel, Arthur Staats e Gerald Davison, para citar apenas alguns. Essa promissora ênfase inicial da análise funcional mudou, no entanto, quando a psiquiatria moderna adotou o estruturalismo para sua nosologia.

O MODELO DE DOENÇA LATENTE DE PSIQUIATRIA

Profissionais de saúde mental têm se engajado em um longo e acalorado debate sobre a melhor forma de definir, classificar e tratar transtornos mentais (Varga, 2012). A definição oficial de um transtorno mental na nosologia psiquiátrica é “uma síndrome caracterizada por distúrbios clinicamente significativos na cognição, na regulação de emoções ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental” (APA, 2013, p. 20). Para explicar essa “disfunção”, o DSM adotou um modelo de doença médica. Este modelo faz a suposição de que os sintomas refletem entidades subjacentes e latentes das doenças. Versões anteriores do DSM baseavam-se na teoria psicanalítica e supunham que a área dos transtornos mentais resultava de conflitos profundamente arraigados; as versões modernas apontam para disfunções nos processos biológicos, genéticos, psicológicos e de desenvolvimento como causa primária. Infelizmente, há poucas evidências de que o modelo de doença latente tenha atendido a esse critério de sucesso.

A BUSCA PARA LIGAR O TRATAMENTO À SÍNDROME

Por quase 50 anos, a ciência da intervenção perseguiu o sonho de estabelecer uma terapia baseada em evidências testando protocolos para síndromes em estudos randomizados (por exemplo, Thompson-Hollands, Sauer-Zavala, & Barlow, 2014). As agências governamentais também queriam ver o desenvolvimento da terapia baseada em evidências, mas tinham suas próprias ideias sobre como fazê-lo, impulsionadas, em grande parte, por ideias do *establishment* psiquiátrico. Depois que a terceira versão do DSM foi desenvolvida em 1980, o NIMH dos Estados Unidos decidiu investir recursos no financiamento de estudos randomizados de protocolos específicos direcionados a síndromes psiquiátricas.

Essa combinação teve um enorme impacto no campo da TCC e na terapia baseada em evidências em geral, trazendo prestígio e atenção para os desenvolvedores de psicoterapia e, ao mesmo tempo, estreitando inadvertidamente sua visão.

No grande segmento da história, esses desenvolvimentos fizeram muito bem para o campo. O estudo de protocolos para síndromes captou parte da essência da agenda de Paul proposta em 1967, e houve um grande aumento na quantidade de dados sobre psicoterapia e outras intervenções psicossociais, como o impacto de medicamentos psiquiátricos, o desenvolvimento da psicopatologia e outras questões-chave. Entre outras coisas, as preocupações levantadas por Eysenck (1952), sobre se a psicoterapia baseada em evidências poderia ser melhor do que não fazer nada, foram respondidas de uma vez por todas. A TCC foi a principal beneficiária deste crescimento de evidências, levando à posição atual como a abordagem de intervenção com mais apoio empírico.

Como o novo programa de pesquisa se desenrolou no período de trinta anos entre 1980 e 2010, foi extremamente desencorajador, cientificamente falando, que um foco sobre as síndromes nunca parecesse conduzir a evidências conclusivas sobre etiologia, curso e resposta ao tratamento. Em outras palavras, uma abordagem de síndromes nunca levou à descoberta de doenças, que é o objetivo final da classificação sindrômica. A comorbidade e a heterogeneidade do cliente eram tão grandes dentro dos grupos sindrômicos que o diagnóstico tradicional parecia mais um ritual vazio do que um processo vitalmente importante e progressivo. A utilidade do tratamento das síndromes mostrou-se fraca, e a falta de especificidade no tratamento ligado às categorias do DSM era mais a regra do que a exceção. A biomedicalização do sofrimento humano subjacente a esses desenvolvimentos deixou para trás vários aspectos-chave da questão clínica de Paul (1967). A nova pergunta a que os cientistas da intervenção estavam respondendo - “Qual protocolo é melhor para os sintomas dessa síndrome?” - não conseguiu captar adequadamente as necessidades do indivíduo, o contexto das intervenções, a especificidade dos procedimentos, a especificidade dos problemas e o vínculo com processos de mudança. Em outras palavras, protocolo e terapia empírica baseada em síndrome deixaram para trás uma série de características definidoras da abordagem PBT (Terapia Baseada em Processo) inicial da terapia comportamental e cognitiva.

O campo ainda está lidando com os desafios práticos e intelectuais que resultaram das décadas de dominação do DSM. A teoria sofreu e uma abordagem mais puramente tecnológica floresceu. Quão importantes são os processos e princípios se eles são usados apenas como uma configuração vaga para tecnologias e não são formalmente testados como moderadores e mediadores de intervenção? Se o desenvolvimento da teoria é meramente um ritual não testado para se envolver, antes mesmo que ocorra a ação real do protocolo ligado às síndromes, a incapacidade de desenvolver teorias robustas de mudança de comportamento deve ser esperada.

A ABORDAGEM TRADICIONAL DA TCC

Por décadas, os psicólogos vêm desenvolvendo criativamente modelos psicológicos como alternativas aos modelos de doenças psiquiátricas para conceituar e tratar os transtornos mentais. De fato, embora a TCC tenha acompanhado o percurso do DSM, nunca deixou de lado a preocupação com princípios e modelos. O problema era que adotar completamente a agenda da PBT interferia com a ênfase dos “protocolos para síndromes” dos financiadores e, como resultado, certas questões-chave foram perdidas. A TCC prosperou na era dos protocolos para síndromes definidas pelo DSM (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, 2012) com os modelos comportamentais e cognitivos subjacentes tendo um bom desempenho. As áreas de problemas estavam mais naquilo que não estava sendo estudado do que no que estava sendo estudado. Os estudos de mediação foram subestimados, de modo que a importância funcional do processo de mudança às vezes não estava suficientemente bem estabelecida. A gama de abordagens de tratamento que foram testadas em relação a modelos particulares foi um pouco restrita, o que levantou a possibilidade de que terceiras variáveis pudessem explicar as evidências teóricas e que as implicações do tratamento da evidência do processo poderiam ser menos diretas. A clareza sobre as suposições filosóficas permaneceu em grande parte inexplorada ou subdesenvolvida. O termo TCC tornou-se muito amplo, referindo-se a uma grande família de intervenções, às vezes contendo pressupostos contraditórios sobre a centralidade das principais ideias teóricas. Do lado positivo, a TCC foi geralmente reconhecida como o tratamento com o mais amplo apoio empírico (Hofmann, Asmundson, & Beck, 2013). Do lado negativo, o progresso em direção à TCC como uma versão vibrante da PBT foi desacelerado após um início promissor.

A PRÓXIMA GERAÇÃO DA TCC

Uma preocupação com os processos de mudança foi enfatizada quando surgiu a controvérsia sobre a chamada “terceira onda” da TCC (Hayes, 2004). Surgiram novas formas de TCC fora dos modelos comportamentais ou cognitivos tradicionais, como a terapia cognitiva baseada em *mindfulness*, a terapia comportamental dialética, a terapia metacognitiva, a terapia de aceitação e compromisso (ACT), a psicoterapia analítica funcional e várias outras. Esses métodos enfatizavam questões como emoção, *mindfulness*, aceitação, senso de *self*, metacognição, o relacionamento, flexibilidade de atenção e valores, muitos dos quais estavam mais focados na relação das pessoas com a experiência do que no conteúdo da própria experiência.

Houve uma notável sensação de abertura para novos conceitos e métodos - uma afirmação fundamental era que a terceira onda “reformula e sintetiza as gerações anteriores de terapia comportamental e cognitiva” enquanto encoraja a TCC a se expandir em “questões, problemas e domínios anteriormente abordados principalmente por outras tradições” (Hayes, 2004, p. 658), mas “de um ponto de vista científico, com interesse em uma teoria coerente, processos de mudança cuidadosamente avaliados e resultados empíricos sólidos” (p. 660).

A noção de que uma “terceira onda” de TCC havia chegado conduziu a debates científicos, inclusive entre os autores do presente artigo (por exemplo, Hofmann & Asmundson, 2008). A metáfora da “onda” sugeriu a alguns que as gerações anteriores de trabalho seriam eliminadas. No entanto, esta não foi a intenção nem o resultado. Ondas que banham a costa assimilam e contêm ondas anteriores; e elas também deixam para trás uma costa transformada. Estamos agora na posição de começar a avaliar o que está sendo deixado para trás por esta era de trabalho na TCC.

Sem dúvida, existem vários métodos e conceitos que são agora parte da tradição da TCC e outras terapias baseadas em evidências mais gerais (por exemplo, procedimentos baseados na aceitação; métodos de atenção plena (*mindfulness*); desfusão cognitiva; descentralização; valores; processos de flexibilidade psicológica). A retenção de interesse nesta gama notavelmente mais ampla de conceitos e métodos é, em grande parte, devido à evidência empírica que sugere que eles podem ser clinicamente úteis e com custo efetivo (por exemplo, A-Tjak, Davis, Morina, Powers, Smits & Emmelkamp, 2015; Feliu-Soler et al., 2018; Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010; Khoury et al., 2013). Abordagens de terceira onda também foram adicionadas a pacotes que incluem métodos cognitivos e comportamentais tradicionais, resultando em intervenções úteis e novas (Arch, Eifert, Davies, Vilardaga, Rose, & Craske, 2012). Estes conceitos e abordagens mais novos coexistem agora com os já estabelecidos. A dialética entre eles serve como um novo ramo útil para a investigação teórica e tecnológica.

Além disso, tem havido um reconhecimento crescente na TCC da importância de pressupostos filosóficos que dão origem a métodos de intervenção e de sua investigação. Para que a ciência evolua, precisamos de pressupostos pré-analíticos sobre a natureza dos dados, verdade e as questões de importância. Algumas das diferenças entre as ondas e as gerações de TCC eram filosóficas, em vez de empíricas. Até este ponto, a *Inter-Organizational Task Force on Cognitive and Behavioral Psychology Doctoral Education* (Klepac et al., 2012) concluiu que todos os programas de treinamento em TCC deveriam dar mais ênfase ao treinamento em filosofia da ciência para aumentar a progressividade e coerência dos programas de pesquisa.

Finalmente, houve uma notável ênfase na centralidade da questão do processo de mudança e da moderação e da mediação em particular, para as terapias comportamentais e cognitivas. Baron e Kenny definiram um mediador como o mecanismo pelo qual a variável independente focal é capaz de influenciar a variável dependente de interesse (Baron & Kenney, 1986). Em contraste, um moderador é uma variável que afeta a direção e / ou a força da relação entre a variável independente ou preditora e a variável dependente ou de critério (Baron & Kenny, 1986). Desde este artigo seminal, uma série de revisões e esclarecimentos para os testes de moderação e mediação (e mediação moderada) foram fornecidos (Holmbeck, 1997; Hayes & Preacher, 2014; Judd e Kenny, 1981; Kraemer, Wilson, Fairburn, & Agras, 2002; MacKinnon, Lockwood, Hoffman, West, & Sheets, 2002). A maioria dos analistas hoje concorda que um mediador estatisticamente significativo não é sinônimo de um mecanismo gerativo porque as terceiras variáveis sempre podem existir (por exemplo, Tryon, no prelo) e uma explicação detalhada, pragmaticamente útil e teoricamente consistente de como uma intervenção se traduz em eventos que levam para o resultado é ainda necessária (Kazdin, 2007). Ao invés disso, há o reconhecimento de que a identificação de mediadores e moderadores são os primeiros passos para produzir uma explicação adequada das relações entre todas as variáveis que podem estar envolvidas nos processos de mudanças, incluindo fatores clínicos, fatores do cliente e mecanismos reais de mudança (Nock, 2007). Em outras palavras, o conhecimento sobre moderadores e mediadores fornece evidências a partir das quais as explicações causais e funcionais podem começar a emergir (Kazdin, 2007; Kazdin & Nock, 2003).

A combinação de novas ideias, o exame de pressupostos e uma ênfase renovada na centralidade dos processos de mudança começaram a mudar nossas visões sobre o que a TCC engloba e como ela funciona. Sabemos agora que às vezes os métodos tradicionais da TCC funcionam, em parte, pela mudança de processos que foram elucidados durante a chegada dos métodos de terceira onda - por exemplo, a TCC baseada em exposição para transtornos de ansiedade funciona em parte por meio da defusão cognitiva (Arch, Wolitzky-Taylor, Eifert, & Craske, 2012). Evidências baseadas em processos aumentaram notavelmente a gama de métodos que precisavam ser considerados como opções de tratamento. Tomemos, por exemplo, os dados sobre a centralidade dos pensamentos catastróficos no pânico. À primeira vista, uma implicação lógica desse achado é que a mudança de pensamentos catastróficos deve ser o foco do tratamento, mas à medida que o foco da pesquisa em TCC se amplia isso não se mostra ser tão indicado. Por exemplo, pacientes com alta avaliação catastrófica realmente se saíram melhor com o treinamento de respiração assistida por capnometria do que com TCC (Meuret, Hofmann & Rosenfield, 2010).

A pesquisa começou a identificar moderadores que indicam quando métodos específicos, antigos e novos, funcionam melhor para diferentes populações. Por exemplo, parece que os pacientes apenas com transtorno de ansiedade podem se sair melhor com TCC tradicional do que com ACT, enquanto aqueles que também apresentam comorbidades de transtornos de humor se saem melhor com a ACT do que com a TCC tradicional (Wolitzky-Taylor, Arch, Rosenfield, & Craske, 2012). Dados deste tipo sugerem que ao se basear em evidências os profissionais podem melhor ajudar seus pacientes, utilizando estratégias de todas as gerações de TCC, ligadas a evidências de moderação e mediação.

Isso sugere que o campo está agora desenvolvendo uma maior sofisticação sobre o que é necessário para criar progresso em uma era pós DSM. Quando a teoria e os processos de mudança são colocados em primeiro plano, será necessário o treinamento em filosofia da ciência, estratégia científica, ética e em uma ampla gama de domínios a partir dos quais os princípios podem surgir. Além disso, deve ser dada maior ênfase à vinculação de procedimentos a princípios e à adequação de procedimentos às necessidades específicas de um caso específico, de maneira ética e sensível à evidência. Tal avaliação de pressupostos naturalmente leva a questões sobre teorias, modelos e processos.

UM MOVIMENTO PARA A TERAPIA BASEADA NO PROCESSO

O nosso argumento é que a TCC (PB-TCC) baseada no processo está rapidamente se tornando o núcleo vital da própria TCC. A TCC moderna coloca muito menos foco nos protocolos para tratamento das síndromes e mais foco sobre processos baseados em evidências ligados a procedimentos baseados em evidências (Klepac et al., 2012; Hayes & Hofmann, 2018). A TCC abrange os processos centrais do cliente e os procedimentos de tratamento que são comuns a muitas abordagens específicas. Exemplos incluem gerenciamento de contingência, controle de estímulo, modelagem, autogerenciamento, redução ou manejo da excitação, flexibilidade atencional, enfrentamento e regulação de emoções, resolução de problemas, estratégias de exposição, ativação comportamental, habilidades interpessoais, flexibilidade cognitiva e reavaliação, modificando ou abordando crenças centrais, defusão/distanciamento, aceitação psicológica, valores, *mindfulness*, estratégias motivacionais e gerenciamento de crises, entre outros (Hayes & Hofmann, 2018; cf., Klepac et al., 2012). Cada uma dessas competências derivadas e testadas teoricamente se concentra em mediadores e moderadores que vinculam esses métodos aos domínios e princípios do processo.

Algumas, mas não todas, dessas competências da TCC visam processos terapêuticos específicos (por exemplo, flexibilidade cognitiva e defusão/distanciamento) enquanto outras

competências representam estratégias de tratamento específicas (por exemplo, exposição). As estratégias de tratamento geralmente têm como alvo um número de processos diferentes e qualquer processo em particular pode ser modificado através de várias estratégias possíveis (por exemplo, a flexibilidade psicológica pode ser alterada tanto através de práticas de exposição quanto de *mindfulness*). Vários processos podem ser organizados em uma hierarquia de especificidade na qual alguns processos podem ser subsumidos a outros. Por exemplo, pode ser que a reavaliação/modificação das crenças centrais possam ser subsumidas a uma categoria mais ampla de flexibilidade cognitiva. Especulações como essas aguardam o tipo de apoio empírico que requer que a pesquisa se mova em uma direção baseada no processo. À medida que esses dados se acumulam, modelos de tratamento novos e mais avançados podem apontar para futuras ligações e novos processos.

Esses processos baseados na TCC podem ser expandidos por processos estudados em tradições fora da TCC, como apego, autonomia ou mentalização. Essa expansão de visão e participação parece propiciar uma transição ainda mais profunda. A maior ênfase nos processos de mudança e sua influência bio-comportamental está sendo aumentada por mudanças no financiamento da pesquisa (Insel et al., 2010), que por sua vez está impactando de maneira geral o cuidado baseado em evidências, não apenas a TCC. A ascensão de modelos transdiagnósticos e unificados (Barlow et al., 2004) e um foco elevado em moderadores e mediadores de mudança se aplicam a todos os métodos de intervenção.

A própria TCC está se tornando um veículo para essas mudanças, uma vez que agora está mais aberta aos estudos de uma gama mais ampla de abordagens das tradições existenciais, analíticas, humanísticas, sistêmicas e espirituais. Um foco no processo promete a eliminação gradual de escolas fechadas de pensamentos e protocolos de intervenção registrados em ciência de intervenção, em favor de uma abordagem muito mais diversificada que pode reunir diferentes tradições em uma busca baseada em evidências para processos de mudança coerentes e poderosos. O termo TCC pode estender-se a um ponto de ruptura à medida que o cuidado baseado em evidências avança em direção a um campo baseado em processos que busca integrar toda a gama de processos biológicos psicossociais e contextuais na mudança de comportamento. Não nos surpreenderíamos se o termo TCC perdesse sua importância à medida que a PBT fosse adotada entre as tradições.

O impacto de redirecionar a atenção para os processos de mudança não se limita aos métodos terapêuticos focados na psicopatologia. À medida que o foco sindrômico enfraquece, enquanto o foco do processo se fortalece, o florescimento de pessoas completas e a prosperidade psicológica humana também se tornam naturalmente mais centrais.

A saúde mental refere-se, em última análise, à *saúde*, não apenas à ausência de distúrbios. Muitos dos processos de mudança que agora são centrais em métodos baseados em evidências são baseados em uma psicologia do normal, e não há razão para não explorar sua relevância para preocupações humanas amplas, além da psicopatologia.

Pesquisadores e profissionais parecem estar prontos para um novo dia, de cuidados baseados em evidências que atendam às necessidades e às forças dos indivíduos. Consistente com a tendência geral para a medicina personalizada e de precisão, o foco nos processos de mudança fornece uma maneira de os métodos baseados em evidências serem centrados na pessoa. A reorientação do campo de volta em uma direção de tratamento baseada em processos pode, em última instância, ser a mais importante “mudança de costa” deixada para trás pela última onda de TCC.

Examinando as intervenções baseadas em evidências à luz das ideias delineadas nos novos padrões de treinamento permite que o campo redefina a terapia baseada em evidências (EBT) para *indicar* o direcionamento do processo baseado em evidências com procedimentos baseados em evidências que resolvam os problemas e promovam a prosperidade dos indivíduos. Em outras palavras, estamos caminhando para um dia em que a EBT seja PBT e PBT seja EBT. A ciência clínica pode ver um declínio das chamadas terapias definidas por um conjunto de tecnologias, um declínio das escolas gerais, um aumento de modelos testáveis, um aumento de estudos de mediação e moderação, o surgimento de novas formas de diagnóstico baseadas na análise funcional, um movimento de abordagens nomotéticas para idiográficas, e um movimento em direção a processos que especificam elementos modificáveis. Essas mudanças podem integrar ou unir diferentes orientações de tratamento, configurações e até mesmo culturas.

DERRUBANDO OS MUROS ENTRE AS TRADIÇÕES, ESCOLAS E ONDAS

Gostaríamos de concluir este artigo com uma nota pessoal que parece relevante e, acreditamos, é esperançoso para o impacto do PBT. Embora nós dois - Hofmann e Hays - tenhamos servido como presidentes da Associação de Terapias Comportamentais e Cognitivas (ABCT), nossas origens filosóficas são bem diferentes. Ambos somos considerados figuras proeminentes nas comunidades que representam dois campos aparentemente opostos na TCC contemporânea: a terapia de aceitação e compromisso/TCC de nova geração e a Beckiniana/mais tradicional TCC, respectivamente. Depois de uma tempestade começando com inúmeros debates acalorados por escrito (por exemplo, Hofmann & Asmundson, 2008) e durante as discussões do painel (muitas vezes assemelhando-se à versão acadêmica de lutas de boxe ou eventos de luta livre), nos tornamos amigos e colaboradores próximos.

O que nos uniu cientificamente foram duas coisas: uma apreciação de nossas diferenças filosóficas e nosso reconhecimento compartilhado de que processos de mudança que se aplicam a pessoas específicas precisam receber prioridade empírica: não escolas amplas ou abordagens gerais. À medida que esse foco fundamental se consolidou, achamos muito fácil repensar a TCC como uma forma de PBT, apesar de nossas diferenças. Recentemente, concluímos um livro sobre PB-TCC (Hayes & Hofmann, 2018) que começa a reorganizar as intervenções de TCC em torno de conhecidos processos de mudança. Nosso volume editado recentemente (Hayes & Hofmann, 2018) descreve uma série de novos métodos de diagnósticos ligando esses processos a componentes de intervenção baseados em evidências. Descobrimos que um enfoque de processo transformou argumentos difíceis (por exemplo, entre as “ondas” de TCC) em questões empíricas gerenciáveis, exploradas no contexto de diferenças filosóficas reconhecidas.

Encorajados por essa experiência, vemos a possibilidade de a PBT direcionar a ciência e a prática da intervenção clínica para um leque ainda maior de tradições. Em nossa opinião, a questão fundamental da PBT (“Quais processos biopsicossociais centrais devem ser direcionados para um dado cliente tendo em vista tal objetivo em tal situação, e como eles podem ser mudados de maneira mais eficiente e eficaz?”) aplica-se independentemente da escola de pensamento ou da abordagem terapêutica.

Se estivermos certos nessa afirmação, parece provável que sua amplitude mude nosso campo. Ironicamente, com o passar do tempo, parece provável que uma abordagem baseada em processos encurte a vida da TCC como uma abordagem claramente distinta, comparada à terapia baseada em evidências de forma mais geral. Isso não ocorrerá porque todos os métodos baseados em evidências mostram-se como emergindo da TCC. Em vez disso, como a TCC se reorienta para questões que antes eram apenas o foco de outras tradições terapêuticas, haverá cada vez menos razões para distinguir a TCC do trabalho analítico, existencial, humanista ou sistêmico. Não estamos (ainda) pedindo o fim do uso do termo “terapia comportamental cognitiva.” No entanto, podemos vislumbrar um dia em que o termo acrescentará pouco à nossa descrição do campo atual.

Não temos certeza se todas essas tendências se manifestarão, nem se o farão tão cedo. No entanto, muitas das mudanças mencionadas neste artigo já estão em andamento, portanto, não há dúvida de que o mundo da intervenção psicológica está mudando. A questão é se escolheremos alcançar esse momento e entrar em campo na direção da PBT. Que devemos fazer isso é nossa matéria de discussão. Uma abordagem mais focada no processo ajudará os alunos de hoje a ampliar as fronteiras do consenso de amanhã. O objetivo é o progresso. As pessoas precisam e estão buscando respostas de nosso campo. Cabe a nós fornecê-las.

A era dos protocolos para síndromes acabou, e o colapso dessa visão anterior dá à terapia cognitivo-comportamental e à terapia baseada em evidências, em geral, uma chance de reconsiderar seu futuro a partir do zero. A agenda sugerida pela PBT é positiva, possível e progressiva. Esperamos que este artigo não ofereça apenas um instantâneo de onde estamos hoje, mas também ofereça um farol poderoso e útil para um lugar onde possamos ir.

NOTA DO AUTOR

Dr. Hofmann recebe o apoio financeiro da Alexander von Humboldt Foundation (como parte do Prêmio Humboldt), NIH / NCCIH (R01AT007257), NIH / NIMH (R01MH099021, U01MH108168), e da James S. McDonnell Foundation 21st Century Science Initiative in Understanding Human Cognition – Special Initiative. Ele recebe uma remuneração por seu trabalho como consultor da Palo Alto Health Sciences e por seu trabalho como Subject Matter Expert da John Wiley & Sons, Inc. e Silver Cloud Health, Inc. Ele também recebe *royalties* e pagamentos por seu trabalho editorial de várias editoras.

O Dr. Hayes recebe apoio financeiro do NIH / NCCAM (R44AT006952), bem como *royalties* e pagamentos pelo seu trabalho editorial de vários editores.

Partes deste artigo foram extraídas de Hofmann, S. G. & Hayes, S. C. (no prelo). O futuro da ciência da intervenção: terapia baseada em processos. *Clinical Psychological Science*.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed)(DSM-5)*. Washington, DC: Author.
- Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Vilardaga, J. C. P., Rose, R. D., & Craske, M. G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 750-765. doi.org/10.1037/a0028310
- Arch, J. J., Wolitzky-Taylor, K. B., Eifert, G. H., & Craske, M. G. (2012). Longitudinal treatment mediation of traditional cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy, 50*, 469-478. doi: 10.1016/j.brat.2012.04.007
- A-Tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp P. M., (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics, 84*, 30-36. doi: 10.1159/000365764
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1173-1182. doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy, 35*, 205–230. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80036-4
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 16*, 319-324. doi: 10.1037/0003-066X.35.5.435

- Feliu-Soler, A., et al. (2018). Economic impact of third-wave cognitive behavioral therapies: A systematic review and quality assessment of economic evaluations in randomized controlled trials. *Behavior Therapy, 49*, 127-147. doi: 10.1016/j.beth.2017.07.001
- Hayes, A. F., & Preacher, K. J. (2014). Statistical mediation analysis with a multicategorical independent variable. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology, 67*, 451-470. doi: 10.1111/bmsp.12028
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy, 35*, 639-665. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80013-3
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2018). (Eds.) *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. Oakland: New Harbinger.
- Haynes, S. N. & O'Brien, W. H. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review, 10*, 649-668. doi.org/10.1016/0272-7358(90)90074-K
- Hofmann, S. G., Curtiss, J., & McNally, M. J. (2016). A complex network perspective on clinical science. *Perspectives on Psychological Science, 11*, 597-605. doi:10.1177/1745691616639283.
- Hofmann, S. G. & Barlow, D. H. (2014). Evidence-based psychological interventions and the common factors approach: the beginnings of a rapprochement? *Psychotherapy, 51*, 510-513. doi: 10.1037/a0037045
- Hofmann, S. G. & Asmundson, G. J. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review, 28*, 1-16. doi: 10.1016/j.cpr.2007.09.003
- Hofmann, S. G. Asmundson, G. J., & Beck, A. T. (2013). The science of cognitive therapy. *Behavior Therapy, 44*, 199-212. doi: 10.1016/j.beth.2009.01.007.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research, 36*, 427-440. doi 10.1007/s10608-012-9476-1
- Hofmann, S. G. & Hayes, S. C. (in press). The future of intervention science: Process based therapy. *Clinical Psychological Science*.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 169-183. doi: 10.1037/a0018555
- Holmbeck, G. N. (1997). Toward terminological, conceptual, and statistical clarity in the study of mediators and moderators: Examples from the child-clinical and pediatric psychology literatures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 4*, 599-610. doi.org/10.1037/0022-006X.65.4.599
- Insel, T., Cuthbert, B., Carvey, M., Heinssen, R. Pine, D. S., Quinn, K., Sanislow, C., & Wang, P. (2010). Research Domain Criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry, 167*, 748-751. doi:10.1176/appi.ajp.2010.09091379
- Judd, C. M. & Kenny, D. A. (1981). Process analysis: Estimating mediation in evaluation research. *Evaluation Research, 5*, 602-619. doi: 10.1177/0193841X8100500502
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 1-27. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432
- Kazdin, A. E., & Nock, M. K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*, 1116-1129.
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., Chapleau, M.-A., Paquin, K., & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 33*, 763-771. doi: 10.1016/j.cpr.2013.05.005
- Klepac, R. K., Ronan, G. F., Andrasik, F., Arnold, K. D., Behar, C. D., Berry, S. L., Cristoff, K. A., Craighead, L. W., Dougher, M. J., Dowd, E. T., Herbert, J. D., McFarr, L. M., Rizvi, S. L., Sauer, E. M., & Strauman, T. J. (2012). Guidelines for cognitive behavioral training within doctoral psychology programs in the United States: Report of the inter-organizational task force on cognitive and behavioral psychology doctoral education. *Behavior Therapy, 43*, 687-697. doi: 10.1016/j.beth.2012.05.002
- Kraemer, H. C., Wilson, T., Fairburn, C. G., & Agras, W. S. (2002). Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials. *Archives of General Psychiatry, 59*, 877-883. doi:10.1001/archpsyc.59.10.877
- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., Hoffman, J. M., West, S. G., & Sheets, V. (2002). A comparison of methods to test mediation and other intervening variable effects. *Psychological Methods, 7*, 83-104. doi:10.1037/1082-989X.7.1.83
- Meuret, A. E., Hofmann, S. G., Rosenfield, D. (2010). Catastrophic Appraisal and Perceived Control as Moderators of Treatment Response in Panic Disorder. *International Journal of Cognitive Therapy, 3*, 262-277. doi: 10.1521/ijct.2010.3.3.262
- Nock, M. K. (2007). Conceptual and design essentials for evaluating mechanisms of change. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 31* (Suppl. 3), 4S-12S. doi:10.1111/j.1530-0277.2007.00488.x
- Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology, 31*, 109-118. doi: 10.1037/h0024436.
- Paul, G. L. (1969). Behavior modification research: design and tactics. In C. M. Franks (Ed.), *Behavior therapy: Appraisal and status* (pp. 29-62). New York: McGraw-Hill.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Free Press.
- Thompson-Hollands, J., Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2014). CBT and the future of personalized treatment: A proposal. *Depression and Anxiety, 31*, 909-911. doi: 10.1002/da.22301
- Tryon, W. W. (no prelo). Mediators and mechanisms. *Clinical Psychological Science*.
- Varga, S. (2012). Defining mental disorder: Exploring the "natural function" approach. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine, 6*, 1. doi:10.1186/1747-5341-6-1.
- Wolitzky-Taylor, K. B., Arch, J. J., Rosenfield, D., & Craske, M. G. (2012). Moderators and non-specific predictors of treatment outcome for anxiety disorders: A comparison of cognitive behavioral therapy to acceptance and commitment therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 786-799. doi: 10.1037/a0029418