



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO**



RONDINELI BEZERRA MARIANO

**O CLINICAL SCIENTIST MOVEMENT E AS PSICOTERAPIAS
FUNDAMENTADAS CIENTIFICAMENTE**

**JUIZ DE FORA
2016**

RONDINELI BEZERRA MARIANO

**O CLINICAL SCIENTIST MOVEMENT E AS PSICOTERAPIAS
FUNDAMENTADAS CIENTIFICAMENTE**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Psicologia por Rondineli Bezerra Mariano.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Arja Castañón.

**JUIZ DE FORA
2016**

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Mariano, Rondineli Bezerra. O Clinical Scientist Movement e as psicoterapias fundamentadas cientificamente / Rondineli Bezerra Mariano. -2016.
98 p.

Orientador: Gustavo Arja Castañon
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de PósGraduação em Psicologia, 2016.

1. Clinical Scientist Movement. 2. Epistemologia da Psicologia . 3. Psicologia Clínica. 4. Psicoterapia Baseada em Evidências. I. Castañon, Gustavo Arja, orient. II. Título.

TERMO DE APROVAÇÃO

Dissertação defendida e aprovada, em 26 de fevereiro de 2016 pela banca constituída por:

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Arja Castañon

Presidente: Prof. Dr. Richard Theisen Simanke

Membro Titular: Prof. Dr. Bernard Pimentel Rangé

**Juiz de Fora
2016**

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente ao meu orientador, Gustavo Arja Castañon, por ter aceitado orientar o trabalho e pela disponibilidade demonstrada desde o primeiro contato. Agradeço também ao Saulo e ao Helmuth Kruger pelas sugestões e correções quando do processo de qualificação. Sou grato também a todos os professores que compõem a linha História e Filosofia da Psicologia pela seriedade e integridade intelectual com que conduzem sua vida acadêmica. Com certeza todos eles me inspiram a me dedicar ao trabalho intelectual e a atividade docente. Registro meu agradecimento especial aos professores Rodrigo Barros Gewehr e Henrique Jorge Simões da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) por terem, desde o início da minha graduação, despertado minha curiosidade para as questões mais espinhosas e instigantes da Psicologia. Agradeço ao Richard Simanke e ao Bernard Rangé por terem aceito participar da banca de defesa. Afetivamente esse trabalho só foi possível pelo apoio de meus pais e da Yanna Priscilla que foi a primeira pessoa que acreditou na realização desse mestrado, até mesmo quando eu não o fiz. Não poderia deixar de registrar meu carinho e minha estima aos amigos de Juiz de Fora e de Maceió que suportaram meus desabafos quando o processo de escrita emperrava e o desânimo assombrava. Por fim, presto meus agradecimentos à UFJF e à CAPES pelas bolsas concedidas para a realização da pesquisa.

RESUMO

Dentro do debate sobre a cientificidade da psicoterapia e da psicologia clínica o *Clinical Scientist Movement* (CSM) ocupa um lugar de destaque e faz dessa questão objeto central de seu projeto, elaborando propostas originais sobre a temática. Devedor de uma tradição em psicologia clínica que desde a segunda guerra mundial tenta estabelecer a psicologia clínica como uma legítima ciência, o CSM também coloca no eixo do seu projeto duas questões que ocupam a área desde o pós-guerra, quais sejam, o problema da eficácia das psicoterapias e o debate sobre os modelos de doutorado em psicologia clínica. Este trabalho investiga as ideias do CSM delimitando o que para ele é exatamente uma psicoterapia fundamentada cientificamente e quais as exigências que determinada prática terapêutica deve atender para que seja considerada enquanto tal. Psicoterapia fundamentada cientificamente seria aquela que demonstra tanto que é eficaz para tratar determinado transtorno psicológico através de ensaios clínicos quanto que está baseada numa teoria científica. Esta teoria teria que explicar o mecanismo de funcionamento do transtorno ou problema em questão e como a terapia em questão ocasiona mudança terapêutica. No que concerne ao modelo de ciência pressuposto no programa do CSM, verifica-se certa dívida com o racionalismo crítico popperiano por aceitar o falsificacionismo como critério válido para a demarcação do conhecimento científico. No entanto, também se defende uma perspectiva probabilística de ciência e a ideia que as teorias alcançam progressivamente o status científico, posições estas associadas ao empirismo lógico. Defende-se por fim que o projeto do CSM acaba encerrando uma concepção médica e um modelo tecnicista de psicoterapia que não faz jus ao que realmente é a prática clínica e a todas as suas possibilidades enquanto terapêutica.

Palavras Chaves: *Clinical Scientist Movement*; Epistemologia da Psicologia; Psicologia Clínica; Psicoterapias Baseada em Evidências.

ABSTRACT

Within the debate on the scientificity of psychotherapy and clinical psychology, the Clinical Scientist Movement (CSM) occupies an important place and does of this issue the central object of your project, elaborating original proposals on it. Heir of a tradition in clinical psychology that since World War II tries to establish the clinical psychology as a legitimate science, the CSM also puts on the center of its project two issues that have been occupying the discipline since the post-war, namely, the problem of effectiveness of psychotherapy and the discussion on the PhD program models in clinical psychology. This work investigates the CSM ideas delimiting what is a scientifically based psychotherapy for it and which conditions certain therapeutic practices must meet to be considered as such. A scientifically based psychotherapy would be the one that would demonstrate both that it was effective to treat a psychological disorder through controlled clinical trials and that it was based on a scientific theory. This theory would have to explain the operating mechanism of the disorder or problem at hand and how the aimed therapy leads to therapeutic change. Regard to the CSM science model assumption, we can say that there is a certain debt to the Popperian critical rationalism, for accepting falsificationism as valid criteria for the demarcation of scientific knowledge. However, it also advocates a probabilistic perspective of science and the idea that theories progressively achieve scientific status, positions usually associated with logical empiricism. Finally, it is argued that the CSM project has just endorsing a medical design and technical model of psychotherapy, which does not justice to what really is the clinical practice and all its possibilities as a therapeutic.

Keywords: Clinical Scientist Movement; Epistemology of Psychology; Clinical psychology; Evidence-based Psychotherapies.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1: O MOVIMENTO DO CIENTISTA CLÍNICO	8
1.1. A Consolidação da Psicologia Clínica e das Psicoterapias no Pós-guerra.....	9
1.2 O Problema da Validação Científica da Eficácia Terapêutica.....	11
1.3. Do <i>Boulder Model</i> ao <i>Clinical Scientist Model</i>	14
1.4 O Manifesto para uma Psicologia Clínica Científica.....	17
1.5. A Psicologia Clínica como ciência aplicada.....	21
1.6. O Psicoterapeuta como Tecnólogo e o Modelo Médico em Psicoterapia.....	25
CAPÍTULO 2: CIÊNCIA E PSEUDOCIÊNCIA EM PSICOLOGIA CLÍNICA E EM PSICOTERAPIA	29
2.1.Ciência x Pseudociência: o Problema da Demarcação do Conhecimento Científico em Filosofia da Ciência.....	36
2.3. A Psicologia Clínica e o Problema da Demarcação do Conhecimento Científico.....	41
2.4. Sistema Classificatório de David e Montgomery para Demarcar Ciência e Pseudociência em Psicoterapia.....	44
2.5. A Proposta de Scott Lilienfeld.....	54
CAPÍTULO 3: CONSIDERAÇÕES CRÍTICAS AO <i>CLINICAL SCIENTIST MOVEMENT</i>	62
3.1. Crítica à Visão de Psicoterapia do CSM.....	63
3.2. Revendo a Relação entre Ciência, Técnica e Psicoterapia.....	69
3.3. Críticas Pós-modernas.....	76
3.4. Considerações Críticas Finais sobre os Limites e Insuficiências do CSM.....	81
CONCLUSÃO	86
REFERÊNCIAS	91

INTRODUÇÃO

Tema

O presente trabalho tem como tema a proposta do *Clinical Scientist Movement* (CSM) de fundamentação científica da prática psicoterapêutica. No debate contemporâneo sobre a base científica da prática psicoterapêutica e cientificidade da psicologia clínica é fácil perceber o protagonismo do *Clinical Scientist Movement*. Ele não só faz dessa problemática uma de suas principais pautas como lhe endereça respostas e propostas originais.

Discutir a cientificidade de uma disciplina como a psicologia clínica ou de uma prática profissional como o são as psicoterapias exige que se adentre o terreno de questões filosóficas, principalmente aquelas de natureza epistemológica. Assim, o tema e objeto de estudo é eminentemente filosófico, que apesar de exigir um tratamento abstrato tem contornos e implicações de natureza concreta e decisivas para a área das psicoterapias e para a psicologia clínica enquanto disciplina.

Caracterização e delimitação do problema

O debate sobre a cientificidade de uma disciplina e de uma prática profissional talvez seja o principal problema quando se está em questão a sua legitimidade e seu lugar de direito entre outras disciplinas e sua aceitação e reconhecimento perante o público. Entre outros motivos para essa discussão ter essa centralidade é que no mundo contemporâneo a ciência é percebida como o tipo de conhecimento mais legítimo e mais seguro e goza de grande respeitabilidade social. Ao dar o status de ciência a um campo de conhecimento específico e ao considerar determinada prática profissional embasada cientificamente automaticamente se está conferindo respeitabilidade e prestígio à disciplina e a prática específica. Além disso, quando se discute a possibilidade de determinada disciplina ou prática ser científica não é apenas para decidir e avaliar se ela tem valor ou não.

Tal discussão lança luz sobre a própria natureza e especificidade da disciplina ou prática em questão. Quando se diz, por exemplo, que as investigações teológicas ou algumas pesquisas históricas não são propriamente científicas isso não implica que elas são desprovidas de valor, apenas se realça algumas de suas características e especificidades que não são compatíveis com a pesquisa científica e suas exigências. Da mesma maneira, quando alguns autores defendem que a psicologia clínica deve ser uma ciência nos moldes das

ciências naturais ou que a prática psicoterapêutica deve ser baseada exclusivamente no conhecimento científico e orientada pelos princípios científicos certamente se tem em mente uma compreensão específica tanto da disciplina como da prática. Por isso compreender tal projeto passa por esclarecer as especificidades e características tanto da disciplina em si quanto das intervenções terapêuticas, pois nisso aí também se revela o projeto e as ideias do *Clinical Scientist Movement*. A compreensão do referido projeto passa também por entender o pano de fundo filosófico envolvido nesse debate.

O problema central que orientou a pesquisa foi entender o que exatamente é uma psicoterapia fundamentada cientificamente de acordo com o ideário do *Clinical Scientist Movement* e quais as exigências que determinada prática terapêutica deve atender para que seja considerada enquanto uma técnica com base científica. Além disso, a pesquisa esteve em volta com essas outras questões:

- Quando se reclama que a psicoterapia e a psicologia clínica devem ser fundamentadas cientificamente qual modelo de ciência é pressuposto como mais adequado? Os autores se preocupam em dar a devida fundamentação filosófica e explicitar os pressupostos do modelo de ciência assumido explícito ou implicitamente?
- De que maneira a discussão travada no interior da filosofia da ciência sobre o problema da demarcação do conhecimento é importada pelo CSM para o campo das psicoterapias e da psicologia clínica? Quais os critérios para determinar que uma técnica terapêutica é fundamentada em conhecimento científico ou em pseudocientífico? Quais os critérios utilizados para demarcar a fronteira entre ciência e pseudociência no que concerne o domínio das teorias que embasam as técnicas psicoterapêuticas? Esses critérios são formulados sob influência de qual corrente ou movimento filosófico específico?

Justificativa e fundamentação

Existe toda uma discussão em torno da possibilidade e necessidade da psicologia clínica e atividades profissionais em seu âmbito serem embasadas cientificamente, bem como as práticas do profissional clínico, entre elas a prática psicoterapêutica. A controvérsia em

torno da base científica das psicoterapias está relacionada a uma miríade de discussões referentes à fundamentação científica dos instrumentos e processos de avaliação psicológica, às técnicas de diagnóstico psicopatológico e outros tópicos que englobam o campo da psicologia clínica (Lilienfeld, Lihn & Lohr, 2003). Tal controvérsia que é antiga na psicologia clínica americana pode ser percebida numa série de reações antagônicas frente à proposta de fundamentação científica das psicoterapias que foi moldada no seio de uma tradição específica de psicologia clínica nos EUA e que hoje tem *Clinical Scientist Movement* o seu principal representante. Tal antagonismo se tornou bem evidente pela visibilidade que as pesquisas contemporâneas, assim como pela divulgação de listas de tratamentos psicológicos fundamentados empiricamente, iniciativa assumida pela APA. Além disso, ganhou força e notoriedade a insistência de acadêmicos em instituições relacionadas à psicoterapia para que as pesquisas na área sigam um modelo de pesquisa experimental e os terapeutas atuem no *setting* clínico orientados cientificamente.

Tudo isso gerou uma série de críticas e grande rejeição por parte dos psicoterapeutas à forma que esse movimento vem tomando e ao modelo de clínica psicológica e terapêutica que eles implicam (Lilienfeld, Ristchel, Lynn, Cautin, & Latzman, 2013). Se de um lado alguns psicólogos que têm envolvimento com a academia saúdam e vêem a proposta do CSM como a esperança de concretização e estabelecimento de uma sólida base científica para a psicologia clínica, não falta descontentamento e suspeitas sobre suas ideias por parte de clínicos e pesquisadores adeptos de outras tradições. Talvez pelo fato de as propostas do *Clinical Scientist Movement* tocarem em questões tão importantes e decisivas para a psicologia clínica e para a psicoterapia é que despertem tanto os ânimos dos pesquisadores e profissionais e anime reações diversas e antagônicas.

Faz-se mister, portanto, uma pesquisa sobre tal temática na medida em que há ainda muitos mal-entendidos conceituais e filosóficos em torno da fundamentação científica da psicoterapia e pela centralidade que tal debate tem no seio na disciplina. Tomando como foco do trabalho a análise de proposta de fundamentação da psicoterapia surgida no bojo do *Clinical Scientist Movement* pretendemos apresentar as premissas e teses desse projeto teórico avaliando-o a partir das críticas que lhe são endereçadas. Não está em questão aqui uma discussão epistemológica sobre se a psicoterapia é uma disciplina científica autônoma tendo um domínio empírico conceitual diferente e independente da psicologia clínica, da psicologia ou da psiquiatria como o querem Van Deurzen e Smith (1996). Até porque a psicoterapia em si não é uma ciência, é uma técnica. Ela pode ser ou não fundamentada no conhecimento

científico, mas não é uma ciência em si mesmo, pois se configura antes de qualquer coisa como um conjunto de técnicas embasadas por determinadas teorias. Pode-se dizer que é um trabalho que aborda assuntos epistemológicos em psicoterapia dentro do contexto de debates em filosofia da ciência que se interpõem também na psicologia clínica. Propriamente, o que está em discussão é a maneira como determinada concepção de ciência é importada como modelo para o campo das psicoterapias e o que isso implica para o campo. Tanto implicações sobre fundamentação teórica como sobre a prática que diz respeito ao modo como os profissionais terapeutas devem atuar e por quais princípios eles devem se orientar.

No Brasil, a literatura que discute a temática da cientificidade das psicoterapias como Sá (2009) e Drawin (2009) a faz sem apresentar em detalhes propostas contemporâneas de fundamentação científica das psicoterapias e sem discutir a extensão e os meandros de tal projeto. Estes trabalhos que se dedicam ao tópico geralmente são críticos tanto à ideia da psicoterapia enquanto uma ciência ou embasada exclusivamente no conhecimento científico, que, diga-se de passagem, são coisas bastante diferentes, mas não apresentam o que isso significaria claramente e o modo como os teóricos propositores de tal projeto endereçam a questão. De maneira geral, é apresentada a inadequação de querer fundamentar cientificamente a prática clínica às expensas de desconsiderar a própria especificidade do saber clínico e sua função na contemporaneidade, no entanto não se apresenta os autores que defendem tais posições nem os detalhes e a fundamentação dos seus argumentos. Ou seja, há uma lacuna explícita quanto a explorar um projeto contemporâneo que discute o problema da base científica das práticas clínico-terapêuticas e propõe diretrizes para dar uma base científica tanta à psicoterapia como a psicologia clínica.

Sendo um tópico tão central para o campo e a disciplina ele merece ser discutido em mais detalhes atentando para as especificidades e meandros dessa questão. Nesse sentido, o trabalho visou também preencher essa lacuna na literatura nacional. Até mesmo na literatura internacional não são abundantes trabalhos que apresentem as propostas do movimento e que se proponham a analisar criticamente o CSM da maneira como o presente trabalho o faz. O principal material na forma de livro que apresenta a proposta e seu o ideário é o livro *Psychological Clinical Science: Papers in Honor of Richard M. Mcfall*, que assim mesmo não é totalmente dedicado ao CSM.

Pode-se dizer que esses debates que dizem respeito à base científica da prática clínica e da psicologia clínica tocam aquelas questões ditas fundacionais para a disciplina que para serem devidamente abordadas necessitam de uma interlocução com alguns debates

filosóficos, principalmente aqueles de cunho epistemológico. Essas questões filosóficas dizem respeito aos critérios que determinado conhecimento deve atender para se considerado científico; a clássica discussão sobre o que o distingue de outras modalidades de saberes e o torna privilegiado e hierarquicamente superior; o problema da demarcação ciência-pseudociência entre outras. Essas discussões são importadas de uma forma ou de outra e tematizadas pelo CSM dentro do contexto da psicologia clínica e do campo das psicoterapias.

Essa interlocução entre a psicologia clínica, psicoterapia e alguns temas da filosofia da ciência e da filosofia em geral realizada pelo CSM, não é um caso isolado e inédito. Tem havido um crescente esforço de interlocução entre a psicologia clínica e a campo das psicoterapias com a filosofia em geral e com a filosofia da ciência que visam por meio do exercício reflexivo da filosofia realizar alguns progressos na disciplina. É o caso, por exemplo, das discussões realizadas por Van Deurzen e Smith (1996) a respeito da independência da psicoterapia enquanto disciplina científica diante da psiquiatria e da psicologia clínica, tendo um domínio e especificidade que não se confunde com outras disciplinas e campos de atuação. A revista *Clinical Psychology: Science and practice* numa das suas edições de 1998 publicou uma série de artigos dedicados a explorar a relação entre filosofia e psicoterapia.

Mahrer (1998) no artigo introdutório dessa seção explorava as algumas possibilidades de interlocução entre filosofia e psicoterapia, apontando especialmente o quanto o campo da filosofia pode ajudar a realizar alguns progressos e avanços no que concerne as pesquisas psicoterapia. E ainda em 1992, Ronald Miller em seu livro *The Restoration Dialogue: Readings in the Philosophy of Clinical Psychology* propunha um diálogo da filosofia com o campo da clínica tendo em vista o reconhecimento da natureza filosófica dos debates e divergências entre as diversas abordagens teóricas da disciplina e a necessidade de fazer uso métodos filosóficos de análise para o desenvolvimento de teorias clínicas. O autor ainda lembrava que as teorias clínicas têm seu fundamento lógico e histórico no pensamento filosófico ocidental sendo necessário religar os laços que foram perdidos no decorrer do desenvolvimento da disciplina. Vê-se, portanto, que a pesquisa conduzida se insere numa tradição reflexiva que vem se consolidando no cenário internacional. Apesar de não receber a atenção, tal esforço de interlocução entre a filosofia, e o campo da psicoterapia e da psicologia clínica promete render bons frutos.

Metodologia

Como se trata de um trabalho filosófico a metodologia utilizada na pesquisa foi inteiramente de caráter bibliográfico. Buscou-se o material bibliográfico através de pesquisa nas bases de dados *Psychoinfo* e na plataforma CAPES utilizando principalmente os descritores *Clinical Scientist Model*; *Empirally supported therapy* e *Scientific Foundations of Psychotherapy*. A fonte primária de pesquisa foram os textos dos autores que defendem explicitamente a proposta do *Clinical Scientist Movement*. Focou-se mais detidamente e com mais detalhes no trabalho de dois autores específicos, quais sejam, Richard Mcfall e Scott Lilienfeld pelas seguintes razões. Richard Mcfall lançou em 1991 o texto *Manifest for a Science of Clinical Psychology* que é considerado um texto central e inaugural na história do *Clinical Scientist Movement* e que contém as principais propostas e o fundamento filosófico e teórico do movimento. Além de exercer a liderança intelectual dentro do CSM, Mcfall também teve papel importantíssimo na divulgação do ideário do movimento e popularização do *Clinical Scientist Model*, que é o modelo de treino de doutorado em psicologia clínica desenvolvido de acordo com a proposta do CSM. Foi responsável pela criação e exerceu a presidência tanto da *Society for a Science of Clinical Psychology* (SSCP) como da *Academy of Psychological Clinical Science*, (APCS), figurando também como líder institucional e principal figura na elaboração e divulgação das propostas do CSM. Já Scott Lilienfeld, além de ter sido presidente da SSCP e ser um dos defensores do projeto do CSM, é hoje um dos principais articuladores da discussão ciência x pseudociência em psicologia clínica, tendo publicado livros e uma dezena de artigos sobre o assunto.

Como fonte secundária para o trabalho foram utilizados trabalhos de autores que comentam ou avaliam criticamente a proposta do CSM, mas não se associam diretamente a ele. Também se utilizou bibliografia de autores que discutem o problema da fundamentação científica das psicoterapias e pesquisas em geral que discutem o problema da demarcação do conhecimento científico. Buscou-se também apresentar a proposta do CSM da maneira mais fiel possível ao encontrado no texto dos seus defensores, reservando alguns comentários críticos para o final do trabalho. No que concerne à literatura que critica as posições e as propostas do CSM, foi utilizado um material bibliográfico que apesar de não citar diretamente o CSM, discute e critica diversas ideias que são associadas e que estão implícitas ao movimento. Ou seja, esse material critica ao menos indiretamente vários pontos do projeto do *Clinical Scientist Movement* e serviu para compor o capítulo sobre as críticas ao CSM.

Estrutura da dissertação

A presente dissertação está organizada em três capítulos além dessa introdução. No primeiro capítulo apresentamos uma contextualização histórica de alguns problemas e questões tematizadas no interior do programa do *Clinical Scientist Movement*. É feito um breve histórico de como as questões do treino de doutorado em psicologia e do problema da eficácia das psicoterapias foi elaborado e pensado desde a segunda guerra até os dias de hoje. Posteriormente passamos a apresentar as ideias e os principais pontos do projeto do CSM.

O segundo capítulo trata da discussão do problema da demarcação do conhecimento científico em psicoterapia. No primeiro momento fazemos uma contextualização de como essa questão foi elaborado dentro da filosofia da ciência ao longo século XX, apresentando alguns dos critérios propostas para demarcar ciência e pseudociência. Posteriormente, são apresentados os pressupostos filosóficos do CSM e quais as concepções de ciência estão pressupostas no seu projeto de fundamentação científica da psicoterapia e da psicologia. Daí é discutido como o problema da demarcação ciência-pseudociência foi importada pelo CSM para o campo da psicoterapia e da psicologia. E nos dois últimos tópicos é apresentada a discussão e de David & Montgomery (2011) e de Scott Lilienfeld (2011) do problema da demarcação ciência e pseudociência em psicoterapia e os critérios propostos por eles para traçar tal linha divisória.

O terceiro capítulo é dedicado a apresentar as principais críticas ao projeto e às propostas do CSM. Apresentamos as críticas à concepção de psicoterapia pressuposta no ideário do movimento, algumas considerações sobre a relação entre ciência, técnica e psicoterapia implícita no projeto do CSM e, por ultimo, as críticas realizadas sob inspiração do pensamento pós-moderno.

CAPÍTULO 1: O MOVIMENTO DO CIENTISTA CLÍNICO

Dentro da psicologia, talvez o mais forte apelo para que a psicologia clínica seja uma disciplina científica nos moldes das ciências naturais e para que haja uma base científica para a prática psicoterapêutica emerge do movimento do cientista clínico. Interessa-nos nesta parte do trabalho fazer uma apresentação do movimento do cientista clínico, descrevendo suas principais características e seu projeto de tornar a psicologia clínica uma sólida disciplina científica. Além disso, interessa-nos fazer uma breve contextualização histórica de algumas questões buscando sua gênese bem como o contexto histórico do qual eles emergem.

No primeiro momento, trataremos de como os esforços de preparação para o conflito e os danos psicológicos causados pela guerra estabeleceram a psicologia clínica como uma disciplina da saúde mental e transformaram o psicólogo clínico num psicoterapeuta, além de proporcionar o crescimento e expansão exponencial da disciplina. Posteriormente, será abordado como a associação da psicologia clínica com o tratamento dos transtornos mentais e problemas psicológicos e a transformação do psicólogo clínico num psicoterapeuta colocou a disciplina diante do problema da eficácia das psicoterapias e da validação científica dessas práticas. Mostraremos como tal problemática vem confrontando a disciplina desde a década de 50 e os termos contemporâneos do debate. O crescimento e popularização da psicologia clínica proporcionou também o aumento no número de doutorados na área e colocou em pauta qual o melhor formato dos programas de Ph.D. Trataremos justamente em outro momento dos principais modelos de treinos de doutorado, de suas especificidades e diferenças. Esperamos ao fim e a cabo que tenhamos um panorama das raízes históricas de algumas transformações na psicologia clínica no meio de século 20 e de suas repercussões no campo. Além disso, é importante que fique claro como o problema da fundamentação científica da psicologia relaciona-se intrinsecamente com as discussões em torno da eficácia das psicoterapias e dos modelos de treino dos doutorados na área.

No que tange propriamente ao CSM começaremos apresentando e comentando o texto “*Manifest for a Science of Clinical Psychology* (Mcfall, 1991) de Richard Mcfall que é um marco do movimento e apresenta sucintamente os seus pontos cardinais. Posteriormente será

abordado como o projeto de integração entre ciência básica e prática clínica, ponto alto do *Clinical Scientist Movement*, se relaciona com a definição da psicologia clínica como uma ciência aplicada. No terceiro tópico, abordamos a questão de como há implícito nas teses do movimento um modelo médico de clínica psicológica que por sua vez compreende o psicoterapeuta como um psicotecnólogo. Ao fim, espera-se que se tenha o mosaico das teses assumidas pelo movimento bem como os pressupostos das mesmas, explicitando sua conexão com algumas teses filosóficas e com algumas tradições em psicologia.

1.1. A Consolidação da Psicologia Clínica e das Psicoterapias no Pós-guerra

Há certo consenso entre os historiadores da Psicologia americana a respeito do impacto que a Segunda Guerra Mundial causou no desenvolvimento e na expansão da disciplina (Capshew & Hilgard 1992; Hilgard, 1987; Herman 1995; Capshew 1991). As inúmeras necessidades sociais e militares impostas pelo esforço de guerra, ao mesmo tempo em que colocavam desafios práticos e teóricos para diversas profissões e disciplinas científicas, deram oportunidades para o crescimento e consolidação de vários campos de conhecimento em vista do desenvolvimento de tecnologias em pró da defesa nacional (Capshew, 1999). A Psicologia como ciência e profissão soube muito bem aproveitar os ventos da história. Ao destacar a importância do fator humano nas atividades civis e militares necessárias à guerra e apresentar-se enquanto *experts* indispensáveis para o controle e gerenciamento desse fator, os psicólogos ganharam espaços em várias agências e projetos de guerra (Capshew, 1999). Devido às necessidades urgentes, foi realçado e defendido pelos psicólogos e representantes acadêmicos da disciplina o aspecto tecnocientífico e aplicado da psicologia, que passou a ser divulgada como uma engenharia mental e *human management* (Herman, 1995).

Houve um esforço em apresentar a Psicologia tanto como ciência pura, com o mesmo status científico das disciplinas acadêmicas bem estabelecidas, bem como ciência aplicada indispensável para o bom gerenciamento do capital humano envolvido nas inúmeras atividades de guerra (Capshew, 1999). Ou seja, os psicólogos americanos acreditavam haver uma base sólida de conhecimentos científicos, ou ao menos a possibilidade de construir tal conhecimento, sobre o domínio comportamental e psicológico humano que poderia guiar e orientar técnicas específicas de gerenciamento, ajustamento e orientação do fator humano. Mas, ao largo do impacto geral da segunda guerra na Psicologia como um todo, o que

interessa destacar por ora é, sobretudo, de que maneira a Segunda Guerra moldou e definiu a psicologia clínica e o campo das psicoterapias no pós-guerra quando então o psicólogo clínico ganhou visibilidade e status social como nunca antes (Herman, 1995).

Até o início dos anos 40 nos Estados Unidos, o psicólogo clínico limitava-se, sobretudo, à aplicação de testes psicométricos de avaliação de personalidade e de problemas de aprendizagem, estando associado principalmente à orientação e tratamento de crianças com dificuldades de aprendizagem (Hilgard, 1987). Lightner Witmer (1867-1956), que foi o primeiro psicólogo a fundar uma clínica psicológica nos EUA em 1896 na universidade da Pensilvânia e nomear tal área como Psicologia Clínica, além de fundador do primeiro jornal dedicado a área o *Clinical Psychology* (Benjamin, 2007), entendia o escopo de atuação do profissional nesse sentido. Até mesmo quando os psicólogos estavam inseridos em contextos de saúde mental como hospitais psiquiátricos ou departamentos de psiquiatria em escolas médicas, eles o estavam como assistentes dos psiquiatras trabalhando principalmente com testes psicológicos. Ou seja, a psicologia clínica até a segunda guerra não era entendida como fazendo parte da saúde mental, até então área exclusiva da psiquiatria (Capshew, 1999), tal como se entende hoje.

Um dos principais fatores relacionado ao conflito e que foi decisivo para a mudança nas atribuições do psicólogo clínico foi o fato de muitos veteranos de guerra apresentarem problemas e transtornos psicológicos (Nicaretta, 2011; Thomasson, 2005). Já em 1946 havia cerca de 44.000 pacientes neuropsiquiátricos sendo tratados pelo *Veteran Administration* (Hilgard, 1997). Uma vez que o número de psiquiatras em atividade era insuficiente para dar conta de tamanha demanda, o psicólogo clínico foi recrutado para ser responsável também pela prática psicoterapêutica, estabelecendo-se paulatinamente no contexto da saúde mental e, o que é curioso tendo em vista a situação no Brasil, gozando do mesmo prestígio que seus colegas psiquiatras. Para Hilgard (1987), foi esse fato que fez a psicologia clínica se consolidar permanentemente como profissão e disciplina da saúde mental. Também nessa direção Capshew (1999) afirma que foi a Grande Guerra quem forjou as condições para o estabelecimento da psicologia clínica como disciplina da saúde mental. Além dos pacientes com problemas de ordem psicológica que necessitavam tratamento, foi divulgada a necessidade imperiosa de prevenir possíveis casos de transtornos psicológicos, pois havia a percepção generalizada da existência de uma epidemia de doença mental. Do ponto de vista institucional, não se pode deixar de vista a participação do Instituto Nacional de Saúde Mental (NIHM), criado 1949, e do *Veteran Administration* no estabelecimento da psicologia clínica como profissão e disciplina acadêmica. O último provendo recursos para pesquisas e

internship em seus hospitais e clínicas e o NIHM possibilitando fundos para o trabalho de pesquisa nas universidades e a atuação profissional em agências comunitárias (Hilgard, 1997).

O cenário do pós guerra na psicologia clínica nos Estados Unidos é portanto este: a mudança do perfil do profissional que passa a atuar como psicoterapeuta num *setting* tomado de empréstimo à medicina (Nicaretta, 2011); a consolidação e respaldo acadêmico da disciplina; a explosão de abordagens psicoterapêuticas a despeito da demonstração de sua eficácia x eficiência (Nicaretta, 2011). A principal distinção entre eficácia e eficiência em psicoterapia é que a primeira diz respeito ao quanto as psicoterapias se mostram bem sucedidas no contexto laboratorial, em que as condições são passíveis de certo controle. Já eficiência terapêutica refere-se ao sucesso terapêutico em condições reais e não manipuladas para fins de estudo (Neto & Feres-Carneiro, 2005). O teste de eficácia, portanto é diferente do teste de eficiência, podendo ser o caso de terapias mostrarem-se eficazes, mas não eficientes.

O cenário dos pós guerra impõe portanto duas questões caras ao presente trabalho que é o problema da eficácia das psicoterapias e os modelos de treinos de doutorado em psicologia clínica. Em torno dessas problemáticas, diversas questões fundacionais gravitam, bem como tópicos específicos em filosofia da ciência que são tocados de uma forma ou de outra pelos autores a serem analisados nos próximos capítulos.

1.2 O Problema da Validação Científica da Eficácia Terapêutica

O debate em torno da base científica das psicoterapias tem como um dos principais eixos a discussão a respeito da existência de evidência empírica que prove que tais práticas têm um real valor terapêutico. O que se está em questão é se há dados confiáveis, porque obtidos a partir de estudos metodologicamente rigorosos, mostrando que as intervenções psicoterapêuticas realmente funcionam e são eficazes. Na medida que se entende que a clínica deva ser fundamentada cientificamente, uma das principais tônicas do *Clinical Scientist Movement*, uma das principais pautas da área torna-se estabelecer quais tratamentos psicológicos são baseados em evidência científica e quais não são. Fica nítido o quanto o debate sobre eficácia em psicoterapia é influenciado por sua vez pelo movimento da medicina baseada em evidência surgido no Reino Unido (não por acaso os psicólogos britânicos lideram investigações relacionadas às psicoterapias baseadas em evidências).

Ao se fazer um breve percurso histórico de como esse debate está configurado na psicologia clínica americana, destaca-se como um marco no estudo de resultados e eficácia

(*outcome research*) em psicoterapia a famosa crítica de Hans Eysenck (1916-1997) à falta de evidências que comprovem a eficácia das intervenções psicoterapêuticas. Em seu artigo de 1952, *The effects of psychotherapy: An evaluation* ele criticava as psicoterapias ecléticas e as de base psicanalítica afirmando que tais terapêuticas não eram eficazes nem propiciavam uma genuína recuperação de pacientes neuróticos. Ao comparar pacientes submetidos a essas práticas terapêuticas com aqueles que não foram submetidos a nenhum tratamento, Eysenck (1952) descobriu que estes, ao contrário do esperado, apresentavam uma taxa de recuperação maior. Essa crítica teve um efeito bastante impactante sobre o campo (Bootzin, 2007; Wampold, 2013), pois incentivou e desafiou os psicólogos a desenvolverem estratégias metodológicas para avaliar se um tratamento psicológico resultava realmente em ganho terapêutico e em algum movimento de mudança positiva.

Na década de 60, utilizando metodologias de avaliação tais como os ensaios clínicos, começou-se a estudar o problema da eficácia de uma maneira metodologicamente mais rigorosa (Goldfried & Wolfe, 1998). Em meados da próxima década já proliferavam estudos que submetiam um grupo controle a nenhuma intervenção, como uma lista de espera e outro submetido a um tratamento específico, e outro a um tipo de terapia específica sendo que nos dois grupos os sujeitos eram escolhidos por métodos de randomização e apresentavam ou o mesmo transtorno ou uma condição razoavelmente homogênea de problemática comportamental e psicológica. O desenho de pesquisa era projetado tendo em vista responder à mesma pergunta básica de Eysenck (Wampold, 2013): pessoas submetidas às psicoterapias melhoravam de um modo considerável em relação àquelas que não foram submetidas a nenhum tipo de intervenção? Também por essa época a meta-análise como uma metodologia de sintetizar e de análise dos estudos primários de eficácia em psicoterapia começou a ser utilizado e se tornou um padrão metodológico na área. Surgiram então várias controvérsias tanto de caráter conceitual como empíricas envolvendo os estudos de resultados e intermináveis contendas em torno de alguns tópicos em especial. Entre os principais: definir se todas as psicoterapias são eficazes como o quer Wampold (2001, 2007) ou apenas algumas delas; existem aquelas que são mais bem sucedidas do que outras no que toca à transtornos e problemas psicológicos específicos?; o efeito terapêutico e o processo de mudança se dá por elementos específicos de cada abordagem psicoterápica como a teoria e as técnicas particulares de cada uma ou por fatores que são gerais e intrínsecos a toda proposta de psicoterapia, o famoso debate fatores específicos versus não específicos?

Em tempos mais recentes, no contexto norte-americano, houve um movimento capitaneado pela APA visando estabelecer e listar quais abordagens terapêuticas eram

validadas empiricamente (*empirically supported treatments-ESTs*) (Chambless & Ollendick, 2001). Depois que em 1995 a força tarefa para promoção e disseminação de procedimentos psicológicos da divisão 12 da APA publicou o primeiro documento listando quais tratamentos eram mais eficazes para determinados transtornos psicológicos, segundo critérios específicos de validação empírica, surgiu toda uma atenção para essa discussão que resultou em várias publicações e esforços institucionais e acadêmicos em vários países visando tanto estabelecer novas listas, muitas vezes a partir de critérios diferentes, como também discutir o que estava em jogo nisso tudo. Vale destacar que esses trabalhos de delimitar e catalogar as ESTs estão dentro do escopo mais amplo da prática baseada em evidência em Psicologia.

O movimento dos ESTs nos EUA na década de 90 com sua ênfase para que as psicoterapias sejam avaliadas por métodos experimentais e testes psicométricos estão em continuidade com os direcionamentos que vinham sendo gestados na psicologia clínica americana, principalmente com aqueles relacionados à ascensão e consolidação do *Clinical Scientist Model* nos programas de doutorado em Psicologia Clínica (Mcfall, 2007). A ênfase do *Clinical Scientist Movement* para que psicologia clínica seja uma ciência sólida e adote os mesmos pressupostos epistemológicos das ciências naturais esclarece em parte porque o problema da base empírica da eficácia das psicoterapias torna-se tão central. Entre as principais bandeiras do movimento está a exigência para que a prática do psicólogo clínico seja informada por e esteja em consonância com evidências científicas (Mcfall, 1991). Além disso, se cobra que as práticas terapêuticas provem sua eficácia por meio de ensaios clínicos controlados antes de serem utilizadas com o público. Ou seja, reclama-se que os estudos naturalísticos e as pesquisas experimentais em psicoterapia sejam o tribunal onde se decida a respeito da legitimidade das abordagens psicoterapêuticas, defendendo que apenas certas metodologias podem assegurar o que é ou não terapêutico.

Mas antes de apresentar o *Clinical Scientist Movement* e a ciência da clínica psicológica, faz-se necessário entender a discussão em torno do surgimento dos modelos de doutorado em psicologia clínica e algumas querelas epistemológicas em torno deles. Dessa maneira pode-se entender melhor o fundo histórico no qual está inserido tanto o modelo do cientista clínico como o próprio movimento mais largo do qual ele faz parte.

1.3. Do *Boulder Model* ao *Clinical Scientist Model*

Historicamente a discussão nos EUA em torno da fundamentação científica da psicologia clínica esteve ligada à qualidade e o respaldo profissional dos psicólogos clínicos bem como ao modelo dos programas de doutorado na área (Bootzin, 2007). Isso não é surpresa tendo em vista que a psicologia clínica está muito associada à prática do profissional psicólogo, ao contrário de outras áreas como a psicologia experimental ou a psicofísica que estão mais associadas à ciência psicológica “pura” e ao cientista psicólogo. O modelo de treinamento do *scientist-practitioner*, também conhecido como *Boulder Model*, em psicologia clínica é um exemplo histórico dessa conjugação de preocupações em torno do modo de treinamento dos psicólogos clínicos e da fundamentação científica da psicologia clínica.

O modelo do *scientist-practitioner*, consagrado a partir da Conferência realizada na cidade Boulder no Colorado em 1949 como a referência principal nos programas de Ph.D. em psicologia clínica nos Estados Unidos (Benjamin & Baker, 2000), preconizava que o psicólogo clínico deveria ser treinado tanto para fazer pesquisas como atuar no *setting* clínico (Frank, 1984). O seu principal idealizador foi Edward Shakow que durante a década de 40 com outros membros da APA elaboraram esse modelo tendo como meta formar um profissional capacitado tanto para conduzir pesquisa empírica como para resolver problemas clínicos. Tal modelo compartilhava os valores científicos que tinham servido como base para os doutorados em todas as áreas da psicologia e reclamava uma sólida fundamentação empírica nos moldes experimental para a psicologia clínica, pontuando que o profissional clínico deveria estar solidamente sustentado por evidências científicas (Mcfall, 2007). Tal modelo tinha como meta uma bem-sucedida integração entre a ciência psicológica e a prática do psicólogo, preocupação esta que é anterior aos idos dos anos 40 no curso histórico da disciplina e que é fruto de tensão e conflito desde que a Psicologia se estabeleceu enquanto ciência aplicada (Bootzin, 2007).

Logo que o modelo do *scientist-practitioner* tornou-se predominante nos programas de doutorado em psicologia clínica, lembrando que era e é necessário o grau de doutor para exercer a atividade de psicólogo clínico nos EUA (Pomerantz, 2011), surgiram outras propostas para o treino doutoral em psicologia clínica e críticas ao modelo Boulder. Tem que se ter em mente que o contexto dessas discussões a respeito da maneira como os clínicos deveriam ser treinados é o pós-segunda guerra em que, como pontuado acima, havia vultosos investimentos do governo americano no treino de psicólogos clínicos para atender a demanda clínica dos veteranos de guerra (Bootzin, 2007; Mcfall, 2007, Pomerantz, 2011). Um dos

principais pontos de críticas era que o requisito para o psicólogo ser um bom profissional clínico e pesquisador era idealizado (Woody & Robertson, 1997) e injustificável tendo em vista que a formação em pesquisa não oferecia as soluções e habilidades para lidar com as demandas colocadas pela clínica. Além do que, o clínico não poderia esperar pelo lento progresso da ciência para lhe entregar os instrumentos e ferramentas para exercer sua atividade profissional (Mcfall, 2007).

O *Scholar-Practitioner Model* surgiu criticando as limitações do modelo do *scientist-practitioner* e propondo um novo modelo de doutorado. Tal modelo não preconiza que o psicólogo clínico passe por um treino em pesquisa experimental e estatística visando tornar-se cientista. O foco dos programas de doutorado que adotam esse modelo está na prática clínica e no desenvolvimento de habilidades para lidar com os problemas e as demandas por ela colocados (Pomerantz, 2011). Intenta-se formar psicólogos clínicos que saibam utilizar conhecimentos advindos de pesquisas psicológicas na sua prática clínica, mas que não necessitem produzi-las. Em 1951 foi criado o primeiro programa de doutorado em psicologia clínica utilizando esse modelo na Universidade de Adelphi por Gordon Derner (Benjamim, 2005; Routh, 1994). Já em 1968 a Universidade de Illinois sob o comando de Donald Peterson criou uma escola profissional que também endossava esse modelo e um novo grau de doutorado associado a ele foi estabelecido, o Psy.D. (*Doctor of Psychology*), diferente do grau de Ph.D. tradicionalmente outorgado nos programas de doutorado (Bootzin, 2007). O título de Psy.D. em seguida também passou a ser conferido por escolas profissionais de treinamento não ligados a uma universidade.

Muitos psicólogos clínicos e acadêmicos defensores do *Scholar-Practitioner Model* contrapõem-se ao *Boulder Model* em relação a seus pressupostos epistemológicos e a maneira como compreende a relação entre conhecimento científico e prática clínica, para além das diferenças no formato do doutorado. De modo geral é pontuado que os pressupostos filosóficos das pesquisas científicas não são adequados para fundamentar e orientar a prática clínica. Para tais psicólogos o conhecimento sobre os fenômenos clínicos que deve informar a prática do profissional não pode advir apenas de estudos de laboratório, ensaios clínicos e experimentos em psicoterapia, sendo indispensável um aporte ideográfico para abordá-los e conhece-los (Miller, 2008). Essa crítica diz respeito à exigência de que a prática terapêutica esteja inteiramente respaldada por estudos de eficácia e para que não seja utilizada nenhuma técnica ou intervenção clínica não avaliada experimentalmente. Uma vez que alguns autores que se identificam com o *Scholar-Practitioner* veem o método experimental como insuficiente no contexto da clínica (Mcfall, 2007), eles não aceitam tal exigência. O *Scholar-*

Practitioner Model então consolidou-se e rivaliza com o *Boulder-Model*, colocando-se como alternativa mais adequada para os profissionais que querem dedicar-se a atividade clínica e não visam a produção de conhecimento. Mas não faltaram também insatisfações e críticas a tal modelo.

O modelo Boulder preconizava um treino equilibrado tanto em pesquisa como na prática clínica, no entanto alguns programas de doutorado que o endossavam tendiam mais para a pesquisas empíricas em tópicos como avaliação da personalidade, psicopatologia e aprendizagem e outros tendiam mais para o treino em clínica (Bootzin, 2007). Além disso, a alegada conjugação entre ciência e prática não se concretizou e foi descrita como pobremente integrada (Mcfall, 2007) levando a formação do que Mcfall (1991) chamou de “psicólogo de duas cabeças” em que as atividades de construção do conhecimento científico e da prática clínica estariam separadas e não dialogavam. Edward Katkin (1982) observou que no modelo do *scientist-practitioner* o ‘*scientist*’ era pronunciado com silêncio, assim como Julian Rotter (1971) expressou ainda em 1971 seu clamor para que os psicólogos avaliassem de maneira objetiva suas intervenções e explicitassem claramente suas técnicas para atender aos requisitos éticos e científicos exigidos de qualquer profissão científica. Os idealizadores de tal modelo desejaram sinceramente que o psicólogo como *scientist-practitioner* fosse realmente um praticante que se orientasse e pensasse cientificamente e integrasse a ciência com o exercício da clínica, mas o *Boulder Model*, segundo os autores citados acima, falhou em pôr isso em prática.

O *Clinical Scientist Model* surgiu em parte como reação às insatisfações com o modelo Boulder pelas razões discutidas acima e em parte à consolidação do *Scholar-Practitioner Model*. Muitos psicólogos clínicos orientados para a prática alegaram que a epistemologia que guiava o conhecimento científico tradicional era irrelevante para a prática clínica sendo a experiência pessoal adquirida no trabalho clínico mais relevante que resultados de experimentos de laboratório e estudos controlados de resultados de intervenção psicológica. Além disso, os programas em Psy.D, muitos deles associados ao *Scholar-Practitioner Model*, advogavam uma nova epistemologia diferente daquela associada à construção do conhecimento científico para sustentar a prática terapêutica, alegando que o método analítico da ciência não seria apropriado para dar conta dos problemas clínicos (Mcfall, 2007). Os autores que criaram e estabeleceram o *Clinical Scientist Model* reagiram a essas críticas e estabeleceram, de uma maneira ainda mais enfática do que o fizeram os representantes do modelo do *Scientist-Practitioner*, que a epistemologia científica e os métodos específicos da ciência é que deveriam ser a pedra angular da psicologia clínica. Não

por acaso, os programas de Ph.D que aderem ao modelo do cientista clínico dão ênfase na utilização de pesquisas de caráter experimental e nos tratamentos e métodos clínicos baseados em evidência, que devem estar sustentados, por sua vez, nesse modelo de pesquisa (Pomerantz, 2011).

1.4 O Manifesto para uma Psicologia Clínica Científica

A ideia de que a psicologia clínica deve ser uma disciplina científica é uma constante na sua história, ao menos nos Estados Unidos. Sempre houve na tradição acadêmica americana um forte apelo para que se utilizasse um aporte experimental e métodos nomotéticos para estudar os fenômenos psicológicos com os quais a clínica lida. Como discutido acima em torno das discussões sobre modelos de doutorado e avaliação de eficácia de psicoterapia havia uma reiterada defesa do caráter científico da disciplina e da profissão. Inclusive a seção III da divisão de Psicologia Clínica (Divisão 12) da APA criada em 1966 surgiu como *The Section for Clinical Psychology as an Experimental Behavioral Science* se transformando em 1990 na *Society for a Science of Clinical Psychology* (SSCP) (Bootzin, 2007). O que distingue o movimento do cientista clínico do que até existia no campo, no que concerne a defesa de uma psicologia clínica científica, é a ênfase nesse projeto, a sistematicidade do conteúdo programático e o aparato institucional que lhe dá suporte, o que justifica enquadrá-lo enquanto movimento. Vamos encontrar uma sociedade dedicada à causa (SSCP), um modelo de treino de doutorado desenhado de acordo com o seu ideário, o *Scientist Clinic Model* e uma organização que reúne as instituições acadêmicas e de formação clínica que endossam tal modelo, a *Academy of Psychological Clinical Science*, (APCS), criada em 1995 (Bootzin, 2007).

Como todo movimento que se preze, o *Clinical Scientist* possui um manifesto, lançado em 1991 no jornal da seção de Psicologia Clínica da APA por Richard Mcfall que em época era o presidente da SSCP. Richard Mcfall é um dos principais representantes do movimento, lançou uma porção de textos defendendo suas causas e é responsável tanto pela criação da SSCP como da APCS, exercendo uma atitude de liderança intelectual e institucional desde o início da década de 90 (Treat & Bootzin, 2015). Uma boa maneira de compreender em linhas gerais o que significa uma psicologia clínica científica tal como proposto pelo movimento é analisar, portanto, o manifesto de Richard Mcfall e outros textos do autor onde ele esclarece e desenha os objetivos e pontos principais de tal projeto.

O princípio central do manifesto é: A psicologia clínica científica é a única forma aceitável e legítima de psicologia clínica (Mcfall, 1991). Desse princípio geral são derivados dois corolários. O primeiro é: Serviços psicológicos não devem ser administrados para o público (exceto sobre estrito controle experimental) até que eles satisfaçam quatro critérios mínimos, quais sejam:

1. A exata natureza do serviço deve ser descrita claramente.
2. Os benefícios alegados do serviço devem ser devidamente explicitados.
3. Esses benefícios alegados devem ser validados cientificamente.
4. Deve ser mostrado empiricamente que possíveis efeitos negativos não sobrepujam os benefícios.

O segundo corolário propõe que o objetivo primário e prioritário dos programas de doutorado em psicologia clínica deva ser produzir o mais competente cientista clínico possível.

O princípio geral deixa claro que não há alternativa para o avanço do campo senão abraçar uma base científica para a disciplina, tais como o fizeram outros campos do conhecimento. Para o autor, todas as pesquisas sobre os domínios que compõem a psicologia clínica (etiologia e mecanismo de funcionamento de psicopatologias, métodos de avaliação e diagnóstico, psicoterapias e prevenção de problemas psicológicos e comportamentais) devem estar orientadas por metodologias científicas (Mcfall, 1991, 2001). Na medida que se defende a pesquisa científica como a única maneira válida e confiável de obter conhecimento sobre mecanismos que subjazem os problemas psicológicos e comportamentais, renunciar a abraçar determinados métodos e o *modus operandi* da ciência no campo seria recusar a descobrir modos de desenvolver terapêuticas para lidar de modo eficaz com tais problemáticas, o que se configuraria também como um problema ético (Lilienfeld & O'Donohue, 2007). A virada científica na psicologia clínica defendida pelo movimento se justificaria e se torna ainda mais urgente pelo fato da ausência de explicações satisfatórias para uma série de tópicos caros a disciplina como a etiologia dos transtornos e o modo pelo qual intervenções psicológicas podem proporcionar mudança na personalidade e ter função terapêutica (Lilienfeld, 2011).

Outro ponto do manifesto continuamente reiterado é a crítica a respeito da prática e expertise clínica ser um meio válido de se obter conhecimento sobre os fenômenos clínicos competindo com o método científico convencional como uma fonte para fundamentar o exercício da prática profissional. Desde a consolidação do Modelo Boulder e a compreensão do psicólogo clínico como cientista-praticante deu-se margem a interpretação, que aliás não

era defendida pelos arquitetos de tal modelo (Mcfall, 2007), de que o psicólogo clínico poderia ser um cientista ou um praticante e que havia uma cisão entre a ciência e a prática. Entendeu-se tanto o setting clínico como pesquisas empíricas como fonte igualmente válidas para se obter conhecimento necessário à fundamentação das atividades clínicas. Mas para Mcfall, nem a intuição clínica nem abordagens ideográficas podem substituir os métodos experimentais e quantitativos na aquisição de conhecimento clínico relevante para informar a prática clínica. Tanto a intuição como a expertise clínica estariam sujeitas a vieses cognitivos que não permitem avaliações clínicas objetivas (Lilienfeld et al, 2014). Por isso que para o movimento não há essa alternativa entre ser cientista ou ser praticante, antes de tudo o psicólogo clínico deve ser um cientista, independente se ele vai atuar no setting clínico ou se ficará restrito ao campo das pesquisas e ao universo acadêmico. (Mcfall, 1991, 2007). Essa ênfase em métodos de avaliação clínica objetivos faz com se prefira testes psicométricos de avaliação de personalidade às técnicas e testes projetivos. Estes, por se apoiarem em pressupostos duvidosos do ponto de vista científico, não atendem às exigências de uma prática clínica objetiva e baseada em evidências.

No que diz respeito à exigência para que os serviços clínicos, como por exemplo as psicoterapias, não sejam disponibilizados enquanto tratamento até que satisfaçam os quatro critérios acima listados, o que está posto é novamente o problema da eficácia e a defesa de uma abordagem experimental para estudar tal questão. Para o manifesto atender esses critérios significa aumentar a qualidade dos serviços que a psicologia clínica oferece, estando em consonância com as exigências modernas por custo-eficácia e controle de qualidades dos serviços de saúde (Mcfall, 1996, 2007). Se os psicólogos clínicos querem oferecer genuíno cuidado terapêutico eles precisam adotar alto nível de rigor científico na avaliação dos seus serviços (Mcfall, 1996). Além disso, é destacado que certos serviços clínicos além de não ter efeito positivo, podem muitas vezes resultar em danos para o cliente, o que reforça a necessidade de avaliação experimental das intervenções clínicas antes de serem utilizadas com o público. A defesa desse tipo de estudo se justifica ainda porque quando se pergunta: “Quais métodos são efetivos, para quais problemas, em quais clientes, realizador por quem, avaliados de que maneira e comparados com quais outros métodos?” Mcfall (1996, p.12) não existe maneira mais objetiva e segura para responder e fazer tal previsão do que se apoiar nos resultados de ensaios clínicos randomizados e desenhos de pesquisa quase-experimental.

A defesa dos métodos experimentais e dos ensaios clínicos randomizados como único recurso válido para obter evidências sobre a origem e manutenção dos problemas clínicos e a eficácia das psicoterapias tem que lidar com algumas questões colocadas pelo problema

ideográfico. O problema ideográfico, tal como debatido na literatura em psicoterapia, diz respeito ao caráter único e singular dos indivíduos e dos problemas clínicos que eles apresentam. Os experimentos são feitos com um grupo homogêneo e está preocupado com a generalidade e não com a singularidade, já os psicoterapeutas lidam com clientes singulares e únicos. Surge então o problema de saber em que medida tais estudos podem fornecer conhecimento útil para o terapeuta abordar esses casos singulares. Em que medida os experimentos feitos para testar hipóteses sobre a etiologia dos fenômenos clínicos fornecem explicações sobre a depressão e a obsessão específica de um cliente se as causas e condições que o ocasionaram foram únicas e não se repetem? Não seria impossível fazer estudos controlados para detectar se há uma relação causal entre tais eventos e estes problemas clínicos? Ou em que medida os estudos de eficácia garantem que se uma terapia se mostrou eficaz num ensaio clínico com determinados sujeitos, ela será eficaz para este cliente específico que é único e diferente de todos os outros sujeitos do experimento? Além do que, nos estudos de eficácia nem todos os sujeitos que recebem o tratamento melhoram consideravelmente e ainda há redução de sintomas nos participantes do grupo controle que não receberam nenhuma intervenção. Como assegurar que o sujeito que o terapeuta tem diante de si está entre aqueles que se beneficiaram ou não da intervenção?

Erwin (1999) considera que mesmo cada indivíduo apresentando uma configuração clínica singular, ainda assim suas peculiaridades podem ser entendidas e categorizadas como sendo de certo tipo que pode ser estudado experimentalmente e os resultados obtidos podem ser úteis para serem aplicados para casos únicos. Estudos experimentais sobre a etiologia da depressão, da fobia, da ansiedade podem fornecer conhecimento para o clínico lidar com esses problemas clínicos quando eles se manifestam na singularidade dos sujeitos. O problema ideográfico não seria um obstáculo intransponível para os experimentos em psicoterapia, apenas exige que sejam desenvolvidos desenhos metodológicos específicos para os estudos de eficácia e instrumentos de medidas adequados para avaliar os fenômenos clínicos estudados (Erwin, 1999). Além disso, é necessário que os dados dos experimentos sejam traduzidos de uma maneira clinicamente útil. No que se refere a assegurar que a terapia que se mostrou eficaz para determinado transtorno no experimento o seja também no contexto clínico, por exemplo, sugere-se o uso de manuais de psicoterapia tanto nos experimentos como no setting clínico. Podem ser feitos estudos também com as pessoas que não se beneficiaram do tratamento para entender as características específicas dessas pessoas e as causas delas não terem respondido bem a intervenção e assim poder estimar se o cliente tem probabilidade de ter ganhos terapêuticos com determinadas psicoterapias. O problema ideográfico coloca,

portanto, de acordo com o movimento do cientista clínico, desafios empíricos e práticos e não de princípios para a validade dos experimentos em psicoterapia.

Posteriormente Mcfall, (1996) acrescentou dois outros corolários ao manifesto, tendo em vista reforçar a adoção de uma postura cética na psicologia clínica e complementar os outros dois. Postura cética esta que diz respeito à necessidade de interrogar as teorias, métodos e práticas da área quanto à existência de base científica que depõem a seu favor. O terceiro corolário afirma que uma ‘epistemologia científica’ é necessária para diferenciar o que é ciência do que é pseudociência na área e o quarto propõe que serviços psicológicos são cuidadosos e humanos somente quando se mostram empiricamente efetivos, eficientes e seguros. Os que não se mostrarem assim, não importam quão bem intencionados, não devem ser oferecidos ao público.

O manifesto é considerado um texto fundante que resume bem a proposta do movimento do cientista clínico de integrar ciência e prática em psicologia clínica (Lilienfeld & O’Donohue, 2007) sendo leitura obrigatória nos programas de doutorado que adotam o modelo do cientista clínico. Teve grande influência no contexto da psicologia clínica americana na década de 90 e é um marco desse modo específico de conceber a disciplina. Cabe agora especificar o modo como é compreendido a integração entre a genuína ciência psicológica e a prática clínica científica que se desdobra na visão da psicologia clínica como uma ciência aplicada.

1.5. A Psicologia Clínica como ciência aplicada

A psicologia clínica como disciplina sempre se viu às voltas com o problema da falta de integração e comunicação entre os profissionais pesquisadores dedicados à produção de conhecimento científico e os profissionais clínicos (Bootzin, 2007). Tradicionalmente tem se cristalizado a imagem de que os universos profissional e científico da disciplina devem ter orientações diferentes. A discussão em torno de como deve ser o modelo dos doutorados na área ilustra bem o desacordo entre os pesquisadores e os praticantes. Como debatido no primeiro capítulo, há vozes que defendem que a ênfase do doutorado deve estar no desenvolvimento de habilidades e competências para o psicólogo clínico conduzir pesquisas e formar-se como cientista, enquanto outras questionam a utilidade de tal formação para o clínico, que tem que lidar com as demandas complexas colocadas pela realidade da prática profissional.

Para o movimento do cientista clínico essa separação entre ciência e prática é um dos pontos fracos da psicologia clínica, sendo uma de suas principais bandeiras a integração entre conhecimento científico e práticas clínicas. A própria compreensão da psicologia clínica como ciência aplicada (Mcfall, 1991) se ensaia nessa direção. Para Mcfall (2000) a visão de que os psicólogos que se dedicam a pesquisas empíricas sobre processos psicológicos são cientistas e os que trabalham no *setting* clínico são praticantes, mas não cientistas, é equivocada. Mais interessante seria perceber tanto o pesquisador como o profissional em psicologia clínica como cientista, cada um numa ponta do campo da ciência clínica. Enquanto o pesquisador estuda cientificamente os fenômenos clínicos, desenvolve métodos e testes de avaliação psicológica e testa a validade empírica das práticas e técnicas terapêuticas, o clínico faz uso e aplica esse conhecimento em suas práticas. A analogia da psicologia clínica com outras áreas do conhecimento onde há essa relação entre uma ciência básica e uma prática tecnológica associada, é reiterada continuamente como se vê em Mcfall, (1991, 2001) e Lilienfeld & O'Donohue (2007).

Considerar a psicologia clínica como ciência aplicada como faz o movimento tem algumas repercussões instantâneas para o campo. Enquanto ciência aplicada, deve haver uma maior integração entre as práticas e técnicas terapêuticas e as pesquisas básicas sobre processos psicológicos. Em termos de ideias, é necessário que se formulem explicações científicas dos fenômenos psicológicos e comportamentais com os quais a clínica lida para que possa haver uma sólida e eficaz prática profissional. Como abordar e tratar com sucesso os sintomas do transtorno alimentar, da depressão ou da ansiedade generalizada se não sabemos como tais fenômenos se originam e como estão estruturados os aspectos cognitivos e emocionais desses transtornos? Essa problemática se relaciona diretamente com o interesse do movimento em delimitar de que maneira fatores específicos de abordagens e métodos terapêuticos específicos podem propiciar alívio de sintomas e mudança terapêutica. Se nem todas as psicoterapias são eficazes numa mesma magnitude como é defendido (Lilienfeld, 2011) e algumas se mostram mais bem sucedidas em tratar certos transtornos, a razão disso pode ser creditada a elas agirem sobre o mecanismo específico que mantém e origina certos sintomas. Para o tratamento de fobias, por exemplo, as terapias que utilizam exposição sistemática conseguem melhores resultados do que as outras, já para transtornos alimentares e alguns transtornos de ansiedade as abordagens cognitivo-comportamentais se mostram mais promissoras (Wilson, Grilo, & Vitousek, 2007; Chambless & Ollendick, 2001). As pesquisas básicas sobre processos psicológicos são indispensáveis, portanto, para entender realmente se essas técnicas são mais eficazes do que outras para tratar esses transtornos. Isso porque são

embasadas em teorias que explicam cientificamente os processos cognitivos e comportamentais específicos relacionados a tais sintomas sendo por isso mais eficazes.

É visando justamente essa integração da psicologia clínica com a ciência psicológica básica que os programas de doutorado que adotam o *Clinical Scientist Model* desenvolvem pesquisas experimentais em psicopatologia utilizando modelos cognitivos, comportamentais e teorias neuropsicológicas em parcerias com cientistas de outras áreas da psicologia. Há um incentivo também para que os programas de doutorado em psicologia clínica ofereçam simultaneamente formação em ciência clínica e em outras áreas como ciência cognitiva e neurociências, visando um aporte integrativo entre ciência básica e ciência clínica para se abordar com os métodos e teorias dessas disciplinas os problemas clínicos (Mcfall, 2007). A ideia é que possa haver uma aplicação clínica de conceitos oriundos de teorias cognitivas, comportamentais, neuropsicológicas e o clínico possa se beneficiar de uma formação integrada. Mcfall, Treat & Vikens (1997) por exemplo salientam como a utilização de modelos de pesquisa atuais nas ciências neurais e cognitivas para entender e abordar fenômenos clínicos pode ajudar a desenvolver tratamentos psicológicos revolucionários. Para eles, a compreensão científica dos processos cognitivos e comportamentais que subjazem aos sintomas clínicos dos variados transtornos é um passo imprescindível no desenvolvimento de técnicas psicológicas com mais chance de sucesso terapêutico.

A pesquisa de Treat, Viken, Kruschke, Mcfall (2008) ilustra como paradigmas de pesquisa nas ciências cognitivas podem ser utilizados para estudar fenômenos clínicos. Os autores tentam entender de que maneira o processamento cognitivo de informação relacionada a peso, a forma de corpo e afeto pode estar relacionado com a origem e manutenção de sintomas de transtorno alimentar. De acordo com alguns modelos cognitivos, há vieses atencionais e uma melhor memória para estímulos relacionados à forma corporal em pessoas com transtornos alimentares, apesar de não estar claro se tais vieses e distorções perceptuais precedem ou seguem os referidos sintomas (Vitousek & Hollon, 1990). No estudo em questão, os autores fazem uso de modelos de processamento de informação, técnicas de mensuração e ferramentas analíticas correntes nas ciências cognitivas apontando como o campo de pesquisa em transtorno alimentar pode se beneficiar e progredir através dos mais recentes desenvolvimentos nessa área. Segundo os autores, os experimentos conduzidos evidenciam que mulheres jovens com sintomas de transtorno alimentar apresentam um viés atencional, melhor memória e sensibilidade maior para informações sobre forma corporal de outras mulheres do que aquelas relacionadas a afeto. Por meio de uma tarefa de detecção de correlação ilusória que fez uso de fotos de mulheres de diversas formas corporais com

expressões faciais que ora denotavam tristeza ou alegria, também foi averiguado que as jovens com transtorno tendem a um viés perceptivo que correlaciona ilusoriamente forma física e felicidade (Treat, Viken, Kruschke & Mcfall 2008). Pesquisas sobre processos cognitivos são vistas como fundamentais e essenciais para entender como nas mais diversas psicopatologias há um modo específico de processamento de informação que cumpre um papel determinante na estruturação dos sintomas das diversas psicopatologias, sendo a integração entre ciência cognitiva e ciência clínica uma das marcas do movimento (Treat & Bootzin 2015).

Outra preocupação fundamental do movimento é desenvolver estratégias para que realmente os achados das mais diversas modalidades de pesquisas em psicologia clínica possam realmente se transformar em práticas profissionais que funcionem nos serviços de saúde mental fora do contexto estritamente controlado de pesquisa. Mcfall (1996) introduziu o conceito de *benchmarking* visando justamente avaliar em que medida os resultados das pesquisas de eficácia em psicoterapia poderiam ser generalizados para o contexto dos *settings* profissionais (Treat & Bootzin, 2015) onde não há possibilidade de um estrito controle como nos ensaios clínicos. Muitas das críticas aos estudos de eficácia são que os resultados dos ensaios clínicos não tem validade ecológica (Tschuschke, Cramer, Koemeda, Schultess, Wyl & Weber, 2010), pois são obtidos num contexto muito diferente das intervenções psicoterapêuticas que acontecem no “mundo real”. Os ensaios clínicos podem até mostrar que certas terapêuticas são eficazes, mas não garantem a sua efetividade real nas circunstâncias concretas da prática profissional, que afinal de contas, é o que importa.

A estratégia de *benchmarking* visa comparar se determinadas psicoterapias que se mostraram eficazes nos ensaios clínicos randomizados também se mostram eficientes em estudos naturalísticos conduzidos nos serviços de saúde mental. Para garantir a uniformidade da intervenção, no *setting* profissional são utilizados os mesmos manuais de psicoterapia dos ensaios clínicos e as mesmas medidas de resultados que avaliam mudança na intensidade dos sintomas (Treat & Bootzin, 2015). Posteriormente se compara ponto a ponto os resultados dos ensaios clínicos com os resultados das intervenções feitas nos serviços. Essa estratégia de pesquisa visa justamente responder a crítica de que ensaios clínicos são irrelevantes para o progresso do campo das psicoterapias, mostrando que pode haver uma complementação entre estudos de eficácia e estudos de eficiência. Desde que Mcfall introduziu a noção de *benchmarking*, tem havido uma infinidade de pesquisas que utilizam tal abordagem quase-experimental para averiguar em que medida os resultados dos experimentos em psicoterapia podem ser generalizados e obtidos fora do contexto de pesquisa (Treat & Bootzin, 2015).

Como comentado acima, para esse movimento, para que as técnicas e procedimentos que o clínico faz sejam consideradas científicas elas devem estar solidamente amparadas em pesquisas experimentais sobre processos psicológicos, bem como terem demonstrado sua eficácia em ensaios clínicos. Isso explica a ênfase do movimento na aproximação entre a psicologia clínica e subdisciplinas da psicologia como a psicologia cognitiva, a neuropsicologia que atualmente representa o *mainstream* científico da psicologia bem como a defesa de práticas clínicas baseadas em manuais de psicoterapia e em testes psicológicos com adequada validação psicométrica. A seguir, abordaremos de que maneira as teses do movimento implicam um modo específico de conceber a função do clínico e da psicoterapia e na adoção do modelo médico em psicologia clínica.

1.6. O Psicoterapeuta como Tecnólogo e o Modelo Médico em Psicoterapia

Toda a retórica em defesa de uma sólida fundamentação científica da psicologia clínica e a definição da prática terapêutica como aplicação de conhecimento científico se alinha bem com a compreensão do terapeuta como um tecnólogo. O que se desenha como psicólogo clínico de acordo com o ideário do movimento é a figura de um profissional dotado de conhecimento científico sobre transtornos mentais e problemas psicológicos pronto para aplicar esse conhecimento através de técnicas que visam tratar problemas mentais, tal como um médico que utiliza certos procedimentos e terapêuticas para lidar com males físicos. A figura do psicólogo enquanto psicotecnólogo como defendido por Lilienfeld & O'Donohue, (2007) não é novidade na psicologia americana. No pós-guerra, defender a psicologia como uma ciência tão importante e legítima quanto as ciências da natureza e o profissional psicólogo como um técnico imprescindível para a sociedade tanto quanto um químico, um médico ou engenheiro foi uma estratégia para consolidar a ciência psicológica e garantir seu lugar de direito enquanto profissão e ciência (Herman, 1995). A associação do psicólogo clínico com o profissional médico não é gratuita, há uma identificação e filiação implícita do movimento do clínico cientista com o modelo médico em psicoterapia e em psicologia clínica.

Em linhas gerais o modelo médico em psicologia clínica refere-se à compreensão e categorização dos problemas comportamentais e do sofrimento psicológico enquanto doenças e transtornos mentais com causas e um curso de desenvolvimento específico passíveis de serem tratados por meio de procedimentos terapêuticos adequados (McCready, 1986, Elkin, 2009). O que se apresenta na clínica enquanto demanda posta pelos sujeitos, é compreendido

como algo a ser devidamente avaliado e bem diagnosticado para que seja possível prescrever a melhor intervenção em busca do alívio dos sintomas (Bohart and Tallman, 1999), que é a meta do processo terapêutico. Resumindo, há uma importação e imposição dos esquemas conceituais e *modus operandi* da prática médica para o interior das práticas psicoterapêuticas (Elkin, 2009).

O uso que fazemos do termo modelo médico no singular pode sugerir falsamente que no interior da medicina há certa homogeneidade e ausência de divergências quanto a assuntos fundamentais como a concepção e definição do que seja doença, práticas curativas, entre outros tópicos fundamentais da área. Não se quer sugerir isso ao se utilizar o termo modelo médico no contexto do presente trabalho. Falar que o CSM se aproxima de uma concepção médica de psicoterapia significa aqui apenas a tendência do CSM de categorizar e enquadrar as demandas e queixas endereçadas à clínica psicológica como entidades nosológicas tais como aquelas da medicina que devem ser abordadas a partir de procedimentos técnicos que são adequados para tratar toda manifestação dessa entidade clínica. Ou seja, é um uso específico do termo médico que não visa negar a heterogeneidade próprio a medicina nem desconsiderar as diferentes concepções de medicina que vigoram dentro do escopo da disciplina.

A relação que a clínica psicológica mantém com o modelo médico é longa e concomitante ao próprio surgimento da prática psicoterapêutica moderna com o advento da psicanálise freudiana e sua proposta de cura pela fala no final do século XIX (Elkin, 2009). A psicologia clínica advém da medicina clínica através da mediação da psiquiatria e da psicanálise. Os próprios termos clínica, terapia, pacientes, intervenção, cura, sintomas que fazem parte do jargão da psicologia clínica, são tomados de empréstimo da linguagem médica e revelam a relação estreita que o campo mantém com a medicina. Além disso, a psicoterapia foi por muito tempo uma prática de caráter exclusivo dos médicos que ajudaram moldar a imagem da psicoterapia. Quando os psicólogos passaram a exercer a psicoterapia, herdaram toda essa filiação que a psicoterapia guardava com a medicina guardando uma relação que ora se aproximava ora se distanciava de uma concepção estritamente médica da clínica psicológica.

Não é difícil ver como algumas propostas do movimento se harmonizam com uma concepção médica de psicoterapia. A defesa de psicoterapias validadas empiricamente, das práticas baseadas em evidência que fazem parte do ideário de uma clínica fundamentada cientificamente é inspirada no modelo da medicina baseada em evidências (Lilienfeld, 2013). Importa-se um modo específico e um conjunto de estratégias pensadas para tornar as práticas

médicas mais seguras e eficazes para o campo da clínica psicológica sugerindo que o escopo de atuação de ambas as áreas guardam os mesmos objetivos e similaridades. A defesa por parte do movimento de que os ensaios clínicos randomizados são a melhor metodologia para avaliar as práticas psicoterapêuticas indica também que estas são pensadas tal como procedimentos do tipo médico, pois o que eles permitem é simplesmente avaliar se houve eliminação ou manutenção de sintomas por meio da intervenção. Defende-se também que os experimentos em psicoterapia têm o mesmo valor que os experimentos em medicina no que tange a informar a prática, conquanto se desenvolva medidas precisas para avaliar os fenômenos clínicos e haja um maior controle sobre as variáveis.

Outro ponto que revela a aceitação de certo modelo de medicina por parte do movimento é que os estudos que tentam delimitar quais psicoterapias são mais eficazes para certos problemas clínicos trabalham inteiramente com as categorias do DSM. Os participantes desse tipo de pesquisa, por exemplo, precisam atender todos os critérios de diagnóstico para certos transtornos (Erwin, 2009), sendo que tais estudos só fazem sentido quando se assume a validade dessas categorias para a clínica. Defender o uso dos manuais de psicoterapia como o melhor instrumento para balizar a prática dos clínicos é outro ponto de aproximação. Delimitar precisamente os procedimentos clínicos através de manuais que especificam como deva ser conduzida cada sessão e o que fazer em cada uma delas só faz sentido caso se pense uma prática clínica que trabalhe com a noção de transtornos mentais. Os manuais são pensados e estruturados para tratar transtornos específicos, o que implica que só faz sentido utilizá-los caso se pense a clínica dentro dessas categorias nosológicas.

Vê-se, portanto, que a adoção de determinado modelo médico em psicologia clínica se coaduna com a visão de que o psicoterapeuta é um tecnólogo e com o ideal de integração com a ciência psicológica. Conhecendo bem o funcionamento psicológico dos sintomas agrupados em transtornos mentais, como os médicos devem idealmente conhecer a fisiologia das doenças para intervir de maneira eficaz sobre elas, é possível desenvolver técnicas para que o especialista trate essas “disfunções mentais”. A posição do movimento em prol da ciência, da eficácia, deságua necessariamente no elogio da técnica.

Mostramos neste capítulo que o enorme contingente de veteranos de guerra demandou que a psicologia clínica se ocupasse com atividades terapêuticas que até então tinham sido dominadas pela psiquiatria, passando a figura do psicólogo clínico a ser associada automaticamente com a do psicoterapeuta. Como o problema da base científica da psicologia clínica já estava em questão, logo a disciplina viu-se confrontada com a existência de validação científica comprovando a eficácia das atividades terapêuticas. Tal discussão

atravessou toda a segunda metade do século XX e hoje, impulsionada pelo movimento da medicina baseada em evidência, se desdobra na busca por tratamentos fundamentados empiricamente, que através de ensaios clínicos randomizados busca determinar quais psicoterapias são mais eficazes para determinados transtornos. Delineou-se também como os modelos de treinos de doutorado diferem quanto a compreensão do lugar do conhecimento científico no âmbito da prática clínica e no modo como entendem o que caracteriza e define o psicólogo clínico. Enquanto o *Boulder-Model* pensa o psicólogo a um só tempo como a integração entre cientista e profissional clínico, o *Practitioner-Model* critica a ênfase em pesquisa empírica a expensas do desenvolvimento de habilidades clínicas para lidar com a demanda concreta colocada pelo contexto da prática. Já o *Scientist Clinic Model* pensa o clínico como acima de tudo como um cientista.

O *Scientist Clinic Model* foi desenvolvido de acordo com as ideias do movimento do CSM que na psicologia clínica contemporânea destaca-se pela sua organização institucional e pela sistematicidade na defesa de uma psicologia clínica científica. Para muitos, é finalmente a concretização da tão sonhada integração entre a mais sólida ciência psicológica e as práticas profissionais. Para o movimento, psicologia clínica científica significa a produção de conhecimento científico sobre os fenômenos psicopatológicos a partir de uma abordagem nomotética e metodologia experimental. O lado aplicado da disciplina é compreendido como a transformação desse conhecimento em técnicas de diagnóstico e tratamentos que na medida do possível devem ser padronizados na forma de manuais. Isto por sua vez, indica que para o movimento a prática psicoterapêutica é, tal qual a prática médica, uma espécie de tecnologia terapêutica focada na redução de determinada sintomatologia e baseada numa ciência básica. No próximo capítulo, abordaremos de que maneira o problema da demarcação do conhecimento científico em psicoterapia é abordado pelo movimento tentando especificar alguns critérios que delimitam as psicoterapias fundamentadas cientificamente.

Capítulo 2:

Ciência e pseudociência em psicologia clínica e em psicoterapia

Traçar uma linha de demarcação entre o que se configura como ciência e pseudociência no campo da psicologia clínica e na saúde mental de maneira geral tem sido um dos principais interesses do movimento do cientista clínico. O próprio Mcfall (2000) já colocava tal tarefa como uma das prioridades para o campo tendo em vista a necessidade de separar o joio do trigo na disciplina a partir determinados critérios. Tal esforço é coerente com o ideário do movimento e sua ênfase no desenvolvimento de conhecimento científico sobre os fenômenos clínicos e em práticas cientificamente fundamentadas. Outro elemento que justificaria e tornaria urgente esse esforço segundo seus defensores é que tem proliferado modos de pensar, métodos e assunções pseudocientíficas na prática clínica e na disciplina em geral (Travis, 1993). Soma-se a isso, a popularização rápida de uma miríade de tratamentos psicoterapêuticos com promessas de resolução de todo problema psicológico e transtorno mental que necessitam ser interrogados quanto a sua validade. A indústria dos produtos de autoajuda também representa um importante veículo na promoção de tratamentos e métodos que são apresentados como potencialmente válidos, sendo exaustivamente promovidos por diversas estratégias de *marketing* e pelos profissionais da psicologia. No entanto há pouca informação quanto à eficácia e validade desses materiais (Rosen, Glasgow, Moore, 2003).

Para dar um panorama dessa discussão iniciamos mostrando como o problema da demarcação do conhecimento científico, um tópico clássico de certa tradição em filosofia da ciência do século XX, está configurado, apresentado propostas e teses de alguns filósofos para estabelecer critérios claros para demarcar conhecimento científico do pseudocientífico. Em seguida faremos algumas considerações sobre a concepção de ciência assumida pelo CSM e sua relação com algumas teses em filosofia da ciência. Após essa discussão, apresentaremos como o debate ciência-pseudociência está configurado na psicologia clínica e como o

movimento importa essa problemática para o interior da disciplina. Será discutido o que se compreende como sendo pseudocientífico no campo, os critérios de demarcação e os elementos definidores da pseudociência. Por último vamos apresentar duas diferentes propostas para traçar uma fronteira entre ciência e pseudociência em psicoterapia discutindo essa questão tendo como pano de fundo a discussão e a publicação de listas de tratamentos suportados empiricamente. Será mostrada a diferença entre essas propostas e de que maneira elas pretendem complementar e ir além das listas de tratamento na avaliação das psicoterapias. Espera-se que ao fim, esteja claro tanto a importância e centralidade do problema da demarcação do conhecimento científico para o ideário do movimento do cientista clínico como os diferentes critérios desenvolvidos para demarcar ciência e pseudociência em psicoterapia.

2.1. Ciência x Pseudociência: o Problema da Demarcação do Conhecimento Científico

Dentro da reflexão filosófica sobre a ciência, com certeza um dos tópicos mais importantes e disputados consiste na discussão sobre a especificidade do conhecimento científico. Tal reflexão diz respeito à tentativa de especificar quais as características e os elementos definidores do conhecimento científico que o tornam diferente e em alguma medida privilegiado em relação as outras formas de conhecimento. É válido salientar que o problema da demarcação não se limita ao debate ciência- pseudociência, diz respeito também a diferença entre ciência e outras formas de conhecimento e atividades que não se enquadram nem na categoria ciência nem na de pseudociência (Hansson, 2015). Há atividades intelectuais que poderíamos chamar de anticientíficas porque assumem posições que estão em contradição com aquilo que está cientificamente bem estabelecido. Já outras seriam simplesmente não científicas porque apesar de não se assemelhar com a ciência, não implicam necessariamente alguma forma de contradição e conflito com o conhecimento científico. As atividades artística e filosófica, por exemplo, estariam dentro dessa categoria.

O que caracteriza a pseudociência é justamente apresentar seus clamores e teorias como legitimados cientificamente, quando na verdade não possuem os elementos definidores da ciência nem são construídos de acordo com as regras do método científico. É bem certo, porém, que muitas vezes utiliza-se o termo pseudociência para se referir a movimentos e doutrinas que estão em desacordo com o conhecimento científico como a astrologia, a homeopatia e o criacionismo, fazendo com que seja difícil uma delimitação estrita entre o que

é anticientífico ou pseudocientífico. Pode-se dizer, no entanto, que o elemento primordial das doutrinas e teorias pseudocientíficas é invocar a aura de ciência, mas não apresentar os elementos que definem o genuíno conhecimento científico.

O uso mais antigo de que se tem notícia do termo pseudociência foi em 1796 quando o historiador James Petit Andrew se referiu à alquimia como uma pseudociência fantástica, tendo se tornado uma palavra de uso frequente a partir de 1880 (Hansson, 2015). Levando em consideração que a compreensão do que seja a ciência muda através das épocas e depende de algumas contingências históricas, a tarefa de demarcar o conhecimento científico apresenta tanto uma faceta descritiva como normativa. O aspecto descritivo diz respeito a esclarecer como o termo ciência é atualmente utilizado e o que ele descreve, pois o que chamamos de ciência hoje não é o que era considerado ciência em outros períodos históricos. Já o aspecto normativo se dedica a estabelecer o que deveria ser chamado ciência e as características fundamentais dessa atividade que é o aporte privilegiado pelos filósofos. Por se trabalhar com um aspecto normativo de ciência obviamente entra em jogo uma concepção idealizada do que seja a ciência, estando as disciplinas que querem se afirmar como científicas em busca de atingir tal ideal. Esse aspecto normativo está justamente relacionado com a atitude de legislar sobre o que é ou não ciência ou pseudociência.

Pode-se situar razões estritamente filosóficas de caráter teórico e razões práticas que motivam a busca por critérios para distinguir ciência x pseudociência (Hansson, 2015). As razões teóricas dizem respeito a esclarecer o que é genuinamente ciência em contraposição àquilo que não é para se ter maior clareza sobre a extensão dessa específica atividade humana e de seus predicados definidores, assim como um filósofo da arte se interessa em delimitar o que é arte e o que não é. Como a ciência goza de muito prestígio, status e autoridade na sociedade contemporânea e é a modalidade de conhecimento percebida como mais plausível e segura, não é raro que movimentos e doutrinas se apresentem em nome da ciência em vista de ganhar reconhecimento social. É válido saber distinguir e traçar critérios para poder julgar essas doutrinas e saber se elas merecem realmente o qualificativo de científicas sendo essa uma outra razão que torna o debate sobre a demarcação do conhecimento científico tão em voga e visto como necessário.

As questões de cunho prático se apresentam quando o assunto é legislar sobre ciência e pseudociência, justamente pela importância e centralidade da ciência na cena contemporânea. Os seguros de saúde, por exemplo, quando decidem se determinado serviço de saúde deve possuir cobertura e ser financiado, estão interessados em saber se há uma base científica para esses procedimentos médicos e se eles funcionam ou se eles são apenas

charlatanices que se vendem como ciência. Os agentes políticos também querem basear suas decisões apoiados em conhecimento genuinamente científico e não em pseudociência. Consideremos por exemplo, o quanto as legislações ambientais necessitam de estudos científicos para serem elaboradas. Com certeza nenhum legislador quer estipular regras e normas baseadas em métodos pseudocientíficos ou em conhecimentos duvidosos do ponto de vista científico, a não ser quando tem interesses inconfessáveis. Há preocupação, portanto, em diversos âmbitos sociais, sobre a plausibilidade e legitimidade científica do conhecimento que se utiliza como referência para tomar certas decisões, o que motiva e justifica a discussão.

Há vários obstáculos para se chegar a um acordo quanto ao melhor critério para traçar as fronteiras entre ciência e pseudociência. Derkens (1993) pontua que os três maiores obstáculos dizem respeito à heterogeneidade da ciência e do método científico em si, a mudança e transformação da ciência ao longo do tempo, e pelo fato de que a ciência em si não está livre dos defeitos da pseudociência. Laudan (1983) considera o problema da demarcação um pseudoproblema, alegando vã a esperança de se postular um critério necessário e suficiente para algo tão heterogêneo como a metodologia científica (Hansson, 2015). Tais considerações fizeram com que o problema de demarcação ficasse em segundo plano por algum tempo, tendo reemergido apenas recentemente, muito em função das questões práticas que destacamos acima. Uma maneira de responder a Laudan (1983) é considerar que o problema da demarcação pode ser trabalhado e elaborado sem que se tenha em vista resolve-lo estabelecendo um único critério necessário e suficiente (Pigliucci, 2013).

Não são poucas também as divergências entre os filósofos quanto a qual objeto especificamente o critério de demarcação ciência e pseudociência deva ser aplicado. Popper (1972), por exemplo, considerou que a diferença entre ciência e pseudociência se daria a nível de teoria, já para Lakatos (1974) a demarcação seria entre programas de pesquisa científica. Bunge (2001) o situa em um grupo de pessoas que visam a construção de conhecimento e suas práticas, já outros consideram que se refere a um problema ou questão particular de investigação (Siitonen, 1984). Consideremos a seguir os diferentes critérios de demarcação propostos pelos filósofos da ciência.

Um dos movimentos filosóficos que tratou sistematicamente do problema da demarcação do conhecimento científico foi o empirismo lógico. Apesar de a questão da demarcação não ser tratada nos termos ciência-pseudociência por essa tradição filosófica, apresentamos aqui seu tratamento do problema porque serviu como referência e ponto de partida para sua abordagem por outros filósofos. A preocupação dos empiristas lógicos era demarcar ciência e metafísica, e expurgar todo resquício metafísico do edifício da ciência. Os

empiristas lógicos tinham a preocupação de criar uma teoria do sentido em seu projeto de unificação e delimitação das especificidades do conhecimento científico. Para eles, apenas os enunciados que pudessem ser verificados empiricamente e que fornecem informações sobre o mundo seriam dotados de sentido e somente destes poderiam ser compostas as teorias científicas. O verificacionismo como critério de demarcação exige como condição de cientificidade para uma teoria que o seu conteúdo empírico possa ser verificado por meio da experiência sensorial.

Uma parte do trabalho epistemológico de Popper pode ser interpretado como uma reação crítica às ideias filosóficas do Círculo de Viena (Oliveira 2012). O verificacionismo confirmacionista como critério de demarcação do conhecimento científico dos empiristas lógicos foi considerado inadequado por Popper. Tal critério pressupõe que as observações vão confirmando progressivamente as teorias bem como se associa à compreensão do processo de pesquisa científico através de uma lógica indutiva. Para Popper, tanto a lógica indutiva não é adequada para sustentar a pesquisa científica quanto não é possível que as teorias sejam confirmadas pela experiência. Logo no início do livro *A Lógica da Pesquisa Científica* (1975) explicita o sentido sua crítica ao indutivismo. É inaceitável, do ponto de vista lógico, para o filósofo, partir de enunciados particulares verificados (observações) na tentativa de alcançar enunciados universais (teorias). Isso não passaria de uma inferência indutiva que não teria o mesmo valor em termos de raciocínio lógico que os procedimentos dedutivos. Ao utilizar o famoso exemplo dos cisnes brancos de Hume ele explicita as lacunas lógicas do princípio da indução: “independentemente de quantos cisnes brancos possamos observar, isso não justifica a conclusão de que todos os cisnes são brancos” (Popper, 1975. p, 27). Como ele próprio coloca, é injustificável logicamente inferir teorias universais de casos particulares verdadeiros advindos de observações. Isso porque a observação de um único caso particular que contradiga os enunciados que sustentavam a teoria universal põe esta por terra.

Para Popper as teorias nunca são confirmadas pelas experiências através de testes empíricos, apenas podem mostrar-se falsas por meio deles, sendo a possibilidade de ser falseável justamente o que define o conhecimento científico (Popper, 1975). Além disso, as teorias deveriam indicar sob quais condições empíricas suas hipóteses mostrar-se-iam falsas, sendo os testes empíricos feitos na tentativa de submetê-las a um escrutínio. A marca das teorias que se pretendem científicas é justamente a possibilidade de serem abandonadas por se mostrarem em desacordo com os dados empíricos (Machado, 2012). Um elemento típico das pseudociências e que talvez seja o mais característico é que de suas teorizações é impossível deduzir um enunciado empírico que descreva certo estado de coisas na realidade que é

passível de ser corroborado ou refutado por meio de testes. Para Popper, portanto, o que distingue uma teoria científica de uma pseudocientífica é a possibilidade de ser falseada quando confrontada com dados empíricos. É típico das teorias pseudocientíficas não fazer previsões arriscadas que poderiam servir como testes cruciais de refutação (Marinho, 2012).

O falsificacionismo popperiano como critério de demarcação tem sido criticado como insuficiente e inadequado em vários aspectos. Os enunciados teóricos de disciplinas como a psicanálise e a astrologia que foram utilizadas por Popper como exemplo de pseudociência ao contrário do que ele propunha poderiam sim ser falseados quando expostos a testes (Carlson 1985; Grunbaum, 1984). Além disso, tal critério excluiria o que é considerado legitimamente científico. Alguns (Feleppa 1990) argumentam que o falsificacionismo para Popper não seria um critério necessário e suficiente para demarcar o conhecimento científico, seria apenas condição necessária. Uma disciplina científica necessita, além de ser falseável, expor-se suas hipóteses constantemente a testes rigorosos e aceitar o resultado dos testes (Feleppa, 1990)

A filosofia da ciência de Popper e sua visão do problema da demarcação serviu como referência para outros filósofos como Imre Lakatos, Mario Bunge e Thomas Khun que abordaram tal problema e criticaram em alguma medida o critério popperiano. Para Khun (1974), a ênfase em falsear as teorias, em confrontá-la e questionar suas hipóteses é característico apenas de períodos muito particulares de uma ciência, em que o funcionamento da ciência difere de seu curso normal. Seria apenas em ocasiões onde acontecem as revoluções científicas que há essa ênfase na falsificação das teorias, sendo que esse critério não poderia ser usado para demarcar o conhecimento científico nos períodos de ciência normal. Para ele, o problema da demarcação tem que visar não o período revolucionário que é raro e incomum, mas o período de ciência normal. O que caracterizaria a ciência nos períodos entre as revoluções é a atividade de resolver problemas, sendo que o próprio problema é definido e entendido a partir dos termos teóricos da teoria.

A diferença entre ciência e pseudociência no período de ciência normal está na capacidade de resolver problemas satisfatoriamente. Considerando a diferença entre a astronomia e a astrologia, Khun ressalta que a primeira se constitui enquanto ciência porque tem sido uma disciplina empenhada na resolução de “quebra-cabeças” e de problemas há tempos, ao contrário da astrologia. Quando um astrônomo se depara com uma previsão que não se concretizou e que contradiz sua teoria, ele tem diante de si um quebra-cabeça no qual ele trabalhará através de melhores mensurações e com o ajustamento da teoria (Hansson, 2015). Já na astrologia não existiriam esses quebra-cabeças que originam questões de pesquisas e que podem ser usados para revisar certa tradição astrológica.

Outros filósofos propõem que o problema da demarcação do conhecimento científico pode ser pensado a partir da questão do progresso científico, que é tomado como critério de demarcação. A proposta de Lakatos (1974) que também parte da análise popperiana da ciência para desenvolver suas ideias filosóficas, caminha nessa direção. Para ele, a demarcação entre ciência e pseudociência não se dá em nível de teorias, mas sim em nível do que ele chama de programas de pesquisa. Lakatos critica o modo como Popper caracteriza as teorias científicas e seu esquema demasiado simples do desenvolvimento da ciência baseado em conjecturas e refutações. A apresentação da teoria como uma espécie de um todo estruturado capta melhor e mais realisticamente a complexidade das teorias (Chalmers, 1993). Um programa de pesquisa é justamente um complexo teórico estruturado composto por um núcleo irreduzível de enunciados teóricos que são protegidos por um conjunto de hipóteses auxiliares e uma pauta geral que indica como o programa pode ser desenvolvido podendo este ser progressivo ou degenerativo. Tal desenvolvimento deve se dar pelo acréscimo de novos enunciados teóricos que explicam melhor os fatos já conhecidos e prevejam novos fatos inéditos (Chalmers, 1993). Os programas de pesquisa são progressivos se as novas suposições acrescentadas ao núcleo irreduzível fazem previsões arriscadas que são confirmadas. Já nos programas de pesquisa degenerativos as novas suposições teóricas que vão sendo acrescentadas ao programa são feitas só para acomodar fatos conhecidos e não produzem a descoberta de nenhum dado surpreendente (Hansson, 2015). O que caracteriza um programa como pseudocientífico é a ausência de progresso dentro do seu escopo, não havendo um maior poder explanatório mesmo com a adição de novas teorias no interior do programa (Hansson, 2015). Paul Thagard (1978) também caracteriza uma disciplina ou teoria como pseudocientífica a partir da falta da ausência de progresso em seu interior. Isso se revela, por exemplo, na ausência de esforço dos seus proponentes para solucionar novos problemas, na inexistência de avaliação da teoria em relação a outras e no viés seletivo quanto aos testes, destacando e pondo em evidência aqueles depõem a favor da teoria e negligenciando os que a refutam e a contradiz.

Como levantado acima, a busca por um critério único e geral que possa ser utilizado para demarcar ciência e pseudociência tem sido bastante criticada. Os teóricos da demarcação têm procurado, na tentativa de superar essas críticas, abandonar a busca de um único critério propondo ao invés disso uma lista de critérios e características típicos de teorias e disciplinas pseudocientíficas. Bunge (1984) considera demasiado simplista tentar caracterizar um objeto tão complexo e multifacetado como a ciência, e respectivamente a pseudociência, por um traço único que capte todas as suas especificidades. Par ele, o fracasso das tentativas de

demarcação se deve justamente na insistência de que um critério único e geral possa dar conta desse problema. É mais adequado segundo sua argumentação propor uma lista de critérios que determinam as características próprias ao conhecimento científico e que podem ser utilizados como parâmetros para avaliar se um campo cognitivo é ou não pseudociência. Tem sido propostas diversas listas de critérios (geralmente de 5 a 10) que combinadas asseveram o que é pseudociência e quais práticas são pseudocientíficas. Muitos dos critérios presentes nessas listas são parecidos com os critérios propostos pelos autores discutidos acima.

Apesar de haver discordância entre os teóricos quanto ao melhor critério para distinguir ciência e pseudociência, há no que se refere aos assuntos específicos e ao julgamento de quais disciplinas e práticas configura-se como pseudocientíficas concordâncias gerais (Hansson, 2015). Por exemplo, a astrologia, a homeopatia, a radiestesia, a ufologia são consideradas pseudociência pelos teóricos da demarcação, no entanto não há concordância quanto ao critério que deveria basear tal julgamento. Verifica-se, portanto, que o problema de demarcação e suas controvérsias continuam a exigir reflexão e esforço filosófico na tentativa entender o que se configura enquanto ciência e as fronteiras de seu domínio.

2.2. A Concepção de Ciência do Movimento: em Torno de Algumas Questões em Filosofia da Ciência

Cabe perguntar: quando Mcfall e outros autores que encabeçam o *Clinical Scientist Movement* falam numa epistemologia científica que permita distinguir ciência de pseudociência, qual concepção de ciência eles associam a uma epistemologia científica? O que é ciência afinal para o movimento? O termo epistemologia científica pode soar um contrassenso de saída, tendo em vista que a epistemologia é uma área da filosofia que investiga as condições, tipos e natureza do conhecimento, sendo portanto prévia a qualquer tipo de reflexão sobre a própria natureza da ciência empírica. Não é, portanto, possível haver tal coisa como uma “epistemologia científica”, a não ser no sentido que Quine pensou a epistemologia. No entanto o sentido do termo no contexto do uso dos textos aqui analisados não se aproxima da concepção de epistemologia naturalizada de Quine. Apenas indica certas teses epistemológicas que são compatíveis com determinado modelo e concepção de ciência.

Para o autor, o modelo de ciência ou “epistemologia científica”, nos seus termos, que ele reivindica ser o fundamento da psicologia clínica, é o mesmo que guia as bem estabelecidas ciências da natureza, tais como a biologia, astronomia, química, física, e que

garantiram o seu desenvolvimento e progresso. Pode-se concluir daí que para o autor os fenômenos clínicos são compreendidos como pertencendo ao mesmo nível ontológico dos fenômenos naturais com os quais essas ciências lidam, pois passíveis de serem abordados pelo método científico e explicados tais como o são os objetos dessas outras ciências. Segundo Mcfall, o que caracteriza a ciência e a diferencia de outras modalidades de conhecimento é a construção de modelos teóricos de representação da realidade e o confronto empírico, por meio de testes e experimentos, desses modelos (Mcfall & Townsend, 1998) visando à aproximação com a realidade. Vê-se, portanto, que é uma concepção de ciência realista e representacionista. Tanto é pressuposto que há uma realidade independente do sujeito e da linguagem como também defendido que o objetivo da ciência é captar e representar essa realidade objetiva.

Outra característica destacada por Mcfall (2000) típica das teorias e do conhecimento científico são as predições empíricas arriscadas que podem ser avaliadas por testes objetivos. À medida que as teorias científicas se arriscam por meio das predições e põem a prova o seu conteúdo empírico, elas se expõem à falsificação e permitem o alcance de novas descobertas empíricas. O caráter falseável do conhecimento científico é outro aspecto que o diferencia de outras modalidades de conhecimento. O autor também defende que a conquista de status científico por parte de uma teoria é algo progressivo, não alcançado de uma só vez, mas em graus:

Como a evidência é reunida com o passar do tempo, o status da teoria é aumentado ou diminuído em degraus. Inicialmente, nós podemos dizer que uma teoria foi “suportada” pela evidência (ou foi descartada); com replicações e testes posteriores, nós podemos dizer que foi “validada”; eventualmente, depois que foi submetida a testes repetidos de múltiplos ângulos, nós podemos agir como se a teoria fosse verdade, ainda que seja apenas um modelo de verdade. (Mcfall, 2001 p.6)

Essa conquista progressiva de status científico se relaciona em alguma medida com o que o autor vê como o caráter probabilístico dos modelos contemporâneos de ciência. A concepção de ciência probabilística justifica-se e é mais adequada, seguindo a linha de argumentação, na medida em que representa melhor o modo como a natureza está arranjada. Como muitos eventos se relacionam entre si e se afetam de maneira aleatória, o objetivo da teoria é arranjar a distribuição de probabilidade desses eventos e predizer de que maneira eles se alterarão caso haja variações em certas condições. Adotar tal modelo probabilístico seria muito vantajoso para as teorias e práticas em psicologia clínica porque permitiria decisões e predições clínicas com um menor grau de incerteza e riscos, baseadas em distribuição condicional de probabilidades. Por exemplo, considere-se um clínico que quer saber a

possibilidade de eficácia de determinada intervenção terapêutica para um indivíduo com um certo transtorno ou conjunto de problemas específicos. Para termos uma resposta a tal questão são necessários estudos de eficácia com amplas amostras feitos com pessoas pertencentes a essa mesma categoria. Baseado nessas pesquisas é possível asseverar que determinada sorte de pessoas com certos traços de personalidade e com tal transtorno terão determinada probabilidade de ter uma melhora de tal magnitude. Certos desenhos metodológicos podem ser utilizados também para entender quais fatores específicos do processo foram responsáveis por tal melhora e assim entender quais variações alterariam o resultado final (Lilienfeld et al., 2014). Quando se considera, por exemplo, a possibilidade de determinado evento clínico acontecer tal predição também é feita numa proposição probabilística. Um clínico em posse de certos dados pode dizer: “Baseado nestes testes psicológicos eu estimo que x tem y de probabilidade de acontecer” (Mcfall, 2001 p.7). Informações dessa natureza tem necessariamente um caráter probabilístico e seria impossível obtê-las baseados apenas em observações clínicas que não quantificam dados e não os analisam a partir de algumas ferramentas estatísticas.

Tem que ser levado em consideração que para serem feitas essas generalizações é necessário que haja um grau de similaridade entre os eventos clínicos do cliente em questão e aqueles das pesquisas utilizadas para basear as previsões a respeito deles. E para que se decidam quais eventos estão na mesma categoria e quais as dimensões mais importantes para julgar similaridades é necessário um *corpus* teórico (Mcfall, 2001). Essas teorias clínicas, por exemplo, devem estabelecer que tais e tais sintomas ou comportamentos façam parte de uma categoria específica porque há uma propriedade em comum entre eles. É só quando há esse acordo teórico que se pode decidir a respeito de similaridades entre casos e com isso fazer generalizações.

A ciência é concebida então como uma modalidade de conhecimento falibilista, sujeita a revisões na medida em que os dados empíricos contradigam seus enunciados e teorias que por sua vez são testadas visando exatamente esse confronto. Tem um caráter progressivo, pois continuamente vai acumulando conhecimentos sobre o mundo e a realidade. E segundo Mcfall (2000) a abordagem científica é menos sujeita a vieses, a autoridade, corrupção e influências de preferências pessoais do que outras abordagens que se propõe a formular um discurso verdadeiro sobre o mundo.

No tocante à filosofia da ciência, há em alguma medida nas ideias de Mcfall e do movimento certa dívida com a tradição do racionalismo crítico neopopperiano (Lilienfeld & O'Donohue, 2007). A ênfase colocada na demarcação ciência e pseudociência em psicologia

clínica e em saúde mental é uma das principais tônicas do movimento e há esforços para elencar critérios específicos que trace tal linha divisória que serão discutidos no próximo capítulo (Lilienfeld, 2011; David & Montgomery, 2011). Além disso, aceita o falsificacionismo popperiano como um critério válido para demarcação do conhecimento científico (Lilienfeld, 1998). No entanto, se distancia da filosofia da ciência popperiana em alguns pontos, estando mais próximo de outras concepções que lhe são divergentes em muitos aspectos.

Henriques (2014), por exemplo, defende que o movimento endossa uma concepção de ciência formulada pelo empirismo lógico. A defesa de um modelo probabilístico de conhecimento científico e do caráter progressivo da conquista do status científico por parte das teorias leva a crer que realmente o movimento se alinha em alguma medida com formulações de alguns autores que fizeram parte de tal movimento filosófico. Quando Mcfall (2000) defende que a evidência a favor de uma teoria vai se reunindo com um tempo e que ela vai se confirmando na medida em esses dados empíricos depõem a seu favor, sua posição lembra a proposta de Carnap de avaliar probabilisticamente o grau de confirmação de uma hipótese (Creath, 2014). A maneira que Carnap, que é um dos principais representantes do empirismo lógico, explica probabilidade é justamente como grau de confirmação de uma hipótese ou juízo. A relação entre uma teoria e os dados empíricos que a apoiam pode ser expressa em probabilidades que por sua vez indicam o seu grau de confirmação. O desenvolvimento de um sistema de lógica indutiva por parte do filósofo foi feito justamente para determinar quantitativamente essa probabilidade.

Como Lilienfeld e O'Donohue (2007) colocam, há muitas concepções de ciência e é uma questão problemática decidir qual delas o psicólogo clínico deve seguir quando se afirma que ele deve ser científico. É no mínimo curioso observar que o movimento se aproxima tanto de Popper como do empirismo lógico quanto à fundamentação filosófica da ciência tendo em vista os desacordos entre eles. Para Popper, ao contrário de Carnap, as teorias nunca são confirmadas pelas experiências através de testes empíricos, podendo apenas mostrar-se falsas por meio deles (Popper, 1975). Popper também critica o ideal de confirmação porque este se apoia na lógica indutiva. Para o filósofo, ela não é adequada como base para erguer o edifício da ciência. É claro que há elementos em comum entre o projeto do empirismo lógico e o projeto popperiano, como é o caso do uso de um critério verificacionista para demarcar o conhecimento científico. Enquanto os primeiros reivindicam um verificacionismo confirmacionista, Popper endossa um verificacionismo falsificacionista, o que leva alguns a afirmarem que o projeto epistemológico deste seja uma tentativa de contornar alguns

problemas do empirismo lógico e não necessariamente uma ruptura e contraponto radical. No entanto, há diferenças marcante entre esses dois projetos epistemológicos. Tendo isso em vista deveria haver, portanto, esclarecimento e debate mais detalhado por parte dos autores que compõem o movimento do cientista clínico sobre essas questões epistemológicas, tendo em vista corrigir um possível lapso de coerência quanto à fundamentação filosófica do seu ideário.

O flerte com modelos probabilísticos da ciência se faz presente também na defesa por parte do movimento de uma concepção bayesiana em teoria da confirmação. Para os bayesianos a questão não é somente dizer se é razoável acreditar na teoria ou hipótese x à luz de um corpo de evidências y , mas também determinar quanto se deve acreditar na hipótese tendo em vista y (Papineau, 1996). Considere que se atribua uma probabilidade subjetiva $\text{Prob}(H)$ a H e uma probabilidade condicional $\text{Prob}(H/I)$ a H sob a suposição de que I é verdadeiro. I confirmará H se a probabilidade $\text{Prob}(H/I)$ for maior que a $\text{Prob}(H)$ inicial. O teorema de Bayes que é um teorema simples do cálculo de probabilidade estabelece que $\text{Prob}(H/I) = \text{Prob}(I/H)/\text{Prob}(I) \times \text{Prob}(H)$. Interpreta-se o teorema da seguinte maneira: A $\text{Prob}(H/I)$ é maior do que a $\text{Prob}(H)$ se a $\text{Prob}(I/H)$ for maior que a $\text{Prob}(I)$ (Papineau, 1996). Ou seja, se determinados eventos são muito improváveis e surpreendentes, mas são os eventos esperados caso H seja verdade então I oferece substancial indício para H . Um exemplo histórico sugere que o raciocínio dos Bayesianos está correto. O desvio da luz próximo ao sol era algo surpreendente para os físicos, mas era algo previsto pela teoria da relatividade, por isso sua observação forneceu forte evidência para a teoria (Papineau, 1996). No que se refere ao problema da indução tal raciocínio implica que o grau de crença numa teoria aumente na medida em que se obtenham observações que são prováveis dada a teoria, mas que são improváveis de outro modo (Papineau, 1995).

Mcfall endossa uma estratégia de raciocínio bayesiano ao utilizar o conceito de validade incremental para pensar as teorias e métodos na clínica. A validade incremental é definida como a diferença de magnitude na acurácia entre as previsões feitas sem teoria e as realizadas a partir das teorias (Mcfall & Townsend, 1998). Se as teorias e os dados fornecidos pelas pesquisas empíricas possibilitam previsões com menor margem de erro e com acurácia isso mostraria sua validade científica. O raciocínio bayesiano também se faz presente como estratégia para pensar a questão da validade científica das psicoterapias. Os critérios que avaliam se a psicoterapia é validada empiricamente geralmente não levam em consideração a plausibilidade científica do componente teórico da psicoterapia (David & Montgomery, 2011), como será mostrado em mais detalhe no próximo capítulo. Segundo os critérios da

divisão de Psicologia clínica da APA para avaliar tratamentos empiricamente fundamentados (ESTs), se uma intervenção psicoterapêutica provoca resultados melhores do que uma lista de espera em ensaios clínicos independentes ela já será classificada como tratamento provavelmente eficaz. Isso dá margem para que psicoterapias que se baseiam em pressupostos teóricos duvidosos ou falsos do ponto de vista científico, como as terapias energéticas, atendam a tais critérios (Feinstein, 2008). Os proponentes dessas terapias propõem que problemas psicológicos são ocasionados por bloqueios de campos de energia invisíveis e que o processo terapêutico funciona à medida que trabalha sobre esses bloqueios, o que é considerado implausível do ponto de vista científico (Saravi, 1999).

Tendo em vista um julgamento mais rigoroso da cientificidade das psicoterapias, Lilienfeld propõe que se leve em conta além dos estudos de resultado e eficácia a existência de evidência empírica para o componente teórico das psicoterapias. É aí que ele sugere uma estratégia de raciocínio bayesiana. Se as explicações teóricas sobre o processo específico pela qual uma psicoterapia trabalha são improváveis, deveria haver um conjunto adicional de evidências advindas de várias fontes para creditarmos confiança e considerarmos tal psicoterapia cientificamente fundamentada (Lilienfeld, 2011). Considere uma situação hipotética onde os sujeitos com ansiedade foram submetidos à terapia cognitiva-comportamental e a alguma terapia energética e tiveram o mesmo grau de alívio de sintomas. Isso não quer dizer consequentemente que elas são igualmente científicas. Como a explicação que as terapias energéticas dão para o fenômeno da ansiedade é mais implausível do ponto de vista científico do que as explicações cognitivistas, elas não estão no mesmo patamar de cientificidade. É necessário que se reúna mais evidências empíricas a favor da explicação energética da ansiedade para que consideremos essas terapias tão justificadas cientificamente quanto às terapias cognitivas segundo o raciocínio do autor. Lilienfeld (2011) endossa a máxima de Hume colocada em termos populares por Carl Sagan (1995) que exemplifica tal raciocínio bayesiano “Afirmações extraordinárias requerem evidências extraordinárias”.

2.3. A Psicologia Clínica e o Problema da Demarcação do Conhecimento Científico

O ideal do movimento do cientista clínico de atingir uma base científica para a psicologia clínica se depara de saída com a necessidade de delimitar justamente as fronteiras do domínio científico, seja no que se refere ao conhecimento produzido no âmbito da disciplina seja no leque de práticas profissionais que o campo abarca. Isso faz com que o tema

da demarcação entre ciência e pseudociência esteja na pauta do dia do movimento. Distinguir o que é legitimamente científico na psicologia clínica e julgar o que se constitui como pseudociência tornou-se um tópico bastante comentado e objeto de muitas publicações na área. Prova do interesse pela temática foi a criação de um jornal científico, *The Scientific Review of Mental Health Practice*, dedicado inteiramente à avaliação de clamores, técnicas de avaliação e diagnóstico e tratamentos controversos e não testado no escopo das disciplinas que compõem o quadro da saúde mental. Além disso, na última década viu-se publicado grande quantidade de livros e artigos interessados no problema das práticas pseudocientíficas em psicologia clínica.

Para Lilienfeld (1998) a psicologia clínica e outras disciplinas da saúde mental viram crescer exponencialmente dentro de seu território propostas de tratamentos e técnicas de avaliação bastante suspeitas do ponto de vista científico. Segundo o autor houve uma explosão em larga escala de tratamentos para trauma e autismo não testados empiricamente e até mesmo bizarros como as técnicas de libertação emocional, a técnica de comunicação facilitada, entre outras. É muito popular ainda o uso de instrumentos de avaliação psicológica não validados adequadamente como o teste da figura humana e outras técnicas projetivas. Por vezes é incentivado o uso de determinadas ervas medicinais para depressão e ansiedade cuja eficácia não foi ainda demonstrada. Há um *marketing* muito forte promovendo cds com mensagens subliminares de auto-ajuda, apesar de ter sido demonstrado que tais áudios não possuem nenhum valor terapêutico no tratamento de psicopatologias (Lilienfeld, 1998), além de tantas outras práticas não validadas na área que são largamente consumidas. Isso, além de minar o prestígio da disciplina diante do público em geral não deixa de representar também perigo para as pessoas que são submetidas a esses procedimentos, pois grande parte do que é pseudociência na área é popular e tem certo apelo junto ao público leigo.

Lilienfeld (2002) sugere que essa popularidade de práticas pseudocientíficas e seu uso disseminado entre os profissionais é mais uma consequência da distância e falta de comunicação e integração entre os pesquisadores acadêmicos e os psicólogos, o já consagrado problema do *gap* entre *science* and *practice* na psicologia clínica. Há ainda uma grande lacuna entre o que se sabe através de pesquisas sobre memória, sugestionabilidade, hipnose e julgamento clínico e as práticas dos clínicos com o público. Uma das razões para isso é que os profissionais da área tem feito pouco esforço para popularizar e comunicar o que é realmente científico além de não haver nenhuma orientação e assistência ao público para ajudar a distinguir o que é realmente científico do que não é (Lilienfeld, 2002).

Para Lilienfeld (1998) a diferença entre ciência e pseudociência não é algo que se dá de maneira absoluta, mas sim em graus. Apesar de não haver uma fronteira totalmente delimitada isso não quer dizer que não haja diferença real em psicologia clínica entre ciência e pseudociência. Há alguns elementos que caracterizam o que é pseudocientífico e quanto mais uma disciplina e um campo de conhecimento os apresenta mais ele adentra o campo da pseudociência. O autor concorda com Popper que a possibilidade das hipóteses e enunciados serem falseadas é um componente central das teorias científicas, mas enfatiza que as hipóteses e enunciados das disciplinas e campos pseudocientíficos não são impossíveis de serem falseadas em princípio. O que os caracteriza é o esforço dos membros de para não submeter suas afirmações ao teste da falsificação e outras estratégias para proteger suas hipóteses de uma possível falsificação. Lilienfeld (1998) endossa a lista de características de Bunge (1984) para identificar um campo como pseudocientífico. Destaca que apesar de não ser necessária a uma disciplina apresentar todas essas características para ser enquadrada como pseudociência, quanto mais ela as apresentar, mais cruzará a fronteira, que apesar de um tanto indistinta é útil para demarcar ciência e pseudociência.

A primeira delas é uso indiscriminado de hipóteses *ad hoc* como estratégia para escapar da refutação. Na ciência é comum o uso de hipóteses *ad hoc*, no entanto elas só se justificam quando aumenta o conteúdo explanatório das teorias e incrementam a sua capacidade de fazer previsões bem sucedidas. As pseudociências, ao contrário, fazem uso de hipóteses *ad hoc* apenas como estratégia para livrarem seus enunciados da refutação, tendo o uso dessas hipóteses nenhuma outra função na teoria. A segunda característica elencada é a ênfase colocada em experiências que parecem confirmar a teoria negligenciando dados que parecem refutar os enunciados. É posto peso diferente nos dados a favor e contra a teoria, tentando salvaguardá-la a qualquer custo e desconsiderando os dados que podem comprometer-la. A terceira característica é a ausência de autocorreção das teorias. Não há mudança e avanço substancial nas pseudociências ao longo do tempo, o que é fruto da falta de atitude crítica de seus representantes frente às teorias e de estratégias de confirmação ao invés de tentativas de refutação de seus enunciados. A quarta característica que é típica das pseudociências é colocar o ônus da prova nas costas dos seus críticos. Ao invés dos seus proponentes se engajarem em estratégias que mostrem a sua plausibilidade, eles tendem a reclamar que os críticos não têm prova suficiente que mostre a falsidade das teorias.

O quinto elemento é se apoiar em evidências que não são públicas e que apenas algumas testemunhas têm acesso, como a experiência clínica, como prova a favor da teoria. A sexta característica é uso de linguagem obscura que mimetiza termos científicos de uma

maneira imprecisa e confusa. Por último, está a falta de conectividade dessas disciplinas com as disciplinas científicas bem estabelecidas. A física, a geologia e a química, por exemplo, apesar de diferentes ciências, dividem conceitos e se aproximam, havendo uma conexão entre elas. Ao contrário, as teorias e conceitos das pseudociências não apresentam conectividade com os saberes bem estabelecidos, muitas vezes os contradizendo e costumeiramente reclamando a inauguração de um novo paradigma na ausência de evidências que lhe dêem suporte.

O esforço para identificar que técnicas de avaliação e testes psicológicos carecem de base e evidência científica se concentra, sobretudo, na discussão sobre a confiabilidade e validade dos testes. Apesar de algumas técnicas criticadas como os testes projetivos em geral e alguns testes psicométricos que não atendem os requisitos de validade não serem pseudocientíficas em si, o que justifica discuti-las no contexto do debate ciência e pseudociência, é que seus proponentes continuam promovendo tais testes apesar da carência de dados que confirmem a sua validade e confiabilidade enquanto testes (Lohr, Fowler & Lilienfeld, 2002). Apesar do problema ciência e pseudociência em psicologia clínica abarcar a discussão sobre os testes psicológicos e outros domínios da psicologia clínica o que tem recebido atenção privilegiada é o campo das psicoterapias. Além de critérios gerais usados para demarcar ciência e pseudociência, critérios específicos e próprios a cada disciplina são propostos para que a distinção seja operacionalizada com sucesso (Hansson, 2015). Autores que se identificam e defendem o ideário do movimento do cientista clínico têm feito esforço para estabelecer critérios específicos no campo das psicoterapias para demarcar ciência e pseudociência e assegurar o que seria uma psicoterapia fundamentada cientificamente. No próximo capítulo iremos discutir essas propostas e sua relação com o debate em torno da eficácia das psicoterapias.

2.4. Sistema Classificatório de David e Montgomery para Demarcar Ciência e Pseudociência em Psicoterapia

O debate sobre a base científica das psicoterapias sempre esteve relacionado ao problema de quanto tais práticas eram eficazes como terapêutica no tratamento dos transtornos mentais. Em razão disso, apresentaremos os desenvolvimentos recentes nesse debate relacionado à elaboração de listas que enumeram quais psicoterapias são mais eficazes

para certos transtornos para posteriormente introduzirmos os critérios propostos para demarcar ciência e pseudociência em psicoterapia.

Vêm sendo publicadas várias listas de tratamentos suportados empiricamente (ESTs- *empirically supported treatments*) nos últimos anos que nem sempre utilizam o mesmo critério para determinar quais terapias são eficazes (Chambless & Ollendick, 2001). Entre elas, está a lista elaborada a partir do trabalho da força tarefa da divisão 12 da APA para identificar tratamentos validados empiricamente para adultos (Chambless et al, 1998); a publicada numa seção especial do *Journal of Pediatric Psychology* que define e identifica ESTs para problemas relacionadas às crianças; outra publicada na seção especial do *Journal of Consulting and Clinical Psychology* por Kendal & Chambless (1998); uma lista publicado no livro de Roth e Fonagy (1996) *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*, autores estes que fizeram um levantamento das psicoterapias mais eficazes para o serviço de saúde nacional britânico; o livro de Natham & Gorman (1998) *A Guide to Treatments That Work*; a revisão de Gatz et al (1998) pra tratamentos eficazes para idosos, entre outras.

A exigência para que um tratamento seja considerado bem estabelecido em termos de eficácia varia de acordo com o levantamento, com alguns sendo mais exigentes do que outros. Na lista da força tarefa da APA para um tratamento ser considerado bem estabelecido é necessário que no mínimo em dois ensaios clínicos randomizados mostre-se superior a condições placebo e aos tratamentos psicológicos genuínos ou mostre-se equivalente a tratamento já considerados bem estabelecidos que utilizaram uma amostra adequada. São considerados também bem estabelecidos tratamentos que se mostraram eficazes em vários experimentos de caso único que utilizaram um adequado desenho experimental e foram comparados a outros tratamentos. É exigido que os experimentos sejam conduzidos com manuais de tratamento ou clara descrição da intervenção, as características da amostra devem ser especificadas e o resultado positivo da intervenção devem ser demonstrados por dois diferentes investigadores ou equipes (Chambless & Ollendick, 2001). Já no estudo de Roth e Fonagy (1996), um tratamento tido como claramente eficaz precisa apenas demonstrar ser superior a uma condição controle como uma lista de espera ou outro tratamento.

Na categoria de tratamentos provavelmente eficazes as exigências são menores. Na lista da divisão 12 da APA é necessário que um tratamento para se enquadrar nessa categoria mostre em no mínimo dois experimentos que é superior a uma lista de espera ou em alguns poucos experimentos de caso único atinja o mesmo efeito terapêutico de tratamentos bem estabelecidos (Chambless & Ollendick, 2001). Na lista divulgada na seção especial do

Journal of Consulting and Clinical Psychology (Kendall & Chambless, 1998) a exigência para ser considerado um tratamento provavelmente eficaz é que em um estudo experimental a intervenção mostre-se superior a um tratamento rival.

Em que pese as diferenças nessas publicações no que concerne a definição do que seja ESTs ou tratamento provavelmente eficaz e os diferentes critérios para se encaixar em uma ou outra categoria, há um aspecto em comum em todas elas. O que é avaliado e está em jogo é simplesmente a eficácia dessas intervenções, não sendo feita nenhuma menção ao componente teórico das psicoterapias. Essas listas quando avaliam e categorizam o que é validado empiricamente o fazem baseado apenas nos resultados das pesquisas de eficácia psicoterapêutica.

Uma das principais críticas feitas a essas listas que demarcam quais psicoterapias são validadas empiricamente é justamente elas focarem apenas nos resultados dos ensaios clínicos e não levarem em conta o componente teórico das psicoterapias (Lilienfeld, 2011). Toda psicoterapia além de ser composta de um conjunto de técnicas de intervenção, possui implícito ou explicitamente hipóteses e assunções teóricas tanto sobre a origem e manutenção dos transtornos e problemas psicológicos como sobre a razão de certas técnicas possuírem efeito terapêutico. As duas propostas que analisaremos, quais sejam a de David & Montgomery (2011) e a de Lilienfeld, (2011) destacam o quanto esses estudos que se propõem a avaliar quais tratamentos são apoiados empiricamente negligenciam o aspecto teórico dos tratamentos. Uma das consequências de deixar de lado na avaliação o componente teórico das psicoterapias, como já comentado no capítulo dois, é que tratamentos que trabalham com hipóteses teóricas altamente duvidosas do ponto de vista científico muitas vezes são avaliados positivamente.

David & Montgomery (2011), num artigo em que propõe um novo sistema de classificação dos tratamentos psicológicos baseados em evidências, apontam como os sistemas de avaliação na área caminham numa direção perigosa e incoerente por desconsiderarem o componente teórico das psicoterapias. Ao levar em conta apenas os dados dos ensaios clínicos, corre-se o risco de avaliar positivamente tratamentos apesar de eles endossarem hipóteses e teorias claramente pseudocientíficas. Considere que em um tratamento as hipóteses teóricas sobre os processos de mudança ocasionados pela psicoterapia façam referência a espíritos, energias ocultas, ou até mesmo aceita a ideia as crenças relacionadas ao *voodoo*. Caso os sujeitos que forem submetidos a esse tratamento tenham uma recuperação melhor do que aqueles que ficaram numa lista de espera, esse tratamento já será considerado como provavelmente eficaz ou até mesmo eficaz, dependendo da lista e do

sistema de classificação. Ou seja, apesar de o componente teórico do tratamento endossar claramente ideias não científicas, o tratamento em si é avaliado positivamente e não leva em consideração a implausibilidade da explicação para o processo de mudança. Não é posto em questão também nessas listas que em psicoterapia o processo de mudança não é ocasionado apenas pela intervenção e técnica específica da psicoterapia em questão, esse resultado positivo pode se creditado a vários fatores não específicos ao tratamento como a expectativa de melhora, a aliança terapêutica estabelecida entre o terapeuta e paciente, a regressão a média, entre outros (Lilienfeld et al, 2013). Para ele, outro problema em não se levar em consideração o aspecto teórico das psicoterapias é que isso atrapalha na formulação de tratamentos mais eficientes (David & Montgomery, 2011). Certamente, se um tratamento é formulado em hipóteses teóricas falsas ele tem menos chance de ser bem sucedido do que se fosse baseado em teorias mais plausíveis e amparadas em dados empíricos. Considerando que a intervenção e o conjunto de técnicas que lhe caracterizam e o seu modo específico de abordam as questões clínicas guardam uma relação coerente e estreita com a teoria que lhe serve de fundamento e base teórica.

Visando corrigir essas incoerências nas avaliações dos tratamentos baseados em evidências, no sistema de classificação de David & Montgomery (2011), um dos itens a ser avaliados é a existência de evidência empírica para o componente teórico das psicoterapias que deve explicar como ocorrem os processos de mudança que apresentam efeito terapêutico. A explicação do mecanismo de mudança por sua vez deve ter relação com a explicação do mecanismo etiológico dos transtornos mentais e dos problemas psicológicos com que a psicoterapia lida. Dessa maneira, uma psicoterapia é considerada mais amparada cientificamente se é embasada em pesquisa experimental que elucidou a natureza da psicopatologia em questão. É exigido também que haja uma relação direta entre o tratamento em si e a teoria que lhe é subjacente. O sistema de classificação dos autores é hierárquico e considera em sua avaliação dois fatores de análise. O primeiro é a avaliação empírica e científica da teoria que explica o processo psicológico de mudança e a maneira que a psicoterapia ocasiona efeito terapêutico e o segundo é a avaliação do tratamento psicológico em si. Cada um deles é organizado em três níveis: a) Bem suportada empiricamente; b) Dados insuficientes para validação que por sua vez são divididos em: dados ainda não coletados; dados preliminares insuficientes em relação ao *standard* e dados mistos tanto com evidências a favor como contraditórias; c) Forte evidência contraditória. O que é considerado evidência que dá suporte a psicoterapia são dados que atestem o benefício do tratamento e que é considerado

evidência contraditória são provas de que o tratamento não traz nenhum benefício ou traz malefícios.

Desse quadro vão resultar nove categorias possíveis para enquadrar uma determinada psicoterapia que tornará possível distinguir aquelas orientadas cientificamente daquelas que não o são. A tabela abaixo retirada de David e Montgomery (2011) ilustra bem o esquema conceitual e as categorias hierárquicas propostas pelos autores:

Tabela 1

Sistema de Classificação das Psicoterapias de David e Montgomery (2011, p. 91)

Tratamento	Teoria		
	Com bom apoio empírico	Dados insuficientes	Forte evidência contrária
Com bom apoio empírico	Categoria I	Categoria II	Categoria V
Dados ambíguos	Categoria III	Categoria IV	Categoria VII
Forte evidência contrária	Categoria VI	Categoria VIII	Categoria IX

Para uma teoria ser considerada com bom apoio empírico precisa haver estudos experimentais, complementados às vezes por estudos correlacionais que demonstrem que há dados que corroboram as respectivas hipóteses teóricas. Ainda é necessário que haja no mínimo dois estudos dessa modalidade conduzidos por dois diferentes investigadores ou duas diferentes equipes. As categorias também não são estáticas. A depender dos desenvolvimentos de pesquisas e esforço dos pesquisadores e proponentes das psicoterapias, elas podem se mover de uma categoria a outra. A seguir a descrição dos autores de cada categoria e as condições para as psicoterapias serem enquadradas em cada uma delas.

Para figurar na categoria I, é necessário que haja dados que validem tanto a teoria sobre os fatores psicológicos responsáveis pelo funcionamento do transtorno ou problema alvo da intervenção que subjaz à psicoterapia como dados que apoiem a eficácia do tratamento. A teoria em questão pode ser testada independente da avaliação da eficácia do tratamento seja por estudos experimentais adicionados por estudos correlacionais ou através de ensaios clínicos complexos que avaliam tanto a teoria como a eficácia da intervenção. Para David & Montgomery (2011) os estudos experimentais sobre a relação entre autoregulação emocional e certos transtornos psicológicos é um exemplo de estudo que pode avaliar a plausibilidade das teorias sobre o mecanismo psicológico que subjaz os transtornos psicológicos independentemente da avaliação do tratamento por meio de ensaios clínicos. Já a

maneira de se avaliar o componente terapêutico por meio de ensaio clínico envolve avaliar se as hipóteses assumidas pela psicoterapia como responsáveis pela mudança realmente o são. Para isso é necessário que o mediador de mudança tal como as crenças irracionais tenham grande impacto nos estudos de eficácia. Se for assumido que crenças disfuncionais e irrealistas são responsáveis pelos sintomas depressivos (como assumem as terapias cognitivas em geral) o ensaio clínico deve ser desenhado para que se possa avaliar se ao realizar mudança nas crenças seguir-se-á a diminuição dos sintomas alvos. Não basta encontrar correlação entre crenças disfuncionais e irrealistas e sintomas depressivos para apoiar a teoria cognitiva da depressão. É necessário encontrar essa relação causal entre os fatores psicológicos assumidos e os sintomas. Para os autores (David & Montgomery, 2011) a decisão sobre se uma teoria é validada não é feita de uma vez por todas, é necessário um processo de desenvolvimento de pesquisa e acúmulo de dados de estudos experimentais, correlacionais, clínicos etc. No sistema classificatório dos autores o componente terapêutico é considerado com bom apoio empírico se foi validado em ao menos dois ensaios clínicos randomizados ou vários desenhos experimentais de caso único por dois diferentes investigadores ou times de pesquisadores.

A validação do componente terapêutico ainda pode se dar em três níveis. No nível de eficácia absoluta estão os tratamentos que se saem significativamente melhores do que qualquer tratamento através da comparação com sujeitos que ficam numa lista de espera. Eficácia relativa diz respeito ao tratamento ser equivalente ou melhor do que qualquer outro tratamento psicológico baseado em evidência. Para ser enquadrada nesse nível a psicoterapia precisa se equiparar ao menos aos tratamentos *standards* no campo. No nível de eficácia específica estão os tratamentos que atendem às exigências dos outros dois níveis e, além disso, outra exigência. A teoria que subjaz a psicoterapia é baseada empiricamente em estudos experimentais e em dados do processo terapêutico obtidos a partir dos ensaios clínicos que especificam os componentes da intervenção que servem como mediação ao processo de mudanças terapêuticas. Tais ensaios clínicos devem ter um desenho de pesquisa específico que permita especificar quais componentes do processo terapêutico são realmente efetivos e responsáveis pelas mudanças terapêuticas. Esses níveis específicos sobre os tipos de eficácia dão informações mais pormenorizadas sobre as psicoterapias com bom apoio empírico e sobre aquelas que se enquadram em outras categorias.

Na categoria II estão as psicoterapias que tem seu componente terapêutico bem validado através dos ensaios clínicos, no entanto não há dados suficientes que deem suporte para a teoria do qual o tratamento é derivado. Isso não implica necessariamente que a teoria

seja errada ou falsa, apenas significa que ou não há dados disponíveis, ou eles são ambíguos ou são apenas dados preliminares que não atendem ao padrão mínimo exigido. Devem ficar claras essas informações quando da avaliação da psicoterapia. No que concerne ao processo de validação do tratamento valem as mesmas considerações da categoria I. A categoria II na classificação dos autores corresponde ao tratamento bem suportado empiricamente na lista da divisão 12 da APA, com a diferença que explicita a falta de evidência em favor da teoria que embasa a psicoterapia. Na categoria III a situação é inversa, pois há evidência de que a teoria tem bom apoio, mas o tratamento em si ainda não é validado satisfatoriamente segundo as exigências requeridas. É necessário que sejam realizados mais ensaios clínicos para demonstrar a eficácia das psicoterapias e especificado, caso ela seja minimamente efetiva, a categoria de eficácia no qual ela se enquadra, quais sejam eficácia absoluta, relativa ou específica.

Na categoria 4 estão as psicoterapias para as quais não há suporte suficiente nem para a teoria que sustenta a psicoterapia em questão nem para os dados sobre qualquer espécie de eficácia. As psicoterapias que estão nessa categoria ainda estão em fase de investigação sendo necessário especificar na avaliação da psicoterapia se os dados não foram coletados, se são ambíguos quanto a dar suporte à teoria ou à eficácia ou se o grau de evidência em suporte de qualquer um deles é inferior ao *standard*. Já para as psicoterapias que estão na categoria V, há clara evidência contra o seu componente teórico, apesar de haver suporte empírico atestando a sua eficácia, podendo considerar que nesse aspecto ela é bem validada. No caso, há no mínimo dois estudos feitos por dois times de investigadores que invalidam a teoria em questão. O que é necessário ser feito nesse caso é elucidar a razão da psicoterapia encerrar efeito terapêutico e o real mecanismo por trás das mudanças ocasionadas pela intervenção. Ou seja, é preciso formular uma melhor explicação e desenvolver uma melhor base teórica para fundamentar a psicoterapia. Apesar de ser bem validada no que concerne a sua eficácia, caso as psicoterapias dessa categoria sejam apresentadas e utilizadas na clínica como cientificamente fundamentadas, elas devem ser consideradas pseudocientíficas por não atenderem os requisitos mínimos de cientificidade e se apresentarem enquanto tal.

Na categoria VI estão as psicoterapias em que seu componente teórico é bem validado, mas há dados que demonstram que a intervenção em si não é eficaz e também clara evidência contra o tratamento. Mais uma vez a exigência é que esses dados sejam obtidos por no mínimo dois estudos rigorosos feitos por pesquisadores diferentes. Uma das razões para a não eficácia da psicoterapia talvez seja a não adesão ao protocolo de tratamento ou a falta de competência do terapeuta. Pode ser ainda que a ausência de bons resultados seja devido a não

se ter derivado as técnicas devidas da teoria que explica o processo de mudança, já que ela é bem validada. O indicado no caso das psicoterapias enquadradas nessa categoria, caso o problema da sua ineficácia não seja uma inadequada adesão ao protocolo do tratamento, é que seja formulado um novo conjunto de técnicas e uma nova abordagem a partir da teoria bem validada e novamente seja testada quanto a sua eficácia.

No que concerne às psicoterapias que se enquadram na categoria VII, além de terem forte evidência contra as explicações teóricas que servem como fundamento para a intervenção, não há dados que validem a eficácia do tratamento. Quando a psicoterapia for colocada nessa categoria, deve ser especificada em detalhes se ela não é validada porque ainda não foram realizadas pesquisas de eficácia, porque os dados que foram obtidos não são suficientes para considerá-la bem validada ou ainda em razão de haver dados ambíguos quanto a eficácia da intervenção. É interessante que sejam feitas melhores formulações teóricas que contem com mais base empírica para fundamentar a intervenção, para então serem feitos os testes clínicos a fim de avaliar a sua eficácia. As psicoterapias que se enquadram na categoria VIII, além de terem forte evidência demonstrando a sua ineficácia, não têm seu componente teórico bem validado. Ocorre que as explicações teóricas sobre como ocorre o processo de mudança ainda não são corroboradas. Deve ser especificado em detalhes a relação dos dados com a teoria que é a base e fundamento da psicoterapia, que por sua vez já teve demonstrada sua ineficácia. Ou eles ainda não foram coletados, ou são preliminares, ou são ambíguos, com parte deles dando suporte a teoria e outra a contradizendo. Por fim, na categoria IX estão as psicoterapias que contam com forte evidência contra a sua base teórica além de evidência suficiente que atesta que a intervenção não é eficaz. Para os autores, caso a psicoterapia que figura nessa categoria for apresentada como cientificamente fundamentada, será um bom exemplo de prática terapêutica pseudocientífica.

Segundo a classificação que foi apresentada, as psicoterapias que atendem as exigências para serem enquadradas entre a categoria I a IV podem ser consideradas cientificamente orientadas. Apesar de apenas a categoria I ser bem validada. Assim são necessários esforços de pesquisa para esclarecer com a ajuda dos dados adicionais obtidos se realmente o tratamento mostra-se bem validado quanto a sua eficácia e o componente teórico da psicoterapia é empiricamente fundamentado. Para os autores, qualquer psicoterapia que cumpra os requisitos para ser enquadrada da categoria V à IX e for apresentada ou divulgada como embasada cientificamente pode ser considerada um exemplo de psicoterapia pseudocientífica. Isso porque há evidência suficiente comprovando a falta de eficácia do tratamento ou evidência experimental que contradiz a base teórica da intervenção. No entanto,

apesar dos autores considerarem pertinente o uso das categorias científico e pseudocientífico, eles também sugerem que é possível e talvez até melhor entender os tratamentos e diferenciá-los entre aqueles que são convencionais (I ao IV) daqueles que são complementares (V ao IX) seguindo a distinção no campo médico entre medicina científica convencional e a medicina alternativa e complementar. Isso para deixar claro e enfatizar a possibilidade o caráter móvel da categorização. O que é considerado intervenção terapêutica alternativa pode se tornar *mainstream*, contanto que se consiga dados suficientes e siga as exigências do modelo proposto para ser considerada enquanto tal. Da mesma forma novos estudos podem questionar aquilo que é considerado *mainstream* ou científico. O que é requerido é que esse movimento entre as categorias seja coordenado e decidido por meio de estudos empíricos que façam uso de uma metodologia rigorosa que garanta sua confiabilidade.

Quando se afirmar que uma psicoterapia deve ser classificada como pertencendo a uma categoria específica é necessário indicar em detalhes a quantidade de estudos conduzidos que respaldam tal consideração e de qual modalidade foi a avaliação tanto do componente teórico da intervenção quanto da eficácia. Por exemplo, se uma psicoterapia x pertence a categoria 1, deve ser feita uma descrição narrativa do material que suporta tal categorização. Deve ser dito, por exemplo, caso ela seja considerada pertencendo à categoria I, que a teoria foi testada em dois estudos experimentais e obteve dados que apóiam suas hipóteses, além de contar com dois ensaios clínicos feitos com desenho experimental que permitiram atestar que os fatores psicológicos assumidos pela psicoterapia realmente foram responsáveis pela mudança e pelo bom resultado terapêutico. Além disso, em três ensaios clínicos deve ter sido demonstrado que a psicoterapia é significativamente melhor para determinado problema ou transtorno específico que as intervenções consideradas *standards* para tal condição, possuindo, portanto, eficácia específica.

Na consideração de David e Montgomery (2011) o principal benefício de seu sistema classificatório é que para ser considerada cientificamente fundamentada uma psicoterapia necessita exibir tanto provas convincentes de sua eficácia como evidência empírica para o componente teórico da intervenção. Isso representaria um avanço em relação às tentativas anteriores no campo da psicoterapia em estabelecer intervenções fundamentadas empiricamente que só levavam em conta evidência quanto à eficácia. Quando se faz isso, se abre espaço para se considerar positivamente intervenções que são baseadas em pressupostos teóricos falsos e sem nenhuma fundamentação científica. Para os autores, exigir que o componente teórico das intervenções conte com evidência empírica é uma maneira de manter a integridade científica no campo e, além disso, proteger os pacientes e o público em geral de

tratamentos pseudocientíficos. Mesmo um tratamento mostrando-se em certa medida bem-sucedido e eficaz diante de certa situação clínica, caso a teoria que lhe seja subjacente tenha sido invalidada e conte com fortes evidências contra si, seria antiético utilizar tal intervenção. Tal intervenção não passaria de um simples placebo. O esquema também é mais conservador do que os anteriores por não aceitar que uma psicoterapia que conte com apenas um ensaio clínico atestando sua eficácia seja considerado provavelmente eficaz. Nesse caso, no esquema dos autores seria considerado que os dados são insuficientes para dizer se a psicoterapia é bem validada quanto a sua eficácia.

Outro ponto positivo do esquema segundo os autores é que ele encaminha e dá um melhor direcionamento ao debate sobre fatores comuns e fatores específicos em psicoterapia. Alguns autores como Wampold (2001) defendem que em psicoterapia os principais fatores responsáveis pelo processo terapêutico e por ocasionar mudança comportamental e psicológica são aqueles presentes em todas as psicoterapias como a aliança terapêutica, o apoio emocional, a conceitualização dos problemas clínicos, entre outros. Os fatores específicos e particulares a cada psicoterapia, como o conjunto de técnicas que lhes caracterizam e a forma específica de cada psicoterapia de abordar os problemas clínicos teriam mínima participação na mudança terapêutica. Não à toa, eles são críticos do movimento das psicoterapias baseadas em evidências. Do outro lado, os defensores das ESTs e das psicoterapias baseadas em evidências afirmam que os fatores específicos têm um papel relevante e decisivo no processo terapêutico, por isso buscam especificar qual psicoterapia é mais eficaz para certos transtornos e condições clínicas. Os proponentes do esquema concordam que fatores comuns desempenham papel relevante no processo terapêutico, mas destacam que o componente específico de cada intervenção desempenha um papel maior do que os defensores dos fatores comuns estão dispostos a aceitar. Para David & Montgomery (2011) a teoria do mecanismo de mudança terapêutica que eles exigem que seja avaliada e que é a base e fundamento das intervenções deve incorporar tanto os fatores comuns como os fatores específicos. Mais interessante do que focar em um fator ou em outro como o mais importante, seria procurar as interações entre elementos comuns e elementos específicos das psicoterapias e formular teorias de mudança terapêutica fundamentadas empiricamente.

Como reiterado, o esquema de David e Montgomery avança e é mais exigente do que o que existia no campo da psicoterapia quanto à avaliação científica das práticas terapêuticas. Além disso, explicitamente trata de buscar diferenciar e demarcar ciência e pseudociência no campo criando critérios próprios. No entanto, não ficou incólume a críticas. Apresentaremos a seguir a crítica que Lilienfeld (2011) destinou ao esquema dos autores além das contribuições

desse autor para a discussão sobre ciência e pseudociência em psicoterapia e em psicologia clínica.

2.5. A Proposta de Scott Lilienfeld

Entre as principais tônicas do trabalho acadêmico e intelectual de Scott Lilienfeld está a sua defesa da psicologia enquanto disciplina genuinamente científica e suas recomendações para que o psicólogo e os outros profissionais da saúde mental adotem as regras do pensamento científico e estejam firmemente fundamentados no conhecimento científico no seu exercício profissional. Sua vasta produção que engloba mais de 200 artigos em jornais acadêmicos, vários capítulos de livros, verbetes em enciclopédia e dezenas de livros concentra-se sobretudo em psicologia clínica, passando também por questões de cunho geral em psicologia e com menor frequência em outras áreas. As publicações de Lilienfeld no que se refere à psicologia clínica também abarcam um quadro largo, desde discussões conceituais de tópicos da área passando por questões de pesquisa na área de psicopatologia de maneira geral até um trabalho extenso de pesquisa empírica. No que se refere aos transtornos específicos, seu trabalho concentra-se principalmente em questões de etiologia, classificação, diagnóstico e avaliação da psicopatia, dedicando também espaço para os transtornos de ansiedade e de humor. Trabalhos conceituais e empíricos envolvendo avaliação e medidas de traços de personalidade de modo geral também constam de seus interesses e produção, especialmente a discussão sobre a relação entre certos traços de personalidade e o comportamento anti-social. Mas o que nos interessa por ora em Lilienfeld é sua teorização e produção sobre psicoterapia baseada em evidência e fundamentada cientificamente e seu trabalho conceitual para estabelecer critérios que demarquem ciência-pseudociência em psicoterapia.

Lilienfeld está entre aquele grupo de autores contemporâneos que tem um compromisso explícito em assegurar o lugar da psicologia no conjunto das ciências, postura esta imbuída de ares de militância em defesa da possibilidade e legitimidade de um saber científico sobre o comportamento e a vida mental do homem (Lilienfeld, 2010). Da mesma forma, reivindica controle de qualidade e um bem demarcado contorno científico no que tange à prática profissional do psicólogo e do clínico, vendo nisso condição indispensável para assegurar a integridade e o prestígio da ciência psicológica e da profissão perante o público (Lilienfeld, 1998). Seu trabalho nessa direção não se limita ao público acadêmico, costumeiramente lança livros sobre a temática e aparece nas mais diversas mídias de

comunicação para o público não especializado, o que reforça o seu aspecto de defensor público de uma ciência psicológica e das práticas psicológicas validadas cientificamente. Outro elemento estruturante de seu trabalho é sua ênfase na necessidade de um escrutínio racional e científico fincada numa postura cética diante da alegada eficiência terapêutica de tratamentos psicoterápicos, da validade dos instrumentos de avaliação clínica e do suporte empírico e científico no que tange aos diagnósticos psiquiátricos.

O autor foi um dos fundadores e é o editor de um jornal dedicado a essa empreitada, *The Scientific Review of Mental Health Practice*, que visa avaliar questões e teses controversas e não testadas no escopo das disciplinas que compõem o quadro da saúde mental (Lilienfeld, 2002). Nesse entorno, articula conceitualmente o que se configura enquanto pseudociência no âmbito da psicologia clínica, procurando identificar seu rastro nos mais variados domínios da disciplina. Fica explícito portanto que Scott Lilienfeld se insere no mesmo eixo teórico que agrega os psicólogos clínicos do *Clinical Scientist Movement*, tendo inclusive sido presidente *Society for a Science of Clinical Psychology*, além de considerar Richard Mcfall um personagem decisivo na sua formação intelectual (Lilienfeld & O'Donohue, 2007).

O autor é um dos principais articuladores da discussão sobre ciência e pseudociência em psicologia clínica e em psicoterapia, senão o principal, tendo editado junto com outros autores o livro *Science and Pseudoscience in Clinical Psychology* e publicado uma dezena de artigos sobre a temática. Como já foi especificada sua visão geral sobre pseudociência na área em tópico anterior, focaremos por ora em suas críticas e considerações ao esquema de classificação de David e Montgomery (2011) explicitando com isso suas proposições para demarcar ciência e pseudociência em psicoterapia e sua concepção de psicoterapia fundamentada cientificamente.

Lilienfeld (2011) vê como altamente positivo no esquema de David e Montgomery a inclusão da avaliação da base empírica do componente teórico das psicoterapias, justamente por evitar que se considere bem validada e apoiada empiricamente práticas terapêuticas que apesar de aparentemente eficazes tem como base teórica hipóteses carentes de evidência empírica. Para o autor, foi um grande passo em relação aos outros esquemas que existiam no campo como os critérios da divisão 12 da APA para tratamentos validados empiricamente. Isso porque estes davam margem para se considerar apoiada empiricamente intervenções pseudocientíficas e que utilizam ideias claramente contrárias à ciência. Apesar dessas considerações positivas, Lilienfeld tem algumas ressalvas ao esquema dos autores.

Lilienfeld (2011) levanta um desafio ao esquema dos autores quanto à questão de haver qualquer explicação teórica apoiada por evidência de como as psicoterapias encerram trabalho terapêutico e mudança a nível psicológico e comportamental. Para o autor, a não ser por pouquíssimas exceções, não se sabe explicar satisfatoriamente como e porque as psicoterapias ocasionam mudança terapêutica. Até mesmo as bem estabelecidas terapias comportamentais para fobias que utilizam dessensibilização sistemática não contariam com uma explicação teórica não ambígua sobre o processo de mudança terapêutica. Não há acordo entre os pesquisadores, nem evidência clara se as intervenções baseadas em exposição sistemática trabalham por meio de habituação, mudança nas expectativas, alteração nas redes conexionistas ou por outro mecanismo que não estes. Até mesmo não se sabe se essas explicações poderiam dar conta do mesmo fenômeno, mas em níveis de explicações diferentes tal como mudanças das expectativas refletindo-se em mudanças em conexões implícitas (Lilienfeld, 2011). Com as terapias cognitivas ocorre o mesmo. Não há evidências inequívocas a respeito do mecanismo psicológico que explica os benefícios e o modo de ação dessas terapias. Apesar de os terapeutas cognitivos afirmarem que elas agem e proporcionam ação terapêutica por meio de mudança e reestruturação das cognições, há evidências que sugerem que o elemento comportamental dessas terapias e não propriamente o seu componente cognitivo seria o responsável por sua eficácia (Dimidji et al., 2006). Além disso, alguns autores sugerem (Ilardi & Craigh, 1994) que a redução dos sintomas durante o processo terapêutico ocorre durante as primeiras semanas do tratamento antes que as intervenções cognitivas sejam feitas e que seja possível uma reestruturação cognitiva. A falta de pesquisas e dados que explicitem o modo de ação das intervenções psicológicas põem um desafio ao esquema de David e Montgomery (2011) porque presentemente nenhuma terapia poderia ser considerada bem validada quanto ao seu componente teórico.

Lilienfeld (2011) também considera problemática a exigência de apenas dois estudos rigorosos como condição suficiente para atestar a validade empírica das teorias sobre mecanismo de mudança. O autor lembra que é necessário uma grande quantidade de evidências advindas de várias fontes para dar suporte a qualquer teoria, inclusive a que tenta explicar o mecanismo de ação de uma intervenção terapêutica. Mesmo que a teoria contasse com esse conjunto de evidências que não se consegue com apenas duas ou três pesquisas mostrando que suas hipóteses não foram falseadas, ela seria apenas corroborada e não confirmada ou totalmente validada. Outro problema relacionado com as pesquisas empíricas para avaliar o mecanismo de ação das psicoterapias é que as hipóteses da teoria que se quer testar sempre estão associadas às hipóteses auxiliares tais como a aliança terapêutica, o

tamanho e adequação da amostra, a adequação da randomização, o treinamento e a habilidade do terapeuta entre outras. Caso na pesquisa sobre a teoria se obtenha dados negativos é difícil distinguir se eles devem ser atribuídos à falsidade da teoria ou às hipóteses auxiliares e às condições de pesquisa.

Lilienfeld (2011) acolhendo a proposta de Kazdin (2009) destaca algumas exigências que os estudos de mediação de mudança realizados por meio de ensaios clínicos devem cumprir para que se entenda e se tenha clareza sobre o mecanismo de ação das intervenções. Para obter segurança sobre se a teoria sobre o mecanismo de ação realmente conta com evidência é necessário que nos estudos o mediador de mudança hipotetizado (nas terapias cognitivas a mudança nas cognições) tenha larga magnitude para poder se creditar e inferir que o resultado se deu por conta dele, além de ser necessário utilizar o mesmo mediador entre as pesquisas e com diferentes pesquisadores. Outra exigência é que seja especificado se somente a hipótese variável, no caso o mediador específico, é responsável pelo resultado da terapia ou outros fatores também o são e o que pode ser creditado a cada um deles. Tem que ser notado também se o resultado positivo da intervenção acontece antes ou depois de o mediador mudar, como por exemplo detectar se os sintomas de ansiedade diminuem só depois que há mudança nas cognições, garantindo que este último é realmente responsável pelo processo terapêutico. O desenho experimental deve possibilitar também que se perceba que a manipulação nos ensaios clínicos do mediador hipotetizado vai se refletir diretamente em mudança nos resultados, garantindo que há uma relação forte entre eles. Observa-se, portanto que é impossível a uns poucos estudos esclarecer o modo de ação das intervenções, sendo necessário mais que dois estudos como exigidos por David e Montgomery (2011) para obter os dados suficientes para analisar a plausibilidade empírica das teorias sobre o mecanismo de ação das intervenções.

Outro ponto problemático para Lilienfeld (2011) no esquema de David e Montgomery (2011) e de qualquer outro que exija evidência empírica para o componente teórico das psicoterapias é o risco de falsos negativos, que são as intervenções claramente eficazes, mas que contam com nenhuma ou pouca evidência para o seu componente teórico. Considere uma situação em que uma intervenção se mostre muito eficaz para certo transtorno, mas não se sabe a razão nem a maneira como tal intervenção produz tais resultados. Tal psicoterapia se mostrou em sucessivos ensaios clínicos feitos por pesquisadores diferentes mais eficaz e bem sucedida do qualquer um dos tratamentos existentes para tal transtorno e pertence à categoria II (bem válida quanto ao componente terapêutico e sem dados para a teoria) segundo o esquema. Poderia acontecer até mesmo que tal psicoterapia fosse mais eficaz do

que outra que no esquema dos autores estaria na categoria I, pois além de se mostrar eficaz (mas não tanto que a outra) ainda tem em seu favor evidências suportando sua teoria. Ou até mesmo poderia ocorrer dessa terapia que é misteriosamente eficaz ser baseada em hipóteses teóricas que se mostraram falsas e pertencer à categoria III. De acordo com o esquema dos autores seria possível então uma psicoterapia estar na categoria III e ser mais eficaz do que outras que estão na categoria II ou até mesmo I. Lilienfeld (2011) considera que o resultado e o benefício que as intervenções trazem ao cliente deve ser o critério central e mais importante em qualquer sistema de classificação não deixando de ser problemático que em alguns sistemas de classificação psicoterapias mais eficazes do que outras ocupem um lugar inferior na hierarquia. Caso se assuma que as psicoterapias pertencentes a categorias mais altas na hierarquia são melhores do que as que ocupam posições mais baixas devendo ser privilegiadas no momento da ponderação sobre a melhor intervenção, os pacientes podem ser privados das intervenções mais eficazes (Lilienfeld, 2011). Esse é um problema que esquemas hierárquicos de classificação das psicoterapias que incluem a avaliação do componente teórico devem lidar de alguma maneira.

Lilienfeld (2011) entende que um dos principais problemas do sistema de classificação que avalia a base empírica do componente teórico das psicoterapias é adotar uma perspectiva clássica de probabilidade em que independente da teoria que está sendo avaliada o que conta é a quantidade de estudos que lhe dão suporte. Como já foi comentado mais acima a respeito a respeito da adoção de uma perspectiva bayesiana por Lilienfeld (2011), para o autor mais interessante é avaliar a evidência referente à teoria sobre o mecanismo de intervenção das psicoterapias no contexto da plausibilidade teórica das teorias. Caso haja igualmente dois estudos que deem suporte quanto à eficácia tanto a uma terapia energética como a um tipo de terapia cognitivo comportamental isso não quer dizer que as duas estão no mesmo patamar quanto à evidência empírica em seu suporte.

Para o autor, quando se avalia a eficácia específica das intervenções, o componente específico das intervenções que são responsáveis pelo bom resultado do tratamento e as teorias sobre o mecanismo da intervenção, a plausibilidade a priori da teoria deve ser levada em consideração. A plausibilidade a priori das teorias diz respeito à sua coerência interna, a sua conectividade e não contradição com a evidência científica bem estabelecida e com as teorias científicas bem estabelecidas. Dessa maneira se a plausibilidade de uma teoria que é o fundamento de uma intervenção psicoterapêutica é baixa, é necessário que haja muito mais evidência empírica quanto à eficácia específica do tratamento do que se a plausibilidade da teoria fosse moderada ou alta. O aporte bayesiano também é útil para saber distinguir entre

tratamentos científicos e pseudocientíficos, porque a plausibilidade teórica destes últimos é baixa. Lilienfeld não propõe nenhum esquema classificatório no modelo de David e Montgomery (2011), apenas pontua que um aporte bayesiano pode ser útil para enfrentar alguns desafios do sistema classificatório que incluem em sua avaliação o componente teórico das intervenções. Uma das implicações de se adotar tal aporte é que caso uma intervenção tenha um modelo teórico como base com pouco suporte ou nenhum ele não deve necessariamente ocupar um lugar inferior num sistema hierárquico de tratamentos baseados em evidência. Apenas se exige que haja um conjunto de evidências mais substancial do que para tratamentos que se baseiam num modelo teórico mais plausível. Além disso, tal aporte proporciona que não se avalie as pesquisas de resultados e processos de intervenção num vácuo, pois de antemão já se considera a plausibilidade teórica.

Lilienfeld também é um árduo defensor do uso de metodologia experimental para se apreender os fenômenos clínicos. Para ele, o estudo de eficácia em psicoterapias, sob certo controle experimental e com uma metodologia rigorosa, é uma das condições necessárias para estabelecer o status científico das psicoterapias e para avaliar com precisão os efeitos de uma intervenção. O uso desses recursos metodológicos justifica-se entre outras coisas porque protege o clínico dos erros e os vieses que são intrínsecos à inferência humana e as observações informais na obtenção de conhecimento clínico (Lilienfeld, Ristchel, Lynn, Cautin, & Latzman, 2014). Lilienfeld et al. (2014) apontam quatro das dificuldades que surgem dessa inferência do clínico, em outras palavras, de seus processos de raciocínio, impedindo essa acurácia: realismo ingênuo, viés de confirmação, a ilusão de causalidade e a ilusão de controle. O realismo ingênuo tal como entendido pelos filósofos é a assunção de que o mundo é tal como a gente o vê, como se a realidade fosse exatamente tal como aparece à nossa experiência consciente através dos sentidos. A questão é que tal crença é errônea devido ao fato de que o mundo não é tal como percebemos diretamente via os sentidos, pois o processo perceptivo apesar de ser ‘constrangido’ pela realidade é ativo e também moldado por vieses, interpretações e expectativas que influenciam a percepção do mundo. Dizer que mudança é real porque se viu com os próprios olhos e assegurar a efetividade do tratamento apoiado em julgamentos intuitivos é assumir o realismo ingênuo (Lilienfeld et al., 2014). Essa postura pode resultar na percepção de mudança quando esta não ocorre ou na interpretação errônea dos fatores envolvidos na mudança, razão pela qual é importante o controle dos fatores nos estudos de avaliação de psicoterapia para tal afirmação.

Já o viés de confirmação é uma atitude cognitiva natural que diz respeito à tendência de procurar evidências que estejam de acordo com as expectativas e hipóteses do sujeito e por

outro lado distorcer, rejeitar ou não perceber eventos e fatos que não vão de acordo e contradizem as expectativas. Como o clínico naturalmente espera a mudança e melhora do paciente, eles podem enviesar sua percepção e ver mudança em sua ausência. Além disso, os terapeutas podem subestimar e não levar em consideração suas intervenções que não seguiram em melhora e sobreestimar aquelas que aparentaram ser bem-sucedidas fazendo com que sua avaliação geral seja enviesada e pouco confiável. Uma maneira de driblar esse viés é avaliar objetivamente e monitorar sistematicamente os sintomas do cliente. A ilusão de causalidade ocorre quando percebemos uma relação causal entre dois fenômenos quando da sua ausência. Caso haja uma melhora no paciente que está submetido à psicoterapia, o profissional pode ser levado naturalmente a estabelecer uma relação de causalidade direta entre sua intervenção e essa mudança positiva, esquecendo que outros fatores que não estão tanto em evidência como eventos externos à psicoterapia ou efeito placebo podem ser os responsáveis pela mudança (Lilienfeld et al, 2014). E por último, a ilusão de controle se refere à propensão de superestimar o alcance das próprias ações, atribuindo a si mesmo um poder causal exagerado e injustificado. Devido a esses vieses, o terapeuta pode sobrevalorizar suas ações no setting clínico enquanto agente de mudança, sendo por isso necessário o recurso a uma metodologia para neutralizar esses vieses nos estudos sobre eficácia em psicoterapia.

Neste capítulo foi descrito como o debate ciência-pseudociência em psicologia clínica e em psicoterapia tornou-se uma das principais tônicas do CSM. A centralidade desse debate se justifica entre outras razões pela tentativa do CSM de estabelecer a base científica da disciplina e da prática terapêutica, além da proliferação na área de práticas com eficácia não comprovada e de teorias que se apresentam como científicas, mas carecem das características específicas do conhecimento científico. Apesar de na filosofia da ciência não haver acordo quanto ao critério específico que delimita ciência e pseudociência nem haver uma distinção clara e simples entre esses dois domínios, não quer dizer que tal distinção não exista nem que possa haver um conjunto de características que sirva para delimitá-los. Apesar de ter sido usual na filosofia da ciência tentar estabelecer um único critério que delimite a fronteira ciência-pseudociência, tem se tornado consenso no debate contemporâneo que uma abordagem multicriterial será mais bem-sucedida. Além disso é necessário ainda que junto com esses critérios gerais, cada campo específico formule aqueles próprios ao seu domínio para a distinção ser útil e possa se ter clareza no julgamento do que se configura como ciência ou pseudociência.

Do ponto de vista do modelo de ciência pressuposto, percebe-se um alinhamento com a tese do falsificacionismo popperiano. O movimento aceita um critério de demarcação do

conhecimento científico bem realista quando assume que a ciência tem como ideal representar adequadamente a realidade que pressupõe independente da linguagem e da mente humana. Isso não impede que ele flerte com concepções probabilísticas de ciência e tenha como ideal a confirmação progressiva de certas hipóteses aproximando-se de modelos probabilísticos de ciências como o bayesiano. No campo das psicoterapias, o debate sobre a demarcação ciência e pseudociência tem se concentrado, sobretudo, no esforço para formular sistemas de classificação de psicoterapia baseados em evidência e suportados empiricamente. Foi apresentado aqui o esquema hierárquico de classificação das psicoterapias de David & Montgomery (2011) que incorpora em sua avaliação tanto evidências quanto a eficácia da intervenção, e leva em conta a existência de base empírica para o componente teórico do tratamento. Apesar de ser um passo a frente em relação aos sistemas de avaliação de psicoterapias ainda apresenta algumas limitações como aponta Lilienfeld (2011). Para ele, o componente teórico das psicoterapias não pode ser avaliado num vácuo e ser validado por apenas dois estudos experimentais como propõe David & Montgomery (2011). A solução para ele quando se avalia o componente teórico da psicoterapia é utilizar uma abordagem bayesiana considerando os estudos empíricos à luz da plausibilidade da teoria. No próximo capítulo consideraremos as críticas ao CSM e a ideia de psicoterapias fundamentadas cientificamente.

CAPÍTULO 3:

CONSIDERAÇÕES CRÍTICAS AO *CLINICAL SCIENTIST MOVEMENT*

Neste capítulo vamos elaborar algumas críticas ao *Clinical Scientist Movement*. Apesar de a literatura crítica sobre o CSM ser escassa, há uma série de trabalhos sobre o status científico da psicologia clínica e sobre o problema da base científica das psicoterapias que de certa forma cumprem o papel de material crítico a algumas de suas posições e ideias. É o caso, por exemplo, das críticas feitas ao movimento das psicoterapias fundamentadas empiricamente ou baseadas em evidência que atingem em determinados pontos o programa e a proposta do CSM. Ou ainda as críticas feitas aos limites dos experimentos em psicoterapia e em psicologia clínica e aos limites do método científico tradicional no estudo dos fenômenos clínicos. Ou seja, há todo um material que critica determinadas posições e teses defendidas pelo *Clinical Scientist Movement*, apesar de associar tais posições ao movimento.

Muita insatisfação com as propostas do CSM advém dos terapeutas e psicólogos clínicos que não se dedicam à prática de pesquisa e atuam principalmente junto ao público como profissionais. Para eles, o ideário do movimento, em sua tentativa de alinhar a todo custo a psicoterapia ao *mainstream* científico, acaba descaracterizando a prática clínica-terapêutica. Para os autores que defendem o CSM esses clínicos utilizam geralmente argumentos de cunho emocional sem muito fundamento lógico, apenas porque as ideias defendidas ameaçam sua estabilidade profissional e muitas vezes suas crenças que são mantidas mais por apego ao seu conteúdo do que pela sua justeza lógica. O que se vê nesse embate é uma nova configuração da relação conflituosa entre cientistas e profissionais psicólogos que é antiga e concomitante ao surgimento da profissão do psicólogo.

No primeiro momento apresentaremos algumas críticas dirigidas à visão de psicoterapia de acordo com o ideário do CSM, explicitando porque segundo certos autores ela seria insuficiente e problemática e porque não faria jus à realidade e possibilidades da prática terapêutica. Posteriormente apresentaremos as críticas à relação entre ciência e prática clínica idealizada pelo CSM, focando nas críticas à premissa de que a prática terapêutica deve ser

baseada exclusivamente no conhecimento produzido pelo método científico tradicional. Posteriormente são apresentadas algumas críticas elaboradas a partir do pensamento pós-moderno em psicoterapia contra o ideal de cientificidade e objetividade e a centralidade e importância dos experimentos nas pesquisas em psicoterapia. Por fim, apresenta-se algumas críticas ao uso acrítico das categorias do DSM pelo CSM e à negligência de discussão sobre alguns tópicos centrais em filosofia da psiquiatria que se relaciona diretamente ao debate proposto pelo movimento.

3.1. Crítica à Visão de Psicoterapia do CSM

Em capítulos precedentes defendeu-se que de acordo com as propostas do *Clinical Scientist Movement* a psicoterapia é compreendida como uma prática médica que a partir de determinadas técnicas terapêuticas visa reduzir certos sintomas. Isso fica explícito pela aproximação do CSM e do movimento das psicoterapias baseadas em evidências com a medicina baseada em evidência e pela defesa intransigente dos ensaios clínicos randomizados como base para as pesquisas sobre eficácia em psicoterapia. Ora, o que os ensaios clínicos fazem é utilizar certos recursos metodológicos para averiguar se os sintomas alvos da intervenção diminuiriam no transcorrer do processo, sendo sua avaliação limitada a esse objetivo. Além disso, foi destacado que a prática terapêutica é compreendida como uma espécie de tecnologia derivada de conhecimento básico sobre os fenômenos psicológicos produzida pela ciência psicológica, da mesma maneira que uma tecnologia que manipula a estrutura molecular dos alimentos baseia-se na química para ser produzida e efetivada. Isso vai se desdobrar por fim na visão de que o terapeuta é uma espécie de tecnólogo ou algo do gênero que munido de certas técnicas embasadas numa teoria visa resolver certos problemas comportamentais e emocionais.

Há toda uma tradição no campo das psicoterapias que entende tal alinhamento da prática clínica psicológica com a prática médica constituindo-se numa espécie de tecnologia como altamente problemática. Isso porque seria uma extrapolação que limita e não faz jus ao que realmente é a prática do terapeuta e negligencia suas reais potencialidades. Toda a tradição de psicoterapia ligada a corrente humanista e existencial desenvolve uma série de críticas a essa concepção de psicoterapia. Para Elkins (2009) a prática terapêutica, por ser primordialmente baseada numa genuína relação humana em que uma das partes oferece

suporte terapêutico, não se assemelha em sua extensão com as práticas médicas como sugere sua concepção tecnicista.

Um dos problemas de se adotar uma perspectiva médica em psicoterapia de acordo com o pensamento humanista é que as causas do que é chamado “doença mental” são dificuldades pessoais e interpessoais, ao contrário das doenças físicas que têm um conjunto de causas fisiológicas bem definidas, um curso de desenvolvimento e um desfecho bem conhecido (Elkins 2009). Além da ausência de um marcador biológico indicando claramente a base orgânica e fisiológica das doenças mentais, outro argumento contra a adoção do modelo médico é que o conjunto de práticas realizadas pelos terapeutas não se assemelham exatamente com os procedimentos médicos. O ato de ouvir e dar suporte emocional a uma pessoa que em desespero está falando sobre a dor de perder um ente querido ou a tentativa de confortar uma pessoa que se sente solitária não se assemelha às tradicionais práticas médicas com seus fins curativos. A predominância do modelo médico no campo da prática clínica, ao invés de ser uma necessidade colocada pela realidade da demanda clínica, seria melhor explicada segundo alguns críticos por razões mercadológicas e financeiras ligadas à companhias de seguro de saúde (Elkins, 2009). Nos Estados Unidos, por exemplo, para os psicólogos serem reembolsados pelos seguros de saúde é necessário que os tratamentos utilizados sejam reconhecidos como tendo apoio empírico. As pesquisas sobre tratamentos suportados empiricamente por sua vez são feitas utilizando as categorias nosológicas que classificam e definem as doenças mentais adotando claramente o modelo médico em seu interior. O que acaba ocorrendo é que para poder receber o dinheiro dos seguros os terapeutas muitas vezes acabam tendo que encaixar o problema do cliente numa categoria nosológica do DSM mesmo sabendo que o caso em questão não se trata definitivamente de um transtorno mental ou algo do tipo. Para Elkins (2009) tal problemática ética é umas das consequências de se impor o modelo médico em psicoterapia e querer atender a todas as exigências dos seguros de saúde não reconhecendo a inadequação do modelo em si para descrever o que realmente é o processo terapêutico.

Seriam, portanto, razões políticas e econômicas que fazem com que o modelo seja predominante no campo das psicoterapias. Ao utilizar o modelo médico em psicoterapia, o que se busca segundo Elkins (2011) é aproximar o campo tanto da ciência como da medicina que são dois pilares da sociedade ocidental que gozam de enorme prestígio e respeitabilidade. Ou seja, é uma tentativa de se alinhar ao *mainstream*, às custas de negligenciar a própria especificidade da prática clínica, para ganhar visibilidade e envolver a psicoterapia numa aura de poder emprestada, segundo Elkins (2009), indevidamente da medicina e da ciência.

Apresentar o terapeuta como uma espécie de médico capacitado para diagnosticar transtorno mental e oferecer tratamentos baseados em evidência e suportados empiricamente com certeza empresta à profissão certo prestígio e poder. Diferente de descrevê-lo, apesar de ser mais acurado segundo o autor, como alguém que ouve e presta ajuda a pessoas que estão sofrendo, passando por dificuldades existenciais e experienciando emoções dolorosas baseado em sua experiência humana e clínica e em conhecimentos psicológicos. Tal descrição aproxima o terapeuta mais da figura do conselheiro ou de um conselheiro espiritual. Isso por sua vez tem muito menos prestígio do que aproximar e fazer o terapeuta posar como uma espécie de médico.

Outra razão do modelo médico vir sendo imposto há tanto tempo ao campo das psicoterapias e ainda hoje manter sua predominância segundo Elkin (2009) é o fato de a área ter se acostumado a ver o processo terapêutico em termos médicos, desde seu surgimento a partir do trabalho freudiano. Isso por sua vez dificulta e impede que se perceba o que realmente define um processo psicoterapêutico. Além do que, o que reforça tal predominância e torna o campo apegado a tal modelo é que determinados problemas mentais e emocionais tal como o autismo, o retardo mental e a esquizofrenia realmente tem um componente genético e causas fisiológicas o que tornam justificável adotar certa perspectiva médica. No entanto, seria inadequado na compreensão humanista querer estender esse modelo para uma gama de problemas emocionais e mentais que não são doença em nenhum sentido do termo, podendo ser melhor entendidos como dificuldades humanas ocasionadas por situações estressantes em manejar certos acontecimentos no âmbito pessoal ou interpessoal (Elkins, 2009). Além do que boa parte das pessoas que procuram por terapia ou ajuda profissional não o fazem por razões médicas ou por apresentarem transtornos psicológicos. A razão que os levam a procurar ajuda profissional está associado à busca, muitas vezes, de alguém que baseado em experiência profissional e humana pode oferecer ajuda e suporte para lidar com certas demandas colocadas pela vida. É comum as pessoas procurarem um terapeuta visando crescimento pessoal, auto-conhecimento e uma melhor compreensão dos seus sentimentos, que são objetivos bem diferentes de procurar ajuda para tratar transtornos psicológicos ou curar-se de uma doença qualquer.

Propor uma alternativa para essa visão de psicoterapia baseado num modelo curativo e que se quer tal como as práticas médicas que visam e têm como fim apenas uma diminuição de certa sintomatologia, é um dos objetivos de algumas escolas em psicoterapia tais como a psicanalítica e a própria tradição humanista. O foco do movimento humanista em psicoterapia e em psicologia clínica não está propriamente na “cura” ou no tratamento de doenças mentais,

mas em objetivos tais como o crescimento pessoal, maior autoconsciência dos próprios sentimentos e emoções e desenvolvimento de habilidade para manter relacionamentos interpessoais mais efetivos e saudáveis (Rogers, 1972). O objetivo da intervenção não está em aplicar técnicas curativas que visam restaurar determinada ordem que foi desestabilizada por certos fatores psicopatológicos. O foco da terapia, que é entendida, sobretudo, como um processo interpessoal, está no desenvolvimento de uma relação de total empatia, no cuidado incondicional e na congruência do terapeuta para com o cliente. A própria preferência do termo cliente ao invés de paciente indica a tentativa de romper com essa visão médica do processo terapêutico.

Vê-se que de acordo com o ideário do CSM o clínico seria também uma espécie de prestador de determinado tipo de serviço para um grupo específico de consumidores, sendo a relação entre o terapeuta e o cliente mediada pela ética do mercado e do direito do consumidor. Isso por sua vez é congruente com a concepção técnica de intervenção psicoterapêutica e com a compreensão do terapeuta como um psicotecnólogo. Figueiredo (1996), a partir de uma perspectiva psicanalítica, critica tal concepção vendo a função da clínica psicológica a partir de outro prisma e de um outro *ethos*. Para ele, a prática clínica se caracteriza primeiramente pela escuta do interditado e pela sustentação das tensões e conflitos devendo ser pensada a partir de uma ética que não seja aquela que regula a relação entre um prestador de serviços e seus respectivos consumidores.

A caracterização da prática clínica e da psicoterapia como, sobretudo, aplicação de um conhecimento básico sobre processos psicológicos na forma de técnicas terapêuticas é outra posição controversa defendida pelo CSM e muito criticada por alguns clínicos e autores. De acordo com o *Clinical Scientist Movement* a clínica é um espaço apenas de aplicação de conhecimento, não sendo propriamente um lugar privilegiado para a construção e aquisição de conhecimento legítimo sobre os fenômenos clínicos que podem ser utilizados para fundamentar e sustentar sua própria prática. Em momento anterior do trabalho, foi destacado o quanto o CSM é contrário a ideia de que o exercício da clínica pode gerar uma experiência ou um tipo de saber que é irredutível e que substitui o conhecimento teórico produzido pelo método científico como fundamento e base das intervenções terapêuticas. Para Mcfall (2000) alegar que o conhecimento adquirido no exercício da clínica, que ele define como uma espécie de saber intuitivo, possa substituir o conhecimento produzido pela ciência psicológica como base da prática psicoterapêutica seria justamente renunciar a fundamentar cientificamente as psicoterapias. No máximo, se entende que o *setting* clínico possa sugerir e inspirar algumas hipóteses clínicas e gerar questões de pesquisa que por sua vez devem ser

testadas por meio de experimentos tendo em vista avaliar a sua validade ou falsidade (Miller, 1998). É bastante intuitivo pensar que toda a gama de pesquisas científicas produzidas pelos psicólogos é a base que fundamenta as técnicas e atuação dos terapeutas que a partir desse conhecimento básico desenvolvem intervenções com vista a resolver e tratar os problemas clínicos. Aliás, essa é uma ideia compatível com a perspectiva de que o processo terapêutico é uma espécie de tecnologia.

Para Figueiredo (1996), que parte de uma perspectiva psicanalítica de clínica, o que é problemático na concepção de que a prática terapêutica é uma espécie particular de aplicação de conhecimento científico é que ela não deixa margem para pensar a clínica e seu exercício como um espaço *sui generis* para o desenvolvimento de um saber que só pode ser adquirido nesse *setting* e que não se transforma em algo como uma teoria ou um saber representacional. Além disso, o autor destaca que historicamente a clínica não se constitui como simplesmente aplicação de conhecimento, ressaltando que Freud quando iniciou sua prática clínica não dispunha de um *corpus* teórico disponível para fundamentá-la. E até mesmo quando a teoria psicanalítica estava estabelecida, a prática clínica psicanalítica nunca se resumiu a simplesmente aplicação de conhecimentos (Figueiredo, 1996). Para ele, é necessário repensar de maneira geral a relação entre conhecimento básico e práticas psicológicas, superando a noção simplista de que estas seriam apenas uma forma de aplicação de conhecimento. Seria necessário conferir um status cognitivo a prática clínica e as práticas psicológicas de maneira mais geral que contradiga a noção de que elas encerram apenas aplicação de conhecimento. Figueiredo (1995) parte da noção de que as práticas psicológicas estão impregnadas e orientadas pelo que ele considera conhecimento tácito, que não é diferente da concepção de Mcfall (2000) de conhecimento intuitivo, que guarda profundas diferenças em relação ao conhecimento representacional que ele identifica com o conhecimento teórico formal. E isso, longe de ser um defeito ou algo a ser corrigido pela progressiva substituição desse saber por algo mais científico, seria constituinte e necessário para o bom exercício da clínica.

O debate sobre o quanto o clínico se vale de sua experiência clínica, de intuição ou de algo como uma consciência pré-reflexiva ou um conhecimento tácito leva mais uma vez à questão de como se compreende a função e a figura do terapeuta. Os autores que defendem que esse tipo de informação deve orientar a prática terapêutica tendem a levantar a questão do papel que a psicoterapia representa no mundo moderno enfatizando a especificidade da relação terapêutica em relação ao tipo de relações humanas características de sociedades contemporâneas marcadas pelo individualismo. Elkins (2009) destaca o quanto a psicoterapia enquanto fenômeno cultural representa um tipo de compensação para a quebra dos laços e do

modo de convivência das sociedades tradicionais. O autor traça essas considerações a partir do livro *Habits of the heart: Individualism and commitment in American life* (Bellah, Madsen, Sullivan, Swidler e Tipton 1987) sobre a expansão do consumo de psicoterapia na sociedade americana no pós-guerra em que ele identifica a psicoterapia como uma das instituições que serviram como suporte para a perda do sentido de comunidade e o desfalecimento dos modos de relações típicos de sociedades baseadas em valores coletivos.

Outro ponto alvo de muitas críticas contra o movimento das psicoterapias baseada em evidências e que atinge também o CSM é a exigência de que os terapeutas utilizem os manuais de psicoterapia em sua prática profissional sempre que estes estejam disponíveis para o caso clínico em questão. O uso de manuais é justificado por parte dos seus defensores por ser uma maneira de garantir que a intervenção será implementada da mesma maneira que nos ensaios clínicos randomizados. Como a intervenção nos ensaios clínicos foi guiada pelos manuais, é necessário que se garanta que no setting “real”, caso se queira os bons resultados dos estudos controlados, utilize-se à risca a mesma intervenção. Os manuais são, portanto, uma maneira de uniformizar as intervenções assegurando que as ações dos clínicos vão ser orientadas estritamente de acordo com as pesquisas. Segundo Henry (1998), a utilização dos manuais não garante que os clientes receberão a melhor intervenção possível, pois é mais benéfico que o tratamento seja estruturado de acordo com a necessidade e especificidade de cada cliente em particular, atentando-se às peculiaridades do caso e do próprio sujeito. Além disso, Garfield (1996) e Henry (1998) destacam que terapeutas treinados para utilizar manuais não terão flexibilidade diante dos protocolos quando determinados casos clínicos o exigirem e não saberão lidar com os imprevistos e as surpresas que eles terão diante de si. Outro ponto que é criticado no que se refere à intervenção terapêutica ser orientada pelos manuais é que ela criaria uma falsa impressão de que conduzir um processo terapêutico é algo parecido com seguir uma espécie de receita de bolo. Os críticos dos manuais enfatizam que o que é realmente necessário é que os terapeutas desenvolvam algumas competências humanas e um conjunto de habilidade indispensáveis para se exercer a prática clínica e não serem capazes de seguir mecanicamente um série de protocolos.

No próximo tópico discutiremos as críticas à relação entre ciência e psicoterapia pressuposta pelo CSM. Tais considerações ajudarão a explicitar o fundamento de algumas críticas dirigidas ao modelo de psicoterapia que é congruente com o ideário do *Clinical Scientist Movement*.

3.2. Revendo a Relação entre Ciência, Técnica e Psicoterapia

A ideia central do CSM de que as práticas clínicas-terapêuticas sejam orientadas por princípios científicos, se traduz de diversas maneiras. Uma é na insistência para que as práticas psicoterapêuticas tenham uma base teórica derivada de pesquisas científicas, outra é na defesa de que decisões dos clínicos sejam na medida do possível baseadas e orientadas por avaliações psicométricas, e ainda na ênfase para que as intervenções sejam baseadas em manuais de psicoterapia para serem mais precisas. Além, é claro, da ênfase nos estudos de eficácia que deveriam regular quais tratamentos podem ou não ser oferecidos ao público.

Já as críticas dirigidas à busca desse ideal de cientificidade se dirigem em parte ao modo como ela repercute no modelo de psicoterapia por focar exclusivamente em seu aspecto técnico e alinha-la ao modelo médico, desconsiderando algumas características e elementos das psicoterapias que são importantes e constituem o seu cerne. Outra parte das críticas tem como alvo o próprio ideal de cientificidade. O que é questionando é a ideia de que o conhecimento científico e a ciência em si possuam um privilégio epistêmico em relação a outras formas de conhecimento e se o alinhamento da prática clínico-terapêutica com a ciência realmente é necessário tendo em vista suas especificidades, que a tornam mais um procedimento técnico ou uma modalidade de tecnologia. Entra em questão também a tentativa de estabelecer uma fronteira entre os procedimentos da ciência e o universo das práticas clínicas, apontando a diferença e a irredutibilidade desses dois campos e destacando como o faz Miller (1998) que a prática clínica não precisa ter como ideal ser fundada na ciência, mas sim na própria prática.

Algumas correntes no campo da psicologia clínica buscam aproximar e trazer contribuições de movimentos filosóficos como a hermenêutica e o existencialismo para tratar e pensar essas questões. Tais correntes filosóficas guardam uma relação de distância crítica tanto dos pressupostos filosóficos da modernidade e sua busca dos fundamentos seguros do conhecimento quanto da pretensão de cientificidade que acompanha os saberes desde a aurora do pensamento moderno. No campo da psicologia clínica, tanto o pensamento hermenêutico quanto o existencialista e a filosofia de Heidegger servem como *corpus* e base para a atitude de reserva crítica diante dos pressupostos filosóficos que embasam o projeto de fundamentar cientificamente a prática terapêutica. Tanto por se opor à concepção tecnicista de psicoterapia que está implicado nessa visada científica e que é solidária à concepção de técnica que emerge da modernidade como por vislumbrar a prática clínica como uma atividade que não pode ser orientada pelos ditames da racionalidade científica.

A influência do pensamento hermenêutico e heideggeriano está presente, por exemplo, na abordagem de Sá do problema da cientificidade das práticas clínico-terapêuticas. Sá (2002) ressalta que é necessária uma reflexão sobre a influência do horizonte de sentido próprio do pensamento moderno e sua concepção de técnica na psicoterapia e no campo clínico. Isso porque ele estaria muito presente e enraizado no campo, sendo reproduzido de maneira acrítica e irrefletida. A ideia que permeia tanto o senso comum como as concepções científicas de psicoterapia é explicitamente marcada pela concepção de técnica oriunda da modernidade, como ele explicita nessa passagem ao chamar a atenção para o modo como o clínico é compreendido enquanto um técnico e a psicoterapia como uma espécie de psicologia aplicada, o que denuncia a compreensão usual de técnica como conhecimento científico aplicado:

Quando um “usuário” procura por um psicoterapeuta, um “técnico em saúde mental”, num “serviço de psicologia aplicada”, ainda que não possua esta denominação explícita, o faz a partir da óbvia suposição de que aquele técnico detém um saber científico que o legitima em seu lugar profissional enquanto capaz de produzir representações objetivas da sua demanda e, a partir delas, efetuar intervenções técnicas que produzam transformações projetadas dentro de uma margem razoável de previsibilidade. (Sá, 2002, p 355)

Para Sá (2009) a multiplicidade de práticas e propostas em psicologia clínica tem motivado uma atitude de revisão das epistemologias mais tradicionais, leia-se aquelas associadas ao primado da ciência e do método científico, em sua pretensão de objetividade e universalidade. A necessidade de uma flexibilidade metodológica na clínica psicológica se dá porque a essência e as particularidades da subjetividade humana, que para o autor são os objetos para os quais essa clínica se dirige, assim o exige. Sá (2009) parte da perspectiva de que em psicoterapia o mais importante não é saber nem delimitar o que é científico ou não, tanto pela impossibilidade de filosoficamente estabelecer o que é ou não científico como pela necessidade de estabelecer uma relação mais livre no campo clínico com a ciência e com a técnica. Apesar dos procedimentos técnicos fazerem parte das práticas terapêuticas eles não estão presentes nas psicoterapias nem têm a mesma centralidade que em outras profissões do campo da saúde. Essas outras profissões pautam-se por um modelo baseado em explicações causais e procedimentos técnico-científicos, já a psicoterapia tem um caráter singular por se dirigir essencialmente à subjetividade (Sá, 2009).

O autor também questiona (Sá, 2009) se é necessário haver um conjunto de explicações científicas sobre alguns processos psicológicos humanos para haver base para a prática psicoterapêutica indo na mesma direção daqueles que questionam a psicoterapia como

conhecimento aplicado. O que constitui e fundamentada o que Sá (2009) chama de clínica do sujeito não são representações conceituais sobre determinada estrutura psíquica ou sobre processos psicológicos de aprendizagem ou desenvolvimento. O adoecimento psíquico nessa perspectiva, antes de ser entendido como uma disfunção intrapsíquica com causas que podem ser rastreadas em vistas de se propor uma terapêutica, é interpretado como limitação do existir humano, se relacionando intimamente com a questão da liberdade humana. Todo adoecer seria, portanto, restrição de abertura do ser-aí e de suas possibilidades, sendo a origem do sofrimento entendido “como redução de possibilidade de sentidos que impõem ao campo existencial, isto é a restrição da liberdade” (Sá, 2009, p.12). Dessa maneira se ver “livre” do sofrimento significa manter uma nova relação, uma nova maneira de ver aquilo que é supostamente a causa do sofrer através de uma ampliação do campo existencial de sentido. (Sá, 2009). O que singulariza a clínica psicológica enquanto terapêutica antes de ser a utilização de certos procedimentos técnicos é o cuidado para com a liberdade e autonomia dos sujeitos singulares e concretos (Sá, 2009).

O resultado de uma reflexão filosófica nessa perspectiva que põe em questão e encara criticamente as influências da técnica moderna na clínica psicológica é possibilitar novas compreensões e interpretações dos fenômenos clínicos relacionados ao adoecimento psíquico para assim fundamentar uma nova concepção terapêutica (Magliano & Sá, 2015):

A aproximação entre a filosofia heideggeriana e as práticas psicológicas clínicas não pretende, portanto, erigir um novo procedimento terapêutico que substitua as técnicas oriundas das teorias psicológicas, mas tão somente abrir a possibilidade de considerá-las em uma perspectiva mais ampla, promovendo um relacionamento mais livre para com estas (Magliano & Sá, 2015 p. 21)

A reflexão proposta por Sá no campo da clínica e das psicoterapias orientada pelos trabalhos de Heidegger sobre a analítica da existência e a técnica moderna pretende, portanto, oferecer uma compreensão mais ampla sobre os fenômenos aos quais o cuidado clínico se dirige entendendo a psicoterapia como prática que vai além da utilização de reprodução de determinados procedimentos técnicos (Magliano & Sá, 2015).

Drawin é outro autor nacional que também aborda o problema da cientificidade das psicoterapias criticando a tentativa de estabelecer o que é científico ou não no campo da psicologia clínica, vislumbrando uma outra relação entre ciência e psicoterapia que não aquela proposta pelo CSM. Situando a especificidade da psicologia clínica como a disciplina que lida com o singular e com as particularidades do sujeito humano, Drawin (2009) realça que o discurso que serve às ciências da natureza é inadequado para estruturar e fundamentar a

clínica psicoterapêutica. Isso porque tal discurso inevitavelmente marcado por objetivação parte da racionalidade para tentar apreender as regularidades do mundo empírico, no entanto a experiência concreta e antropológica do homem, que é o objeto da clínica por excelência, escapa à objetivação inerente a esse discurso. Drawin (2013) parte da perspectiva de que a subjetividade da humanidade não está no mesmo registro natural que os fenômenos das ciências naturais sendo por isso incapaz de ser explicada e apreendida pelos métodos característicos dessas ciências.

Para Drawin (2009) a modernidade instaura dois domínios de racionalidade ou regiões epistêmicas que lhe são próprias. Um é o campo científico que já comentamos acima e que diz respeito às ciências naturais em sua tentativa de apreender as leis que regulam a natureza para emprestar ao homem a possibilidade de cálculo e controle efetivo sobre ela. O outro é o campo filosófico, mais propriamente, epistemológico que por sua vez está a serviço do conhecimento científico. Tal campo filosófico busca fundamentar e legitimar o conhecimento científico através da análise do sujeito do conhecimento, que não se confunde com o sujeito concreto imerso no mundo e na vida. A filosofia cartesiana e suas elaborações em torno do cogito como solo seguro para fundamentar o conhecimento é um ótimo exemplo de discurso que se pode enquadrar dentro do campo filosófico. Ora, para o autor o discurso que estrutura e expressa o saber clínico nem pertence ao campo filosófico, em sua versão epistemológica, nem ao campo científico, não tendo a psicologia clínica espaço dentro do campo próprio da racionalidade da modernidade (Drawin, 2009). Da mesma forma que nessa configuração da racionalidade moderna desenhada por Drawin (2009) não haveria espaço para o discurso ético entendido como sabedoria prática. Tanto os discursos do campo científico e do campo filosófico não seriam capazes de expressar e estruturar um saber sobre os elementos característicos do campo clínico, quais sejam o singular, o individual e o particular.

Drawin (2009) sugere que apesar da psicologia clínica não se inscrever nem dentro do domínio científico nem no domínio filosófico instaurado pela modernidade, é o próprio processo sócio-histórico instaurado pela própria modernidade a torna necessária. Isso porque é a própria modernização que em seu aspecto reformista desfaz os laços tradicionais e seu aparato simbólico lançando os homens num universo onde os sentidos e as antigas certezas caem por terra, trazendo à tona a angústia e o desamparo. Assim, essa demanda clínica é vista como uma exigência da existência antropológica do homem moderno e como matéria por excelência das práticas terapêuticas. Estas não podem ser abarcadas pela racionalidade científica nem pelo discurso científico positivo devendo ser fundamentadas por uma ética. Esse breve panorama filosófico traçado por Drawin serve como base para ele, por meio de

uma pergunta retórica, expor a sua posição quanto ao problema da cientificidade das psicoterapias:

a Psicologia clínica e, em especial, as psicoterapias, podem e/ou devem ser definidas como ciências? A nossa resposta direta, lapidar e prévia é que as psicoterapias não podem e não devem ser definidas como ciência. Não podem porque – como argumentamos acima – elas não se enquadram no espaço epistêmico da racionalidade moderna. Não devem porque sua não cientificidade não é defeito a ser corrigido no futuro, mas é o traço essencial de um saber cuja fecundidade reside justamente em resistir à pretensão de uma objetividade e de uma operacionalidade universais. (Drawin, 2009. p 28-29)

Decididamente rejeitando a ideia de psicoterapia científica e de uma clínica amparada no conhecimento científico e formulada como conhecimento aplicado, Drawin defende que o elemento definidor das psicoterapias é seu aspecto de sabedoria prática aproximando-se neste sentido dos exercícios espirituais dos gregos antigos. Exercícios espirituais no sentido que Foucault e Pierre Hadot deram ao termo para se referir ao processo de auto-conhecimento e práticas de cuidado e formação de si dos gregos antigos (Drawin, 2009). Não aderir á racionalidade científica seria não um defeito, mas uma qualidade da psicoterapia, pois assim faz frente à administração técnica da vida ocupando o lugar da sabedoria antiga no mundo contemporâneo (Drawin, 2009). Dessa maneira, procurar e estabelecer o que é científico ou não em relação às psicoterapias e quais aquelas epistemologicamente legítimas perde seu sentido, sendo mais importante situar o significado humano da psicoterapia “num mundo caracterizado pela medicalização total como correlato de uma sociedade totalmente administrada” (Drawin, 2009, p. 29-30).

O autor também endossa a versão de que o fundamento da prática terapêutica deva ser o próprio exercício da prática e a experiência clínica do terapeuta, destacando o caráter de saber tácito que embasa a psicoterapia. No lugar de ser orientada por qualquer espécie de razão científica e na ausência de algo como a “ciência” para fundamentar a clínica, para Drawin é a razão prática que deve orientar a prática psicoterapêutica, destacando que a discussão sobre a unificação das psicoterapias deve se deslocar do registro epistemológico para o registro ético. Esse deslocamento da epistemologia à ética proposta por Drawin (2009) é um sintoma para ele da crise da razão típica dos nossos tempos e da dificuldade de se estabelecer critérios universais que distingam ciência e não ciência. Pois apesar de existir uma visão científica de mundo, para Drawin não é óbvio que ela precise se sobrepôr a outras visões de mundo, além de que o real não deve ser limitado à descrição que as ciências naturais

fazem do mundo (Drawin, 2009). Esse trecho resume bem, por fim, a proposta e diagnóstico do autor sobre a relação entre ciência e psicoterapia:

A ideia aqui é muito simples: as psicoterapias, como se inserem na clínica, devem resistir à hipertrofia de um tipo de saber que além de pretender ser paradigma para todos os outros tipos de saber, coloca-se na perspectiva da dominação da natureza, nela incluindo o ser humano. Elas não só não se deixam apropriar, por razões epistêmicas, pelo modelo científico hegemônico, mas devem resistir eticamente a sua ilimitada expansão. (Drawin, 2009. p- 35).

Outra linha de argumentação quanto aos limites da fundamentação científica da prática terapêutica diz respeito à presença de assuntos filosóficos presentes na prática terapêutica e que não podem ser abordados de um ponto de vista científico. Messer e Woolfolk (1998) listam quatro tópicos filosóficos que perpassam o campo da psicologia clínica e das psicoterapias para desafiar a proposição de que apenas conhecimento empírico da psicologia e da biologia deve fundamentar a prática terapêutica e o campo das psicopatologias: a) Há nos modelos terapêuticos pressupostos sobre o que é a realidade que implicam em determinadas visões de mundo e formas de narrar e compreender a experiência humana; b) Há assuntos concernentes a valores e princípios éticos no que concerne a psicoterapia e a diagnósticos que não podem ser abordados de um ponto de vista científico; c) Influências culturais e sociais determinam o que se entende por psicoterapia assim como as psicoterapias influenciam o modo como as pessoas veem a si mesmo e se compreendem; d) É necessário considerar os clientes como sujeitos com capacidade de agência e não apenas como objetos de intervenções científicas.

Messer e Woolfolk (1998) ilustram a presença de pressupostos a priori sobre a realidade nas psicoterapias e na psicologia explicitando como em cada abordagem terapêutica e teorias psicológicas que lhe dão fundamento há formas narrativas que vão resultar em determinadas maneiras de ver e conceitualizar a vida, a experiência e os problemas das pessoas. Segundo Danto (1985) a narração é um modo básico de representar o mundo, estando os seres humanos inclinados a “narrativizar” sua experiência e representar o mundo por meio de esquemas típicos das estruturas narrativas em que há começo, fins, crises, clímax. A partir da topologia de narrativas elaborada por Northrop Frye em que ele propõe quatro visões e perspectivas de mundo implicadas nas narrativas, quais sejam a romântica, a trágica, a irônica e a realista, Messer e Winokur (1980, 1984, 1986) analisam a visão de realidade pressuposta nas abordagens psicanalíticas, cognitiva comportamental e humanista. Segundo Messer e Woolfolk (1998) essas formas narrativas fornecem concepções sobre a experiência

típicos das estruturas narrativas humanas, seus propósitos e suas limitações que determinam os propósitos e objetivos das psicoterapias. A seguir descrevemos a partir de Messer e Woolfolk (1998) como essas visões de realidade e perspectivas de narrativas estão presentes nas abordagens terapêuticas.

A visão romântica da vida e da experiência humana está presente, por exemplo, nas terapias humanistas e no pensamento de Rogers quando este enfatiza a necessidade dos sujeitos buscarem liberdade perante os determinantes sociais, autenticidade na expressão de sentimentos e emoções, espontaneidade e criatividade. A psicoterapia humanista enfatiza que os sujeitos devem ser capazes de manter relações autênticas buscando um contato genuíno e intenso com suas emoções e o desenvolvimento da sensibilidade, objetivos estes que são afins ao ideal romântico. A psicanálise e as psicoterapias de base analítica se aproximam da visão romântica, mas de uma maneira diferente do pensamento humanista, quando põe ênfase na necessidade de explorar o inconsciente, o irracional e àquilo que está para além do domínio da razão humana para descobrir os reais motivos e o cerne dos problemas com os quais sujeito se depara.

A visão irônica diz respeito a manter uma atitude de suspeita perante as coisas reconhecendo a ambiguidade das questões que a vida apresenta, sendo afim a visão trágica por enfatizar que existem dificuldades inerentes a vida humana que não podem ser ultrapassadas nem superadas. A perspectiva irônica está presente na psicanálise quando o analista toma uma posição de distanciamento diante daquilo que o sujeito fala procurando mostrar os sentidos ocultos e os significados inconscientes por trás de seus comportamentos bem como os paradoxos e contradições que perpassam sua vida psicológica. A marca da postura irônica é não tomar nada por garantido e afirmar que nada é exatamente como parece.

A visão trágica por sua vez afirma que as limitações da vida devem ser aceitas, enfatizando que nem tudo pode ser redimido, nem todas as potencialidades podem ser realizáveis, nem todos os desejos satisfeitos (Messer e Woolfolk 1998), existindo um grau de sofrimento inerente à existência do qual não se pode fugir nem escapar. O pensamento psicanalítico em muitos aspectos é marcado pela perspectiva trágica. A própria ideia de um mal estar inerente à vida humana que é fruto da impossibilidade de o homem ver satisfeito todas as suas necessidades instintivas devido as exigências da vida social que atravessa o pensamento freudiano é condizente com uma visão trágica da existência. O preço do autoconhecimento na psicanálise é algum grau de sofrimento (Messer, 1998) sendo que o resultado de uma análise não é a felicidade e o bem-estar pleno, mas o reconhecimento das

limitações e dos percalços que qualquer existência tem que enfrentar. Para Messer (1998) nas terapias cognitivas, comportamentais e humanistas não há traços de tal perspectiva trágica.

Na perspectiva cômica, que é antagônica a visão trágica, os conflitos não são compreendidos como insuperáveis. Nas narrativas em que predomina uma visão cômica há possibilidade de reconciliação entre o indivíduo e seu mundo social predominando a perspectiva de harmonia, o sucesso e final feliz nessas narrativas. Messer (1998) associa a perspectiva cômica com terapias cognitivas e comportamentais por enfatizarem a possibilidade de resolver as situações que causam sofrimento através de técnicas terapêuticas. A natureza prática e realista dessas terapias põe o foco mais na resolução de conflitos e problemas do que na exploração dos significados e sentidos que subjazem a esses conflitos. As terapias humanistas também apresentam elementos da perspectiva cômica apesar de o fazer de uma maneira diferente das terapias cognitivas. A possibilidade de autorealização, de uma existência mais feliz e livre é vista como possível e perseguido pelas terapias de inspiração humanistas, o que demonstra a aproximação com a perspectiva cômica. Para Messer e Woolfolk (1998) essas visões de realidade vão influenciar o ângulo de visão dos terapeutas e o modo como eles abordam o caso o clínico e intervêm sobre ele. A presença de assunções *a priori* e pressupostos sobre o que é a realidade influencia decisivamente as psicoterapias e não é em si uma questão de fundamento científico nem é dependente do conhecimento científico, mas sim uma questão filosófica. Para Messer e Woolfolk (1998) isso coloca em xeque as pretensões de basear a prática psicoterapêutica exclusivamente no conhecimento científico. A seguir comentaremos as críticas contra a virada científica nas psicoterapias inspirados pelo pensamento pós-moderno.

3.3. Críticas Pós-modernas

Caracterizar o pensamento pós-moderno e delimitar seu escopo não é tarefa das mais fáceis. No entanto, se há uma rubrica que unifica tudo o que se costuma a chamar de pós-modernismo é a crítica tanto ao ideal moderno de erigir um saber objetivo e universal quanto ao projeto de reforma social por meio da razão e da ciência que caracterizou a modernidade. Se a filosofia pós-moderna não diz respeito apenas às questões relativas à teoria do conhecimento tendo penetrado no campo da ética, da estética, da política etc., pode-se afirmar que é, sobretudo, no terreno da epistemologia que está o cerne do seu pensamento. É a crítica à impossibilidade de se obter conhecimento objetivo sobre a realidade um tema filosófico

comum de várias correntes de pensamento que se agrupam sob o guarda-chuva do pensamento pós-moderno. Outras marcas do pensamento pós-moderno de maneira geral são o anti-individualismo, o anti-racionalismo e o anti-universalismo (Rouanet, 1993).

Há uma série de filósofos que exerceram influência e que propuseram teses que dão formato ao pensamento pós-moderno. Entre eles, pode-se citar Wittgenstein, particularmente a sua obra “Investigações Filosóficas” que revê e contesta muitos aspectos do seu “Tratado Lógico-Filosófico”, livro este inclusive que teve influência decisiva sobre o Empirismo Lógico. A obra de Thomas Khun e Paul Feyrabend em filosofia de ciência também alimentou e forneceu bastante munção para a crítica e revisão da concepção de ciência tradicional feita pelos autores pós-moderno. A filosofia neo-pragmática do americano Richard Rorty com sua contestação e crítica da filosofia representacionista também inspirou o movimento pós-moderno a rever a concepção tradicional de ciência e a função da linguagem no processo de elaboração do conhecimento científico. Da parte da filosofia francesa, a obra de autores como Michel Foucault, Gilles Deleuze e Jacques Derrida que costumam ser agrupados como representantes do pós-estruturalismo também inspiram o movimento pós-moderno.

De maneira geral há da parte do movimento pós-moderno a recusa dos pressupostos filosóficos da ciência moderna (Castañon, 2004). A ciência como empreendimento intelectual necessita se apoiar em certas teses filosóficas para fundamentar seu exercício. Castañon (2004) cita quatro pressupostos fundamentais da ciência moderna que muitas vezes não são explicitados, mas que garantem a possibilidade da atividade científica. A primeira dessas crenças básicas sem os quais a atividade científica não teria sentido é a afirmação da existência de um mundo externo independente da consciência a ser conhecido, que podemos denominar como a tese do realismo ontológico. A segunda é a crença na estabilidade de ao menos alguns aspectos desse mundo objetivo que se quer conhecer, a isto Castañon (2004) denomina de tese da regularidade do objeto. A outra tese fundamental é a crença de que se pode conhecer algo dos objetos desse mundo objetivo que existe fora da mente humana por meio de um método adequado, a isto Castañon (2004) denomina de otimismo epistemológico. E por último a crença de que se pode representar adequadamente e de maneira estável o mundo através da linguagem.

O pensamento pós-moderno se insurge e ataca de diferentes maneiras o conjunto dessas teses. Antes de tudo, por contestar que exista uma realidade que é independente da mente e da linguagem humana. Para o pós-modernismo, de maneira geral, o mundo não está fora da linguagem, tendo essa apenas a função de descrevê-lo e representá-lo através de um uso preciso tal como se concebeu tradicionalmente na filosofia representacionista. Na

verdade, a linguagem em uso construiria os objetos e a realidade ao invés de representá-la como afirma Gergen (1982). Essa tese é amplamente divulgada pelo movimento do construcionismo social que é o principal representante na psicologia, inclusive no campo das psicoterapias, do pensamento pós-moderno. Apesar de tanto o construcionismo social como o pensamento pós-moderno não se deixarem definir com precisão e haver uma série de precursores com pensamentos muitas vezes não convergentes, há um elemento em comum entre as diversas tendências de construcionismo que é o pressuposto de que o conhecimento é socialmente construído através da interação social (Castañon, 2004). A ideia de que os objetos do conhecimento não estão dados na realidade sendo antes construídos socialmente se apóia na tese de que a mente humana não é uma espécie de espelho do mundo que através da linguagem representa determinadas parcelas da realidade. O discurso sobre o mundo de acordo com o construcionismo é entendido simplesmente como fruto da interação social. Dessa maneira as teorias científicas não são concebidas mais como resultado de processo de utilização de uma metodologia apropriada que se apóia no processo de raciocínio lógico sob um domínio empírico para descobrir certos aspectos da realidade.

Para situar o construcionismo social, que encarna o ideário pós-moderno na psicologia, apresentaremos algumas das principais teses epistemológicas e ontológicas que o caracterizam de acordo com a categorização e a exposição de Castañon (2004). A primeira é uma espécie de construtivismo social ao qual já fizemos menção acima que é a tese de que ao invés de descobrir uma realidade objetiva e independente, o sujeito constrói o conhecimento através de suas interações sociais. A tese de que o conhecimento é construído socialmente é óbvia, pois a ciência é uma atividade que se desenvolve no meio de determinada sociedade e é realizado por meio de relações sociais entre indivíduos e instituições. No entanto, para o construcionismo social, construção social significa que o conhecimento é inteiramente e exclusivamente construído por via de interação social e de acordos intersubjetivos sem referência nenhuma a uma suposta realidade independente e objetiva. Ou seja, a ciência não diria respeito à construção de conhecimento sobre objetos do mundo externo que independe do ser humano por via de métodos adequados para esse propósito.

Diretamente relacionado à tese do construtivismo social está outro pressuposto que marca o pensamento pós-moderno em psicologia que é a afirmação de que não existe uma realidade em si mesma e mesmo que exista não é possível acessá-la, por que a relação entre o sujeito do conhecimento e os objetos é mediada pela linguagem que torna essa relação impermeável e impossibilita o acesso transparente e direto ao real. Afirma-se que a linguagem que o sujeito humano apreende via interação social constitui-se como a única realidade em si

mesma ao qual o sujeito tem pleno acesso. Esse anti-realismo ontológico inevitavelmente acarreta o pessimismo epistemológico, pois não é possível ir além das construções e versões de mundo criadas por via da linguagem e obter conhecimento sobre o mundo.

O anti-representacionismo do construcionismo social e do pós-modernismo de maneira geral é outra tese importante para entender as suas bases filosóficas bem como as outras teses acima. O anti-representacionismo, segundo Castañon, defende que a linguagem não pode representar estavelmente o mundo. Essa tese elaborada, sobretudo, por Wittgenstein (1975), presente também no pensamento de Rorty na sua crítica a filosofia representacionista, apoia-se na ideia de que a linguagem é um convencionalismo. Defende-se que o significado da linguagem não está apoiado nos objetos em si ou em processos mentais que intermediariam a relação entre linguagem e mundo externo, antes sendo adquirido via contato social, e constituindo-se a partir de um puro convencionalismo. Daí conclui-se que a linguagem não possuindo ponto de referência no mundo externo, é autoreferente e não representa nada além dela mesma. Há várias outras teses que Castañon (2004) destaca como marcas características do pensamento pós-moderno e que influenciam várias propostas em psicologia tal como o relativismo epistemológico, a crítica à existência de neutralidade na construção do conhecimento e o pragmatismo como critério de verdade. Não entraremos em detalhes sobre essas outras teses tendo em vista que os pressupostos já comentados são o bastante para se compreender a extensão das críticas fundamentadas no pensamento pós-moderno às propostas de psicoterapia fundamentadas cientificamente e de uma psicologia clínica científica tal como elaboradas pelo *Clinical Scientist Movement*.

O pensamento pós-moderno no campo das psicoterapias e da psicologia clínica é representado por várias perspectivas, podendo-se citar as abordagens narrativistas, construtivistas e contrucionistas como aquelas que mais sofrem influência do pós-modernismo (Erwin, 2001). Held (1998) aponta o quão rapidamente o pensamento pós-moderno se disseminou no campo das psicoterapias e recebeu uma acolhida entusiasmada por parte de diversas abordagens terapêuticas tendo sido as teses antirealistas e construtivistas do pós-modernismo apresentadas como valiosas e úteis para fundamentar a individualização da prática terapêutica. A disseminação dessas teses pós-modernas gerou preocupação e críticas advindas, sobretudo, daqueles autores e acadêmicos que defendem um aporte científico para a prática terapêutica e que veem os métodos das ciências naturais como indispensáveis para resolver os problemas teóricos e práticos tanto das psicoterapias quanto da psicologia clínica. Held (1998) aponta que a filosofia pós-moderna tem um impacto antisistemático no campo das psicoterapias promovendo a irracionalidade e falhando em resolver os dilemas e

problemas que a área se depara. Lilienfeld (2010) também aponta o pós-modernismo como um dos maiores obstáculos ao estabelecimento de uma psicologia clínica científica justamente por sua recusa dos pressupostos que fundamentam o discurso científico.

Não é difícil entender porque os defensores das psicoterapias fundamentadas empiricamente e que propõem a fundamentação científica da clínica se opõem ao pós-modernismo e recusam a sua influência no campo. As teses ontológicas e epistemológicas do pós-modernismo levam inevitavelmente à rejeição da epistemologia realista requerida pela ideia de ciência e os métodos científicos que são reclamados pelos defensores do *Clinical Scientist Movement*. Erwin (2001) argumenta o quanto as teses construtivistas e antirealistas são utilizadas por uma série de autores como Gergen (1982) e Neymeier (1993) para recusar qualquer espécie de epistemologia “objetivista” no campo das psicoterapias requeridas e compatíveis com a pesquisa científica.

O pensamento pós-moderno alimenta muitas dúvidas quanto ao valor dos experimentos em psicoterapia e questiona a necessidade do uso de manuais de terapias e “standardização” dos tratamentos e intervenções terapêuticas. Erwin (2001) argumenta que de maneira geral, o pensamento pós-moderno influencia a recusa dos métodos e pressupostos das ciências naturais para as pesquisas em psicoterapias defendidos pelas propostas que visam dar uma base científica ao campo, como é o caso do *Clinical Scientist Movement*. É justamente a recusa pós-moderna dos pressupostos sobre a realidade e a linguagem que fundamentam e dão base lógica à ciência que impede que se aceite os métodos das ciências naturais no campo das psicoterapias (Erwin, 2001). Como se afirma que a realidade é construída socialmente e não é possível obter conhecimento seguro sobre o mundo, conseqüentemente se recusam os métodos experimentais que pressupõem a existência de objetos no mundo real que independem da mente humana. Argumenta-se a partir daí que os cientistas clínicos se enganam ao considerar que a realidade que eles estudam preexiste à linguagem e seus jogos de funcionamento cabendo ao sujeito do conhecimento apenas descobrir seu funcionamento ou suas leis por via dos métodos adequados. Como a mente e os objetos com os quais o terapeuta e o clínico se ocupam são considerados simplesmente construções linguísticas e não objetos naturais, obviamente os métodos das ciências naturais são considerados inadequados para estudar e explicar tais fenômenos justamente pelos pressupostos que assumem. Argumenta-se que são necessários outros métodos e abordagens de pesquisa para o estudo adequado dos processos psicoterapêuticos. Os métodos experimentais passam a ser concebidos apenas como um truque retórico (Erwin, 2001; Castañon, 2004) para apoiar

determinadas posições e hipóteses teóricas ao invés de serem o recurso indispensável e insubstituível na área.

A influência do pós-modernismo no campo das psicoterapias também inspira a olhar com desconfiança e criticamente os projetos de fundamentar cientificamente a prática terapêutica e o marketing associado às práticas terapêuticas baseadas em evidência, promovido, por exemplo, pelo *Clinical Scientist Movement* e pelos defensores de uma virada científica na disciplina. Ao entender que a ciência não tem um estatuto epistemológico privilegiado nem deve ter a última palavra sobre as questões em psicoterapia por não ser a portadora da verdade, o esforço para dar uma base científica para as intervenções psicoterapêuticas e o ideal de uma psicologia clínica científica passam a ser concebidos não como mera questão epistemológica, mas sobretudo como uma problemática de interesse político. Político no sentido de usar o discurso da ciência e em nome da ciência, que goza de imenso prestígio e autoridade, para promover determinados saberes e práticas em detrimento de outros e assim adquirir poder e controle sob o lócus de decisões. Isso seria visto, por exemplo, na defesa de que as abordagens que não se mostraram eficazes através de uma metodologia científica não deveriam ser utilizadas e veiculadas como serviço para o público em geral, sendo defendido, inclusive, que os terapeutas que utilizam tais terapias deveriam ser responsabilizados e responder por cometerem um desvio ético e oferecer risco à população. Essa crítica da ideologia e dos interesses políticos que se escondem por trás das intenções nobres do conhecimento científico e o abandono da chamada cultura epistemológica em troca do foco em questões de natureza ética e política envolvendo a produção de conhecimento é inclusive outra marca do pensamento pós-moderno. Tendo isso em vista, entende-se porque as perspectivas em psicoterapia e em psicologia clínica que assumem os pressupostos ontológicos e epistemológicos típicos da pós-modernidade inevitavelmente se opõem e criticam os projetos, tal como o do *Clinical Scientist Movement*, que buscam assegurar uma base científica para a prática terapêutica e compreendem a psicologia clínica como uma disciplina científica no molde das ciências naturais.

3.4. Considerações Críticas Finais sobre os Limites e Insuficiências do CSM

A importância do *Clinical Scientific Movement* no que concerne a discussão sobre a base científica das psicoterapias e a cientificidade da Psicologia Clínica é inegável, como já destacamos no início do trabalho. Só o fato de colocar tal debate na ordem do dia e

consequentemente instigar os clínicos a confrontarem as questões epistemológicas indispensáveis para levar a cabo tal discussão é um mérito por si só, pois obriga o campo a realizar um movimento essencial para o seu desenvolvimento que é discutir e rever seus problemas fundacionais. Além do que, o projeto do CSM é suficientemente claro e articulado quanto aos seus propósitos e seu ideário de reformulação da Psicologia Clínica enquanto disciplina e da prática clínica do psicólogo. No entanto, ele não está isento de problemas e de críticas como demonstrado no decorrer deste capítulo. Aqui faremos um balanço crítico final da proposta do *Clinical Scientist Movement*.

Algo que salta aos olhos quando da análise do projeto do CSM é a ausência de discussão a respeito de algumas questões filosóficas que estão intrinsecamente relacionadas à sua proposta de estabelecer a Psicologia Clínica enquanto uma ciência aplicada tão legítima quanto qualquer outra e a de fundamentar cientificamente as práticas terapêuticas. Para citar apenas duas delas, consideremos a aceitação acrítica e não problematizada da classificação dos transtornos mentais e a questão dos modelos de explicação científica das psicopatologias. A questão da validade das classificações psiquiátricas é fundamental nesse contexto porque as pesquisas de eficácia em psicoterapia realizadas por meio de ensaios clínicos randomizados se baseiam e endossam as categorias nosológicas listadas pelo DSM. Já o problema da explicação científica dos transtornos mentais se coloca em sua centralidade para o CSM porque como foi explicitado no segundo capítulo, uma das exigências para que a prática terapêutica seja considerada científica é que ela seja fundamentada numa teoria que explique o transtorno que está sendo alvo da intervenção (David & Montgomery 2011; Lilienfeld, 2011).

Uma série de filósofos da psiquiatria vem questionando a maneira como DSM cataloga e estabelece os transtornos psiquiátricos, reclamando da falta de validade de algumas categorias nosológicas e questionando existência de certos transtornos listados por tal manual (Murphy, 2015). Cooper (2008), por exemplo, argumenta que a psiquiatria e o DSM falha em classificar os transtornos como *natural kinds* não porque não existam transtornos mentais como tipos naturais, mas porque pressões mercadológicas e financeiras e o lobby da indústria farmacêutica não permitem. Murphy (2015) também critica o modo como a psiquiatria contemporânea classifica os transtornos por não o fazer baseado em suas etiologias e em informações sobre elas, o que resulta em imprecisões no estabelecimento dessas categorias dando margem para desconfiança quanto a realidade de certas categorias psiquiátricas. Além das críticas dos filósofos diante do sistema classificatório contemporâneo, os próprios psiquiatras que reclamam uma orientação mais científica para a disciplina como o são aqueles

envolvidos no *Research Domain Criteria* (RDoC) criticam a validade científica das categorias diagnósticas do DSM (Zorzanelli, Dalgalarrodo e Banzato, 2014). O *Research Domain Criteria*, que é um projeto de investigação empírica dos transtornos mentais fundamentado numa base fortemente biológica, criticou a validade científica das categorias diagnósticas do DSM 5 por elas serem baseadas em agrupamentos de conjuntos de sintomas clínicos e não em medidas laboratoriais objetivas como acontece em outros domínios da medicina (Zorzanelli, Dalgalarrodo e Banzato, 2014).

A discussão sobre os problemas das classificações psiquiátricas é extensa e não podemos nos dedicar a ela nesta dissertação. Essa breve apresentação serviu apenas para ilustrar o quão problemático é a aceitação acrítica das categorias diagnósticas da psiquiatria contemporânea da parte do CSM. Era de se esperar que o CSM discutisse o problema das classificações psiquiátricas no intuito de argumentar a favor da validade da nosologia da psiquiatria contemporânea já que tanto os estudos de eficácia se pautam por tal sistema classificatório como também tem-se como objetivo a explicação dos referidos transtornos listados por tal sistema. Como ficamos então se esses estudos de eficácia se apóiam em condições clínicas que não se configuram enquanto um transtorno mental propriamente dito, podendo haver diferenças significativas entre os sujeitos que são classificados como portadores de transtorno X ou Y? Poderia até mesmo se tratar de sujeitos com problemas clínicos diferentes, parecidos apenas na sua superfície, mas que a nosologia psiquiátrica contemporânea, erroneamente, agrupa como uma mesma condição patológica.

Já o problema da ausência de discussão por parte do CSM sobre a explicação científica dos transtornos mentais se coloca pelas seguintes razões. Já que se trata de defender que a prática clínica deve estar fundamentada em teorias que expliquem cientificamente as condições clínicas patológicas para as quais ela se dirige, surge o problema de entender se tais objetos clínicos são passíveis de serem explicados cientificamente e por qual modelo de explicação científica. No entanto, não há indícios de que os autores que endossam o projeto do CSM debatam e explicitem essas questões, endereçando como o mecanismo de funcionamento dos transtornos mentais pode ser explicado cientificamente e quais modelos de explicação científica são mais adequados tendo em vista a especificidade dos fenômenos psicopatológicos.

Para além da negligência do CSM para essas duas questões destacadas acima que revelam o quão é insatisfatória a sua abordagem e discussão dos problemas filosóficos, cabe ainda alguns comentários quanto a concepção tecnicista de psicoterapia endossada implicitamente pelo CSM. Consideramos de suma importância que a prática clínica esteja

fundamentada no conhecimento científico, no entanto cabe perguntar se para isso ela precisa resvalar numa técnica estreita e rígida. Considerando que a filosofia pós-moderna não é uma boa alternativa para fundamentar o campo das psicoterapias já que elimina qualquer possibilidade de um ideal de cientificidade para o campo, cabe perguntar-nos como é possível manter tal ideal sem comprometer-nos com uma perspectiva estreita e limitada da prática clínica. Não é o caso de endossar a posição de Drawin (2013) de que uma prática clínica científica é inviável porque o seu objeto por excelência (que seria segundo ele a “subjetividade”), é avesso a ser apreendido e capturado pelo método científico. No entanto, há de considerar ainda que nem tudo o que diz respeito às psicopatologias e ao sofrimento humano é passível de ser apreendido pelo conhecimento científico. Deve haver um esforço, portanto, para delimitar quais fenômenos podem ser mais bem abordados pela via do conhecimento científico e quais fenômenos podem somente ser esclarecidos por meio de uma perspectiva filosófica. Aceita-se, portanto, que a prática clínica deve estar baseada tanto quanto possível no conhecimento científico, no entanto o conhecimento filosófico de certos aspectos do humano também é útil para informar e orientar a prática clínica.

Neste capítulo, buscou-se mapear as principais críticas formuladas contra as ideias e propostas do CSM. Segundo os críticos, ao buscar um fundamento científico para as práticas terapêuticas e defender as práticas baseadas em evidências, os manuais de psicoterapia e a “standardização” dos tratamentos acabam por conceber a psicoterapia e a prática clínica de uma maneira muito estreita e limitada. Outra linha de crítica se dá pelo fato do movimento das práticas terapêuticas baseadas em evidência e das psicoterapias suportadas empiricamente apoiadas pelo CSM se alinharem na adoção do modelo médico em psicoterapia. A insatisfação com a concepção médica de psicoterapia se dá, sobretudo, porque ela é vista como inapropriada para se entender o que realmente é o processo terapêutico e desconsiderar que nem todos aqueles que procuram à terapia apresentam qualquer espécie de problema médico. Têm-se também um conjunto de críticas endereçadas ao modo como as propostas que destacam a importância da ciência para as psicoterapias compreendem a relação entre ciência e técnica no seio das práticas terapêuticas. Influenciadas, sobretudo, pelo pensamento hermenêutico e fenomenológico essas críticas lembram a inadequação de um aporte tecnicista em psicoterapia devido à especificidade de seus objetivos e a natureza específica da subjetividade, seu “objeto por excelência”, que resiste ao processo de objetificação típico da atividade científica e requer uma abordagem que vá além da reprodução de procedimentos técnicos. Além disso, apresentou-se as críticas ao CSM inspiradas pelo pensamento pós-moderno em psicoterapia que ao rejeitar as teses realistas e propor a crença na construção

social da realidade rejeita o aporte das ciências naturais no interior do campo psicoterapêutico. Por último destacamos que o a negligência do CSM ao problema da classificação e explicação dos transtornos mentais ilustra bem o quanto é insuficiente sua abordagem dos problemas filosóficos que surgem quando se propõe a fundamentação científica da prática terapêutica.

CONCLUSÃO

No início do trabalho foi proposto o seguinte problema como questão central a ser respondida pela dissertação: o que exatamente é uma psicoterapia fundamentada cientificamente de acordo com o ideário do *Clinical Scientist Movement* e quais as exigências que determinada prática terapêutica deve atender para que seja considerada enquanto tal? Além disso, também foi apresentado como objetivo da dissertação apontar algumas considerações sobre o modelo de ciência pressuposto no projeto de fundamentação científica da psicoterapia e da psicologia clínica do CSM e elencar os critérios utilizados para demarcar a fronteira entre ciência e pseudociência no interior do campo. Para apontar as conclusões fazemos uma breve recapitulação do que foi exposto até aqui elaborando os argumentos desenvolvidos a partir das análises textuais.

Para situar historicamente e melhor compreender o projeto do *Clinical Scientist Movement*, mostramos de que maneira ele se insere numa tradição específica em psicologia clínica que desde a segunda guerra vem tentando inserir a disciplina no rol das ciências e garantir a legitimidade científica da prática do clínico. No segundo capítulo foi apontado o papel decisivo que a segunda guerra desempenhou no desenvolvimento da psicologia clínica (Caphshew & Hilgard 1992; Hilgard, 1987; Herman 1995; Caphshew 1991) por no mínimo duas razões. Primeiro por requisitar, devido ao imenso esforço de guerra, um grande contingente de psicólogos para trabalhar junto à administração e gerencialmente do capital humano envolvido no conflito, o que ajudou a consolidar a reputação da psicologia diante da sociedade e a divulgar a importância e legitimidade da ciência psicológica. Segundo porque com a volta da guerra de um grande número de combatentes com problemas e distúrbios psicológicos houve uma grande demanda por psicólogos clínicos e um consequente investimento maciço do governo federal em programas de formação acadêmica e profissional de tal especialidade. Tais acontecimentos ajudaram também a colocar na ordem do dia duas questões caras ao CSM, quais sejam, o problema da eficácia das psicoterapias e o debate sobre o melhor modelo de treino de doutorado em psicologia clínica.

Um marco na história do *Clinical Scientist Movement* foi a publicação do *Manifest for a Science of Clinical Psychology* de Richard Mcfall em 1991 e a transformação em 1990 da *The Section for Clinical Psychology as an Experimental Behavioral Science*, que era a seção 3 da divisão de psicologia clínica da APA, na *Society for a Science of Clinical Psychology* (SSCP) (Bootzin, 2007), iniciativa esta que foi liderada e organizada também por Mcfall. O manifesto, numa linguagem clara, elaborava as principais tônicas do CSM apresentando o projeto do movimento e seu ideário. A proposição central do texto é que a psicologia clínica científica é a única forma aceitável e legítima de psicologia clínica (Mcfall, 1991). No manifesto também estão expostas as principais elaborações do CSM a respeito do problema da eficácia das psicoterapias e sobre como deve ser o modelo de doutorado em psicologia clínica. Quanto ao problema da eficácia, é defendido que os serviços clínicos não devem ser administrados ao público até que seja comprovado cientificamente que a intervenção realmente ocasiona os benefícios alegados e que tais benefícios não sobrepujam os possíveis efeitos negativos do tratamento (Mcfall, 1991). Mcfall (1991) defende ainda os ensaios clínicos randomizados como a metodologia padrão para avaliar a eficácia das intervenções. No que concerne à questão dos objetivos e de como deve ser o modelo de PhD em psicologia clínica é defendido que o objetivo primário e prioritário dos programas de doutorado em psicologia clínica deva ser produzir o mais competente cientista clínico possível. O *Clinical Scientist Model*, que é o modelo de doutorado defendido pelo CSM, prioriza que o psicólogo clínico tenha uma sólida formação científica dominando bem as ferramentas para construção do conhecimento científico. A questão para o CSM é que o psicólogo clínico deve ser antes de qualquer coisa um cientista, mesmo que ele se dedique e queira atuar como um profissional clínico.

Outro ponto importante que concluímos como sendo um aspecto central do projeto do CSM é a concepção da psicologia clínica como uma ciência aplicada, sendo as práticas profissionais pensadas como uma espécie de tecnologia que deve estar bem fundamentada e em consonância com o conhecimento produzido pela ciência psicológica e por outros saberes científicos. Em termos de ideias é necessário que as práticas clínicas estejam assentadas em teorias e explicações científicas sobre os fenômenos psicológicos e comportamentais com os quais a clínica lida garantindo que as intervenções sejam solidamente embasadas no conhecimento científico. Argumentamos também que essa concepção da prática clínica como conhecimento aplicado é condizente por sua vez com a perspectiva de que o psicoterapeuta é uma espécie de tecnólogo e com a adoção do modelo médico em psicoterapia e em clínica. A perspectiva de psicoterapeuta que se desdobra do projeto do CSM é a de um profissional

dotado de conhecimento científico sobre problemas e transtornos psicológicos e capaz de transformar e traduzir esse saber em técnicas de intervenção destinadas a tratar problemas mentais tal como um médico que utiliza certos procedimentos e terapêuticas para lidar com males físicos. Outros indícios da adoção do modelo médico em psicoterapia por parte do CSM é a defesa das práticas psicológicas baseadas em evidências, que são inspiradas na medicina baseada em evidências. Além disso, os estudos de eficácia defendidos pelo movimento trabalham inteiramente e só fazem sentido caso se aceite as categorias de diagnóstico do DSM.

Feito esse panorama, concluímos que para o CSM uma psicoterapia é fundamentada cientificamente quando há dados empíricos, advindo de ensaios clínicos randomizados, demonstrado que ela é eficaz para tratar determinado transtorno e quando é fundamentada por uma teoria científica que explique o mecanismo de funcionamento do transtorno ou problema em questão e como ela ocasiona mudança terapêutica.

Quanto ao modelo de ciência que subjaz ao projeto do CSM, mostrou-se que apesar de ser devedor do racionalismo crítico popperiano e aceitar o falsificacionismo como critério de demarcação do conhecimento científico, a defesa de um modelo probabilístico de conhecimento científico e do caráter progressivo da conquista do status científico por parte das teorias leva a crer que o movimento se alinha em alguma medida com algumas formulações do empirismo lógico como afirma Henriques (2014). Mostrou-se também no decorrer do trabalho que o CSM importa para o campo da psicoterapia e da psicologia clínica a discussão filosófica que trata da demarcação do conhecimento científico e dos critérios que demarcam ciência e pseudociência que teve um grande destaque na filosofia da ciência do século XX e ainda hoje recebe muita atenção no campo. Aliás, essa preocupação em demarcar ciência e pseudociência já revela algumas filiações filosóficas do CSM quanto ao modelo de ciência pressuposto em seu projeto e é um tópico que vem recebendo bastante atenção na psicologia clínica e gerando iniciativas específicas na área para elencar critérios de demarcação de ciência x pseudociência em psicoterapia. É o caso, por exemplo, do sistema de classificação científica das psicoterapias de David & Montgomery (2011) que define detalhadamente as exigências para que uma psicoterapia seja considerada científica ou pseudocientífica e o trabalho de Scott Lilienfeld sobre a temática (2011) que abordamos no segundo capítulo.

O sistema de David & Montgomery (2011) propõe nove categorias para classificar e avaliar a cientificidade das psicoterapias levando em consideração tanto as evidências quanto a eficácia da intervenção como a existência de base empírica para o componente teórico do

tratamento. É um passo a frente quanto aos sistemas de avaliação existente até então, pois esses não avaliavam a existência de evidência empírica e científica das teorias nos quais os tratamentos estão baseados. No entanto, o sistema de David & Montgomery (2011) é alvo de algumas críticas por parte de Lilienfeld (2011) que é um dos autores que mais publica a respeito do problema de demarcação ciência e pseudociência em psicoterapia e um dos principais defensores público das ideias do CSM. Para Lilienfeld (2011) o principal problema do sistema dos autores é que a exigência de apenas dois estudos experimentais para avaliar a plausibilidade do componente teórico das intervenções é insuficiente. Além disso, salvo poucas exceções nenhum tratamento dispõe de uma explicação teórica satisfatória e corroborada empiricamente a respeito de como a intervenção encerra mudança terapêutica e sobre os fatores específicos da intervenção que são responsáveis pelo sucesso do processo terapêutico. A solução para Lilienfeld quando se avalia o componente teórico da psicoterapia é utilizar uma abordagem bayesiana de probabilidade considerando os estudos empíricos à luz da plausibilidade da teoria e requisitando um corpo de provas mais robusto e consolidado para se decidir a respeito da validade empírica e fundamentação científica da teoria que embasa a intervenção.

Por fim, destacamos as principais críticas direcionadas às ideias defendidas pelo *Clinical Scientist Movement*. Destacamos que elas surgem devido à insatisfação com a adoção do modelo em psicoterapia e com a visão tecnicista da prática clínica que é condizente com o projeto do CSM além da insatisfação com o modelo de ciência que está pressuposto no seu ideário. Outra parte do arsenal crítico dirigido ao CSM que discutimos aqui advém do pensamento pós-moderno em psicoterapia que contestando as teses realistas e os pressupostos em geral da ciência moderna recusa a ênfase do CSM na abordagem nomotética como recurso indispensável para o projeto de fundamentação científica das psicoterapias e o próprio ideal de cientificidade que perpassa seu projeto.

Por fim, conclui-se que apesar da importância do CSM no cenário do debate sobre a cientificidade da psicologia clínica e das psicoterapias, já que encara diretamente e de maneira sistemática a questão e tem um projeto claro em relação ao tema, há alguns problemas e lacunas em seu projeto. Eles estão relacionados principalmente com a visão estreita da prática clínica que o ideário do CSM encerra. A visão tecnicista e médica da prática clínica do CSM não faz jus ao que realmente constitui a psicoterapia e sua função na atualidade, não sendo oportuno aliar tal visão à ciência e ao conhecimento científico com vistas à promoção de tal concepção em detrimento de outras. Enfim, é necessário pensar o problema da cientificidade

das psicoterapias sem cair na armadilha de sustentar uma perspectiva estreita e limitada da prática clínica.

REFERÊNCIAS

- Benjamin, L., & Baker, D. (2000). Boulder at 50. *American Psychologist*, 55, 233-254.
- Benjamin, L.(2005). A history of clinical psychology as profession in America (and glimpse at its future). *Annual Review of Clinical Psychology*,1,1–30.
- Benjamin, L. (2007). A brief history of modern psychology. Malden, MA: Blackwell.
- Bellah, R., Madsen, R., Sullivan, W., Swidler, A., & Tipton, S. (1985). *Habits of the heart:Individualism and commitment in American life*. Berkeley, CA: University of California Press
- Bohart,A. & Tallman, K. (1999). *How clients make therapy work: The process of active self-healing*. Washington, DC: American Psychological Association
- Bootzin, R. (2007). Psychological clinical science: why and how we got to where we are. In Bootzin, R., Tereza, T., & Timothy, B (Eds.), *Psychological clinical science: papers in Honor of Richard M. McFall* (pp. 3-28). Nova York, NY: Taylor & Francis Group.
- Bunge, M. (2001). Diagnosing pseudoscience. In Bunge, M. *Philosophy in Crisis. The Need for Reconstruction* (pp. 161–189).Amherst, NY: Prometheus Books.
- Bunge, M. (1984). What is pseudoscience? *Skeptical Inquirer*, 9, 36-46.
- Capshew, J., & Hilgard, E. (1992). The power of service: World War II and professional reform in the American Psychological Association. In Evan, R., Sexton, V., Cadwallader, T. *100 Year of the American Psychological Association: A historical perspective*. Washington: DC: APA.
- Capshew, J. (1999). *Psychology on the march: science, practice, and professional identity in America, 1929-1969*. Cambridge, MA: Cambridge University Press
- Castañon, G (2004). Construcionismo Social: Uma Crítica Epistemológica. *Temas em Psicologia*. 12 (1) 68-82.
- Chalmer, A. (1993). *O que é ciência afinal?* Brasília, DF: Editora Brasiliense.
- Chambless, D., & Ollendick, T. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-71 6.
- Chambless D., Baker M., Baucom D., Beutler L., Calhoun, K, et al. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *Clinical Psychologist*. 51(1):3–16
- Cooper, R. (2008). *Psychiatry and Philosophy of Science*. Montreal: McGill-Queen's University Press.

- Creath, R. (2014). Logical Empiricism. In Zalta, E (Ed) ,*The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Recuperado de: <http://plato.stanford.edu/entries/logical-empiricism/>
- Danto, A. (1985). *Narration and knowledge*. New York, NY: Columbia University Press.
- David, D., & Montgomery, G. H. (2011). The scientific status of psychotherapies: A new evaluative framework for evidence-based psychosocial interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18, 89–98.
- Derksen, A. (1993). The seven sins of pseudoscience. *Journal for General Philosophy of Science*, 24, 17–42
- Dimidjian, S., Hollon, S., Dobson, K., Schmaling, K., Kohlenberg, R., Addis, M., et al. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 658–670.
- Drawin, C. (2009). Psicoterapias: elementos para uma reflexão filosófica. In Conselho Federal de Psicologia (Ed.), *Psicoterapia: Textos Geradores*. (pp.17-37). Recuperado em 12 de Fevereiro de 2014, de https://docs.google.com/file/d/0B76fSg4EW_8GMDU3MmU5MjQtZDI1YS00MTVjLWJlZjltOTJlYTRkYzliNDA0/edit?pli=1
- Drawin, C. (2013). Subjetividade e teoria crítica da sociedade *Psicologia em Revista*, 19(2) 155-176.
- Elkins, D. (2009) The medical model in psychotherapy: it's limitations and failures. *Journal of Humanistic Psychology*, 49 (1), 66-84.
- Erwin, E. (1999). How valuable are psychotherapy experiments?: the idiographic problem. *Journal of clinical psychology* 55(12), 1519–1530.
- Erwin, E. (2001). The Rejection of Natural Science Approaches to Psychotherapy: Language and the World. *Journal of clinical psychology*, 57(1), 7–18
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319–324.
- Feinstein, D. (2008). Energy psychology: A review of the preliminary evidence. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45, 199–213.
- Feleppa, R. (1990). Kuhn, Popper, and the Normative Problem of Demarcation. In Grim, P (Ed). *Philosophy of Science and the Occult*, (pp 140–155.) Albany, NY: State University of New York Press.
- Figueiredo, L. C. M. (1995) *Revisitando as Psicologias: da Epistemologia à Ética nas práticas e discursos psicológicos*. Petrópolis: Vozes

- Frank, G. (1984). The Boulder Model: history, rationale, and critique. *Professional Psychology: Research and Practice* 15(3), 41, 7-43.
- Garfield, S. (1996). Some problems with “validated” forms of psychotherapy. *Clinical Psychologist: Science and Practice*. 3, 218–29.
- Gatz, M., Fiske, A., Fox, L., Kaskie, B., KaslGodley J., et al. (1998). Empirically validated psychological treatments for older adults. *Journal of Mental Health Aging*, 41, 9–46
- Gergen, K. (1982). *Toward transformation in social knowledge*. London: Sage.
- Goldfried, M. R., & Wolfe, B. E. (1998). Toward a more clinically valid approach to therapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66,143– 150
- Grunbaum, A (1984). *The foundations of psychoanalysis: a philosophical critique*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Hansson, O. (2015). Science and Pseudo-Science. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* . Recuperado em 14 de Dezembro 2015 em: <http://plato.stanford.edu/entries/pseudo-science/>
- Held, B. (1998). The antisystematic impact of postmodern philosophy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 264-273.
- Henriques, G. (2014). *Why the Clinical Scientist Model Fails The practice of psychology cannot be fully reduced to the science*. Disponível em:<https://www.psychologytoday.com/blog/theory-knowledge/201406/why-the-clinical-scientist-model-fails>. Acesso 10/11/2015
- Henry, W. (1998). Science, politics, and the politics of science: the use and misuse of empirically validated treatments. *Psychotherapy research*, 8, 126–40.
- Herman, Ellen (1995). *The Romance of American Psychology: Political Culture in the Age of Experts*. Berkeley, CA: University of Carlifornia Press.
- Hilgard, E. (1987). *Psychology in America: a historical survey*. San Diego, CA: HBJ.
- Ilardi, S., & Craighead, W. (1994). The role of nonspecific factors in cognitive-behavior therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 138–156.
- Katkin, E. (1982). On reliable knowledge and the proliferation of professional schools of psychology. *Clinical Psychologist*, 26, 9-11
- Kazdin, A. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, 19, 418–428
- Kendall, P., Chambless, D. (Eds.). (1998). Empirically supported psychological therapies. (Special issue). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66, 3–167.)

- Kuhn, T. (1974). Logic of Discovery or Psychology of Research?. In Schilpp, P (Ed), *The Philosophy of Karl Popper* (pp 798–819). La Salle, NY: Open Court.
- Lakatos, I. (1974). Popper on Demarcation and Induction. In Schilpp, P (Ed)., *The Philosophy of Karl Popper* (pp 241–273). La Salle, NY: Open Court.
- Laudan, Larry, 1983. The demise of the demarcation problem, pp. 111–127. In Cohan, R & Laudan, L. (eds.), *Physics, Philosophy, and Psychoanalysis*, Dordrecht: Reidel.
- Lilienfeld, S. (1998). Pseudoscience in contemporary clinical psychology: What it is and what we can do about it. *The Clinical Psychologist*, 51(4), 3–9.
- Lilienfeld, S. (2002). The Scientific Review of Mental Health Practice: Our Raison d'Être. *The Scientific Review of Mental Health Practice*, 1(1), 5-10.
- Lilienfeld, S, Lynn, S., & Lohr, J. (2003). Science and pseudoscience in clinical psychology: initial thoughts, reflections, and considerations. In Lilienfeld, S., Lynn, S., & Lohr, J (Eds), *Science and pseudoscience in clinical psychology* (pp 1-14). Nova York: NY. Guilford Press
- Lilienfeld, S. & O'Donohue, W. (2007). The epistemological and Ethical dimension of clinical science. In Bootzin, R. R., Tereza, T. A., & Timothy, B. B. (Eds.), *Psychologica lclinical science: papers in honor of Richard M. McFall* (pp. 29-52). Nova York, NY: Taylor & Francis Group
- Lilienfeld, S. (2010). Can psychology become a science? *Personality and Individual Differences*, 49 281–288
- Lilienfeld, S. (2011). Distinguishing scientific from pseudoscientific Psychotherapies: evaluating the Role of theoretical plausibility, with a little help from reverend Bayes. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(2), 105-112.
- Lilienfeld, S. (2013). Closing the science- reflection the armachair. *Observer*, 26 (3)
- Lilienfeld, S., Ritschel, L., Lynn, S., Cautin, R., & Latzman, R. (2013). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review*, 33, 883-900.
- Lilienfeld, S., Ritschel, L., Lynn, S., Cautin, R., & Latzman, R. (2014). Why ineffective psychotherapies appear to work: a taxonomy of causes of spurious therapeutic effectiveness. *Perspectives on Psychological Science*, 9(4), 355-387.
- Lohr, J., Fowler, K., Lilienfeld, S. (2002) The Dissemination and Promotion of Pseudoscience in Clinical Psychology. *The Clinical Psychologist*, 55(3), 4-9.
- Marinho, N. (2012) Popper e a questão da psicanálise. In Oliveira, P (org). *Ensaio sobre o pensamento de Karl Popper*. Paraná: Circulo de Estudo Bandeirante.

- Machado, C. (2012) Popper, a demarcação da ciência e a astrologia. In Oliveira, P (org). *Ensaio sobre o pensamento de Karl Popper*. Paraná: Circulo de Estudo Bandeirante. Recuperado de: <http://www.pucpr.br/arquivosUpload/1237436911338236651.pdf>
- Mahrer, A. (1998). How can philosophy contribute to the advancement of pshychoteraphy? An introduction. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 229-232
- McCready, K. (1986). The medical metaphor: A better model? Available from www.heall.com/healingnews/dec/medical_model.html
- McFall, R. (1991). Manifesto for a science of clinical psychology. *The Clinical Psychologist*, 44, 75-88.
- McFall, R. (1996). Making psychology incorruptible. *Applied & Preventive Psychology*, 5(1), 9-15.
- McFall, R., Treat, T., & Viken, R. (1997). Contributions of cognitive theory to new behavioral treatments. *Psychological Science*, 8, 174-176.
- McFall, R., & Townsend, J. (1998). Foundations of psychological assessment: Implications for cognitive assessment in clinical science. *Psychological Assessment*, 10, 316-330.
- McFall, R. M. (2000). Elaborate reflexions on a simples manifesto. *Applied & Preventive Psychology*, 9(1), 5-21
- McFall, R. M. (2007). On pychological clinical science. In Bootzin, R. R., Tereza, T. A., & Timothy, B. B. (Eds.), *Psychological clinical science: papers in honor of Richard M. McFall* (pp. 363-396). Nova York, NY: Taylor & Francis Group.
- Messer. S., & Winokur, M. (1980). Some limits to the integration of psychoanalytic and behavior therapy. *American Psychologist*, 35, 818-827.
- Messer, S., Winokur, M. (1984). Ways of knowing and visions of reality in psychoanalytic therapy and behavior therapy. In Arkowitz, H., & Messer, S. (Eds.), *Psychoanalytic therapy and behavior therapy: Is integration possible?* (pp. 53-100). New York, NY: Plenum Press.
- Messer. S., & Winokur, M. (1986). Eclecticism and the shifting visions of reality in three systems of psychotherapy. *Inrernational Journal of Eclectic Psychotherapy*, 5, 115-124.
- Messer, S., & Woolfolk, R (1998). Philosophical Issues in Psychotherapy *Clinical Psychology: Science Practice*, 5, 251-263.
- Miller, R. (1992). *The restroration of dialogue: Readings in the philosophy of clinical psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Miller, R. (1998) Epistemology and psychotherapy data: the unspeakable, unbearable, horrible truth. *Clinical Psychology: Science and practice*. (5) 242-250.
- Murphy, D. (2015). Philosophy of Psychiatry. In Zalta, E (Ed) ,*The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Recuperado de: <http://plato.stanford.edu/entries/psychiatry/>
- Nathan, P., Gorman J. (Eds.). (1998). *A Guide to Treatments That Work*. New York, NY: Oxford Univ. Press
- Neimeyer, R. (1993). An appraisal of constructivist psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 221–234
- Nicaretta, M. (2011). A emergência da nova psicoterapia na Era do Ouro Estadunidense: o resumo de uma história. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 31 (81), 358-377.
- Oliveira, P. (2012). Apresentação. In Oliveira, P (org). *Ensaio sobre o pensamento de Karl Popper*. Curitiba, Paraná: Circulo de Estudo Bandeirante. (Ebook). Recuperado de: <http://www.pucpr.br/arquivosUpload/1237436911338236651.pdf>
- Papineau, D. (1995) What is the philosophy of science? In Honderich, T (Ed.), *Oxford Companion to Philosophy* (pp 809-812). New York, NY: Oxford University Press.
- Papineau, D. (1996). The Epistemology of science. In Papineau, D (Org.), *The Philosophy of Science* (pp 1-20). Nova York, NY: Oxford University Press
- Pigliucci, M, 2013. The demarcation problem. A (belated) response to Laudan. In Pigliucci, M., & Boudry, M (Eds.) *Philosophy of Pseudoscience. Reconsidering the demarcation problem* (pp 9–28) Chicago, IL : Chicago University Press
- Pomerantz, A. M. (2011). *Clinical psychology: science, practice, and culture (2ed)*. Los Angeles, CA: Sage.
- Popper, K. (1975) *A lógica da pesquisa científica*. São Paulo, SP: Cultrix
- Popper, K. (1972) *Conjecturas e refutações*. Brasília, DF: Universidade de Brasília.
- Rogers, C. R. (1972). *Grupos de encontro*. Lisboa: Moraes Editores
- Rosen, G., Glasgow, G., Moore, T. (2003). Self-Help Therapy: The Science and Business of Giving Psychology Away. In Lilienfeld, S., Lynn, S., & Lohr, J (Eds), *Science and pseudoscience in clinical psychology* (pp 1-14). Nova York, NY: Guilford Press.
- Roth, A., & Fonagy P. (1996). *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. New York, NY: Guilford Press.
- Rotter, J. (1971). On the evaluation of methods of intervening in other people's lives. *The Clinical Psychologist*, 24, 1-2.
- Rouanet, S. (1993). *Mal-estar na modernidade*. São Paulo: Companhia das Letras.

- Routh, D. (1994). *Clinical psychology since 1917: Science, practice, and organization*. Nova York, NY: Plenum.
- Sá, R. (2002). A psicoterapia e a questão da técnica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 54 (4),348-362.
- Sá, R. (2009). Psicoterapia, cientificidade e interdisciplinaridade: a propósito de uma discussão sobre a suposta necessidade de uma regulamentação das práticas psicológicas clínicas. In Conselho Federal de Psicologia (Ed.), *Psicoterapia: Textos Geradores*. (pp.57-67). Recuperado em 12 de Fevereiro de 2014, de https://docs.google.com/file/d/0B76fSg4EW_8GMDU3MmU5MjQtZDI1YS00MTVjLWJlZjltOTJlYTRkYzliNDA0/edit?pli=1
- SÁ, R; Magliano, F. (2015) Reflexões heideggerianas sobre técnica, liberdade e práticas psicológicas clínicas. *Arquivos Brasileiros de Psicologia (Online)*. 67, 19-32.
- Sagan, C. (1995). *The demon-haunted world: Science as a candle in the dark*. New York, NY: Random House.
- Saravi, F. D. (1999). Energy and the brain: Facts and fantasies. In Della Sala, S (Ed.). *Mind myths: Exploring popular assumptions about the mind and brain* (pp. 43–58). New York, NY: Wiley
- Shawn, C. (1985). A Double Blind Test of Astrology. *Nature*, 318, 419–425.
- Siitonen, A. (1984). Demarcation of science from the point of view of problems and problem-stating. *Philosophia Naturalis*, 21, 339–353
- Tavris, C. (1993, 3 de Janeiro). Beware the incest survivor machine. *New York Times Book Review*, p. 16-17
- Thagard, P. (1978). Why Astrology Is a Pseudoscience. *PSA*, 1, 223–234
- Treat, T., Viken, R., Kruschke, J., McFall, R (2010). Role of attention, memory, and covariation-detection processes in clinically significant eating-disorder symptoms. *Journal of Mathematical Psychology*. 54 184–195.
- Treat , T. A. & Bootzin, R. (2015). McFall, Richard. M. In Cautin, R. & Lilienfeld, S (Eds), *The Encyclopedia of Clinical Psychology*, (pp 1-4). Nova York, NY: John Wiley & Sons.
- Tschuschke, V., Cramer, A., Koemeda, M., Schultess, P., Wyl, A., & Weber, R. (2010). Fundamental Reflections on Psychotherapy Research and Initial Results of the Naturalistic Psychotherapy Study on Outpatient Treatment in Switzerland (PAP-S). *International Journal for Psychotherapy*, 14(3), 23-35.
- Van Deurzen, E., & Smith, D. (1996). Is Psychotherapy an Autonomous Scientific Discipline. *Inside Out*, 27 (paginação irregular). Recuperado em: <http://iahip.org/inside-out/issue-27-winter-1996/is-psychotherapy-an-autonomous-scientific-discipline>

- Vitousek, K. B., & Hollon, S. D. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 191–214.
- Wampold, B. (2001). *The great psychotherapy debate: Model, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wampold, B. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist, 62*, 857–873.
- Wampold, B. E. (2013). The Good, the Bad, and the Ugly: A 50-Year Perspective on the Outcome Problem. *Psychotherapy, 50*(1), 16-24.
- Wilson, G., Grilo, C., & Vitousek, K. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist, 62*, 199–216.
- Wittgenstein, L. (1975). *Investigações Filosóficas*. São Paulo, SP: Abril Cultural.
- Woody, R., & Robertson, M. (1997). *A career in clinical psychology: from training to employment*. Madison, CT: International Universities Press.
- Zorzanelli, R; Dalgalarondo, P; Banzato, C (2014). O projeto *Research Domain Criteria* e o abandono da tradição psicopatológica. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund 17*(2), 328-341.