

Rondineli Bezerra Mariano <sup>1</sup>

## O movimento do cientista clínico e a psicologia clínica científica

### *The clinical scientist movement and scientific foundation of clinical psychology*

#### RESUMO

A psicologia clínica americana tem sido marcada por uma tradição que enfatiza a necessidade de a disciplina ter uma sólida fundamentação científica e desenvolver práticas clínicas com eficácia comprovada. Apresentamos algumas teses do movimento do cientista clínico como um ponto de culminância dessa tradição. Entre suas principais propostas está a defesa da psicologia clínica como ciência aplicada e a integração entre ciência básica e prática clínica. Defende-se ainda que as psicoterapias sejam avaliadas quanto a sua eficácia por meio de ensaios clínicos randomizados em vista de estabelecer psicoterapias fundamentadas cientificamente. Por fim, é feita uma avaliação crítica do projeto do movimento, apontando algumas limitações quanto ao modelo de psicoterapia que emerge de suas teses.

**Palavras-chave:** Psicologia clínica; Psicoterapia; Epistemologia.

#### ABSTRACT

American clinical psychology has been characterized by a tradition that stresses the value of a strong scientific grounding for the field and the development of clinical practices with proven efficacy. Here we present some of the clinical scientist movement's theses as the high point of this tradition. Among its main proposals is the defense of clinical psychology as an applied science and the integration between basic science and clinical practice. In order to establish scientifically grounded psychotherapies, the clinical scientist movement also maintains that psychotherapies should be evaluated with respect to its efficacy by randomized clinical trials. Finally, we indicate some limitations of the psychotherapy model that arises from these theses.

**Keywords:** Clinical psychology; Psychotherapy; Epistemology.

<sup>1</sup> Mestre em Psicologia – (Doutorando em Psicologia) – Maceió – AL – Brasil.

#### Correspondência:

**Rondineli Bezerra Mariano**

Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF  
Condomínio Ilhas Vivence, Rua Gerson Lopes, 208  
Serraria, Maceió, AL  
CEP: 57046-830.  
E-mail: rondineligr@hotmail.com

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBTC em 11 de Março de 2019. cod. 746.

Artigo aceito em 28 de Julho de 2019.

## INTRODUÇÃO

O movimento do cientista clínico (CSM, do inglês *clinical scientist movement*) insere-se em uma tradição já longeva na psicologia americana que vem tentando estabelecer um sólido fundamento científico e empírico tanto para a psicologia clínica como para as psicoterapias (Bootzin, 2007; McFall, 2007). Em parte, seus objetivos coincidem com o projeto das psicoterapias baseadas em evidências em sua busca para estabelecer quais terapias são eficazes para o tratamento de determinadas psicopatologias e condições psicológicas problemáticas. No entanto, a questão da eficácia das psicoterapias é apenas uma parte de um projeto bem mais ambicioso abraçado pelo CSM. Se a questão prática da eficácia das intervenções terapêuticas é um ponto central em sua agenda, ela é, por sua vez, abordada a partir do problema da fundamentação científica da clínica psicológica e das práticas terapêuticas (Lilienfeld, 2011). Ou seja, a busca pela eficácia das psicoterapias não dispensa a indagação epistemológica, na verdade, a exige.

O projeto do CSM de estabelecer uma ciência clínica e dar uma decidida orientação científica à psicologia clínica traz consigo uma concepção específica do que é tal disciplina e do que é a prática psicoterapêutica que não deixa de enfrentar certos impasses. O CSM entende que a relação entre ciência básica e ciência aplicada na psicologia não é diferente do que ocorre em outras ciências (Lilienfeld & O'Donohue, 2007; McFall, 1991, 2001). Dessa maneira, a psicologia clínica não é senão uma ciência aplicada que deve estar bem integrada às ciências básicas em psicologia para traduzir o conhecimento “puro” em práticas terapêuticas que visam tratar determinadas condições psicológicas. Dessas teses também emerge uma concepção peculiar da figura do psicoterapeuta. Compreendendo que o clínico deve ter uma formação científica sólida mesmo que não pretenda ser um pesquisador, desenha-se a imagem do psicoterapeuta como um tipo específico de tecnólogo (Mariano & Castañón, 2018). Fluente nos achados de pesquisas da psicologia clínica, o psicoterapeuta deve orientar sua prática de acordo com o que há de bem estabelecido na literatura quanto aos procedimentos terapêuticos com eficácia comprovada, tal como advogado pelo movimento das psicoterapias baseadas em evidências (Cook, Schwartz, & Kaslow, 2017; Leonardi & Meyer, 2015).

Na medida em que o movimento apresenta uma concepção sistemática de psicologia clínica e vem recebendo atenção especial na área, este artigo visa fazer uma apresentação sumária de suas ideias tendo em vista a ausência de publicação nacional sobre a temática. Além do mais, as propostas do CSM tocam em questões fundantes em psicologia clínica e em psicoterapia, que devem ser discutidas pelos clínicos e psicoterapeutas em geral para uma compreensão mais ampliada de sua disciplina. Uma delas é a questão da fundamentação científica da psicologia clínica, que é colocada na pauta do dia pelo movimento. É um ponto essencial que

merece ser abordado em toda a sua extensão e seus meandros, principalmente tendo em vista que a tomada de posição quanto a essa questão propriamente epistemológica reverbera na maneira como se concebe a clínica psicológica e na delimitação de seus contornos e de seu alcance. Ou seja, tentar abordar o conhecimento e a prática clínica a partir de determinada concepção de ciência, como o faz o CSM, implica adotar certas posições quanto aos objetivos da prática terapêutica que a circunscrevem em um espaço bem específico.

Para melhor compreender o pano de fundo das temáticas abordadas pelo CSM, iniciamos com um breve percurso histórico, situando o contexto da psicologia clínica americana após a Segunda Guerra Mundial. A partir daí, apresentamos o núcleo das teses do movimento para, por fim, fazermos um balanço crítico, apontando as limitações do modelo de clínica solidário ao seu projeto e alguns desafios e problemas com as suas teses capitais.

## CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

Para se compreender as raízes históricas do CSM é necessário acompanhar alguns debates que estiveram atrelados ao desenvolvimento e à expansão da psicologia clínica após a Segunda Guerra Mundial no contexto norte-americano. A Segunda Guerra desempenhou um papel central no desenvolvimento da psicologia clínica como disciplina da saúde mental e no estabelecimento do psicólogo clínico como psicoterapeuta (Capshew, 1999). Tal expansão ocasionou-se pela demanda por psicoterapias por parte de muitos veteranos de guerra que apresentavam problemas psicológicos e pelo número insuficiente de psiquiatras para dar conta de tamanha demanda (Hilgard, 1987). O governo norte-americano também teve papel de destaque na expansão acadêmica da disciplina. Como ficou acordado que os psicólogos necessitavam da titulação de doutorado para atuar como psicólogos clínicos, instituições públicas investiram maciçamente nas universidades e em fundos para programas de doutorado. A popularização da psicoterapia como atividade do psicólogo clínico e o desenvolvimento de programas de doutorado colocaram no centro do debate duas questões. A primeira era o problema da eficácia das psicoterapias e a segunda dizia respeito ao modelo de doutorado em psicologia clínica a ser adotado pelas universidades. Tratemos primeiro do problema da eficácia.

O questionamento quanto às psicoterapias serem capazes de atingir seus fins terapêuticos é contemporâneo à sua popularização que se segue ao pós-guerra, o que atesta o artigo de Eysenck (1952), considerado atualmente um marco no debate sobre a eficácia das psicoterapias. Eysenck (1952) não tinha como alvo de seu ataque todas as psicoterapias indiscriminadamente, mas aquelas de orientação eclética e psicanalítica. Segundo ele, alguns pacientes neuróticos que não fizeram nenhum tratamento, comparados aos submetidos a tais intervenções terapêuticas, apresentavam uma melhor

recuperação. Os debates e as pesquisas que se seguiram ao trabalho de Eysenck (1952) sobre eficácia das psicoterapias procuraram responder às seguintes perguntas: pessoas submetidas às psicoterapias melhoram de um modo considerável em relação àquelas que não foram submetidas a nenhum tipo de intervenção? Algumas psicoterapias são mais eficazes do que outras no tratamento de determinadas psicopatologias e problemas psicológicos? Para responder a essas perguntas, tradicionalmente vêm sendo utilizados os ensaios clínicos randomizados, uma metodologia quase-experimental de avaliação de intervenções médicas e psicológicas. A Associação de Psicologia Americana (APA), inclusive, recomenda o uso do ensaio clínicos como a metodologia padrão para a avaliação da eficácia dos tratamentos psicológicos (Shean, 2014). Dessa forma, tal metodologia é considerada o padrão-ouro para avaliar a eficácia das intervenções psicoterapêuticas (Araújo & Kraemer, 2013; Lilienfeld, McKay, Hollon, & 2018).

A utilização dos ensaios clínicos randomizados no contexto da pesquisa sobre a eficácia das psicoterapias é marcada por algumas características. Como tal metodologia intenta avaliar se há uma relação de causa e efeito entre uma intervenção específica e o resultado clínico (Carey, Huddy, & Griffiths, 2019), buscam-se algumas estratégias para padronizar tanto as intervenções como os sintomas ou problemas para os quais elas são direcionadas (Shean, 2014). Dessa forma, priorizam-se tanto intervenções baseadas em manuais que especificam os procedimentos e as estratégias de todas as etapas do tratamento como pacientes com um conjunto de sintomas bem delimitado com base no *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5) (American Psychiatric Association [APA], 2014) e com o mínimo possível de comorbidades (Cares & Stiles, 2016; Shean, 2014). Outros procedimentos metodológicos também são realizados, tal como a alocação randomizada dos participantes do grupo-controle e do grupo experimental, tendo em vista assegurar uma conclusão precisa a respeito da relação entre a intervenção e o resultado clínico no fim do processo. Em que pese o protagonismo dos ensaios clínicos nas pesquisas que avaliam a eficácia de intervenções terapêuticas específicas, há uma forte tendência na literatura contemporânea da área em apontar suas insuficiências e a necessidade de utilizar outras metodologias nas pesquisas sobre os resultados das psicoterapias (Carey & Stiles, 2016; Carey et al., 2019). Com isso não se quer negar seu valor e sua potencialidade, apenas circunscrever seus alcances e limitações e demonstrar que algumas questões podem ser mais bem respondidas por tal metodologia, mas outras sumamente importantes necessitam de meios diferentes para serem abordadas (Carey et al., 2019). Voltaremos a esse ponto mais adiante, quando do balanço crítico do CSM.

Atualmente, a questão da eficácia das psicoterapias está intimamente relacionada ao movimento das psicoterapias baseadas em evidências. Sua inspiração inicial é o projeto da medicina baseada em evidências que tomou forma na

década de 1990. O termo baseado em evidências passou paulatinamente a se referir à necessidade de orientar as decisões no contexto clínico de acordo com a melhor evidência científica de acordo com a literatura disponível (Cook et al., 2017). Segundo a formulação clássica de Sackett, considerado um dos pais fundadores de tal movimento, e seus colegas, a medicina baseada em evidências diz respeito ao uso cuidadoso e ponderado da melhor evidência científica disponível no processo decisório referente ao cuidado dos pacientes individuais (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson 1996). Com o tempo, o termo baseado em evidência foi englobando, além da consulta à evidência disponível, a consideração da *expertise* individual do clínico, as preferências e os valores do paciente (Haynes, Devreux, & Guyatt, 2002).

O campo da psicoterapia logo incorporou os objetivos da medicina baseada em evidências. A *American Psychological Association* (APA) seguiu os princípios de Sackett e colaboradores (1996) na formulação da estratégia de prática baseada em evidências em psicoterapia (Cook et al., 2017). Segundo a política da APA, contam como evidências dados de metanálises e de ensaios clínicos randomizados, estudo de eficiência<sup>1</sup>, estudo de caso sistemático, entre outras modalidades de pesquisa (*American Psychological Association* [APA], 2006). É enfatizado na proposta da APA que a eficiência da psicoterapia depende, também, das características peculiares do paciente, de seu desenvolvimento, dos problemas pessoais, da estrutura da personalidade e do grau de suporte familiar e social de que dispõe.

Como se verá, a proposta do CSM lida diretamente com o problema da eficácia das psicoterapias. Ele só pode ser compreendido ao se levar em consideração as polêmicas em relação às intervenções psicológicas mostrarem-se objetivamente capazes de atingir seus objetivos terapêuticos. Mas, apesar de a agenda do CSM estar em consonância com os objetivos do movimento das psicoterapias baseadas em evidências, eles não são a mesma coisa. A agenda do CSM é mais abrangente. Além da ênfase em uma prática clínica baseada em evidências, há uma convocação para a reformulação da psicologia clínica como disciplina. Como demonstraremos, o que está em jogo não é só a questão da eficácia e eficiência das práticas clínicas, mas a fundamentação científica tanto da psicologia clínica como das práticas profissionais dentro de seu escopo. No momento oportuno, contextualizaremos o que significa tal fundamentação científica de acordo com o CSM.

No que diz respeito ao debate sobre como deve ser o formato dos programas de doutorado em psicologia clínica, a questão que se impunha era a necessidade de equacionar um modelo que priorizasse conjuntamente a formação de um pesquisador e a de um profissional clínico ocupado com demandas práticas. O modelo do cientista-praticante (*scientist-practitioner model*), também conhecido como o modelo Boulder, foi projetado tendo isso em vista (Benjamin & Baker, 2000). Ele

foi estabelecido em 1949, na conferência ocorrida na cidade de Boulder, no Colorado, e se tornou o modelo dominante nos programas de Ph.D. em psicologia clínica nos Estados Unidos. No entanto, o que aconteceu foi que os programas de doutorado priorizaram ora mais a competência de pesquisa, o *scientist*, ora mais o treino clínico, o *practitioner* (Bootzin, 2007).

Como reação ao modelo do cientista-praticante e defendendo a necessidade de o doutorado em psicologia clínica priorizar a prática clínica, surgiu o modelo do scholar-praticante (*scholar-practitioner model*). A ênfase desse modelo é na prática clínica e no desenvolvimento de habilidades para lidar com suas exigências e demandas (Pomerantz, 2011). A proposta é formar psicólogos clínicos que tenham competência para utilizar os conhecimentos advindos de pesquisas psicológicas em sua prática clínica, mas não necessariamente para produzir conhecimento por via de métodos empíricos, sejam eles experimentais ou de outra natureza. O *scholar-practitioner model* surgiu na esteira do questionamento da maneira como o modelo do cientista-praticante concebia a relação entre o conhecimento científico e a prática clínica (Bootzin, 2007; Miller, 1998). Ao contrário do modelo do cientista-praticante, defendia que o conhecimento obtido a partir do contato direto com os fenômenos clínicos é indispensável para informar a prática profissional. Enfim, o debate sobre os modelos de doutorado tem como pano de fundo a antiga querela entre ciência e profissão em psicologia, bem como entre ciência básica e conhecimento aplicado. As principais teses do CSM, como veremos, são uma tentativa de responder e traçar um panorama tanto ao problema da eficácia quanto ao modelo de doutorado em psicologia clínica a partir de uma tomada de posição radical no que concerne a algumas questões epistemológicas em psicologia clínica.

## APRESENTANDO O MOVIMENTO DO CIENTISTA CLÍNICO

Agrupar e apresentar determinada proposta em psicologia clínica como um movimento justifica-se quando há a partilha entre acadêmicos e profissionais da disciplina de alguns princípios e concepções básicas e fundantes que guardam certa homogeneidade entre si. É o caso do CSM. A defesa da psicologia clínica como ciência e de práticas psicoterapêuticas embasadas cientificamente, coração do movimento, não é novidade no contexto da psicologia clínica americana. Várias vezes ouviu-se ao longo de sua história um apelo para que a prática clínica estivesse embasada nos achados de pesquisa das ciências básicas, além da ênfase reiterada para que as práticas psicoterapêuticas tivessem suporte empírico atestando sua eficácia e fossem embasadas em teorias científicas. O núcleo da agenda do CSM situa-se, portanto, entre esses pontos. O movimento dispõe, ainda, de um organizado aparato institucional para concretizar tal agenda. Há um modelo de doutorado arquitetado a partir das ideias do

CSM, o modelo do cientista clínico (*clinical-scientist model*), que inclusive compete com os apresentados anteriormente. A *Academy of Psychological Clinical Science* (APCS), criada em 1995 (Bootzin, 2007), congrega os programas de doutorado em psicologia clínica que adotam tal modelo. Além disso, há a *Society for a Science of Clinical Psychology* (SSCP), que está vinculada à divisão de psicologia clínica (Divisão 12) da APA e agrega diversos profissionais e acadêmicos que compartilham o ideário do CSM.

O contexto de criação da SSCP em 1990, por sua vez, revela bem a tradição em psicologia clínica americana da qual o CSM é herdeiro. A sociedade surgiu a partir da iniciativa dos membros da seção III da divisão de psicologia clínica (Divisão 12) da APA que votaram para criar uma instituição que mantivesse os princípios dessa seção, mas que fosse institucionalmente autônoma em relação à APA. Dessa forma, a seção III, criada em 1966 com o pomposo título de Section for the Development of Clinical Psychology as an Experimental Behavioral Science, transformou-se, em 1990, na SSCP (Oltmanns & Krasner, 1993). Desde sua criação na década de 1960, tal seção tinha como um de seus principais objetivos integrar pesquisa e prática em psicologia clínica, buscando uma sólida fundamentação científica para a disciplina. A maioria de seus membros, no início, identificava-se tanto como cientistas do comportamento quanto como psicólogos clínicos, sendo orientados explicitamente pela abordagem behaviorista. Atualmente, no entanto, há entre os membros da SSCP uma diversidade de orientações teóricas.

Os pontos centrais e as principais reivindicações do CSM foram expressos por Richard McFall em seu discurso como presidente da SSCP que posteriormente foi publicado como “O manifesto para uma ciência da psicologia clínica”. McFall é uma das principais vozes do movimento, tanto do ponto de vista intelectual como do institucional, sendo responsável pela criação da SSCP e da APCS (Treat & Bootzin, 2015). Esta apresentação do CSM baseia-se nesse texto e em outras produções de McFall e de outros autores que comungam dos princípios do movimento.

Para McFall (1991), o manifesto, caso adotado pelo campo da psicologia clínica, ocasionaria transformações duradouras e profundas na prática e na formação na área. O autor faz uma defesa contundente da necessidade de desenvolver a psicologia como ciência aplicada firmemente apoiada na ciência básica e comprometida em oferecer serviços terapêuticos que se mostraram eficazes por meio de avaliações empíricas. Ele é composto basicamente de um princípio central e dois corolários.

Seu princípio geral é este: a psicologia clínica científica é a única forma aceitável e legítima de psicologia clínica. Para McFall (1991), tal assertiva é quase óbvia, pois qual seria a alternativa para o avanço do campo? Defender uma psicologia clínica não científica? A busca por uma base científica como alicerce da disciplina não é uma opção entre várias. Na verdade,

é a única que se mostra viável tendo em vista o desenvolvimento da área. Essa defesa da abordagem científica na psicologia clínica se faz ainda mais urgente tendo em vista a quantidade de fenômenos de interesse da disciplina que carecem de explicação e elucidação, tais como a etiologia dos transtornos mentais e o modo pelo qual intervenções psicológicas podem proporcionar mudança na personalidade e ter função terapêutica (Lilienfeld, 2011). Assim sendo, a elucidação da etiologia e do mecanismo das diversas psicopatologias, o desenvolvimento de métodos de avaliação e diagnóstico e a avaliação de eficácia das psicoterapias e de seu mecanismo de funcionamento deveriam ser orientados por metodologias científicas (McFall, 1991, 2000).

McFall aponta, também, como a crônica separação na psicologia clínica entre ciência e prática clínica legítima a noção de que tanto a ciência clínica como a prática clínica podem ser fontes igualmente válidas para fundamentar a prática profissional. Dessa forma, a prática clínica seria uma alternativa viável para o desenvolvimento da psicologia clínica científica. O próprio modelo Boulder ajudou a consolidar essa imagem e deu margem a interpretação, apesar de não ser o plano dos formuladores do modelo (McFall, 2007), de que o psicólogo clínico poderia ser um cientista ou um praticante e que há um divórcio entre ciência e prática. A própria experiência profissional no *setting* clínico, a intuição e a criatividade garantiriam a base e o fundamento necessário para oferecer os devidos serviços psicológicos. O manifesto insurge-se contra essa perspectiva, pois nem a intuição clínica nem as abordagens idiográficas são capazes de substituir os métodos nomotéticos na aquisição de conhecimento para fundamentar a prática clínica. Há vieses cognitivos estrangendo a intuição e a *expertise* clínica que impedem avaliações e generalizações clínicas objetivas (Lilienfeld, Ritschel, Lynn, Cautin, & Latzman, 2013). Não faz sentido, portanto, o psicólogo clínico escolher ou decidir entre a ciência ou a prática como se fosse o caso de uma dicotomia. O profissional deve estar com o pé fincado na ciência, seja atuando no *setting* clínico, seja fazendo pesquisa no contexto acadêmico (McFall, 1991, 2007).

O primeiro corolário do manifesto trata do problema da eficácia e da avaliação empírica das psicoterapias e dos serviços clínicos de maneira geral. McFall (1991) defende que serviços psicológicos não devem ser administrados para o público (exceto nos casos de pesquisa) até que 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.

Seguir essas exigências é assegurar a qualidade

dos serviços que a psicologia clínica oferece, estando em consonância com as demandas modernas por custo-eficácia e controle de qualidade dos serviços de saúde (McFall, 1996, 2007). Se os psicólogos clínicos querem oferecer genuíno cuidado terapêutico, precisam adotar alto nível de rigor científico na avaliação dos seus serviços (McFall, 1996). Dada a pergunta: “Quais métodos são efetivos, para quais problemas, em quais clientes, realizados 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 a tal previsão do que se apoiar nos resultados de ensaios clínicos randomizados e outros desenhos de pesquisa quase-experimental. Em que pesem algumas críticas ao ensaio clínico randomizado, ele ainda é considerado a principal metodologia para avaliação da eficácia dos tratamentos psicoterapêuticos segundo o movimento (Lilienfeld et al., 2018).

É interessante constatar a comparação que McFall faz ao longo do texto entre os serviços clínicos e os produtos alimentícios e medicamentosos que precisam da autorização da *Food and Drug Administration* (FDA) para serem comercializados junto ao público. A compreensão desses serviços clínicos como um tipo de produto vai se refletir na defesa do uso de manuais de psicoterapia tanto no contexto de pesquisa como na clínica, bem como na concepção do psicoterapeuta como um tecnólogo, como explicitaremos adiante.

O segundo corolário propõe que o objetivo primário e prioritário dos programas de doutorado em psicologia clínica deve ser produzir o mais competente cientista clínico possível. McFall (1991) assevera com esse princípio a necessidade de os programas de doutorado na área priorizarem uma formação científica sólida que capacite o clínico a adotar uma postura científica na produção de conhecimento e na prática clínica. Essa é a marca dos programas de doutorado em psicologia clínica que são fundamentados no modelo do cientista clínico.

McFall (1996) acrescentou posteriormente dois outros corolários que reforçam a necessidade de questionar o fundamento científico de teorias, métodos e práticas da disciplina. O terceiro corolário afirma que é necessário adotar uma “epistemologia científica” para demarcar ciência e pseudociência na área. Já o quarto propõe que serviços psicológicos são cuidadosos e humanos quando se mostram efetivos, eficientes e seguros por meio de avaliação empírica. Assim, mesmo que bem-intencionados, não devem ser utilizados até que demonstrem tais características.

A referência ao termo epistemologia científica por parte do autor pode soar imprecisa, tendo em vista que a epistemologia é uma área da filosofia e não da ciência. Sua especificidade é investigar as condições e a natureza do conhecimento, sendo um tipo de reflexão prévia aos resultados concretos das disciplinas empíricas. Na verdade, McFall utiliza esse termo para se referir ao conjunto de teses epistemológicas que são compatíveis com o modelo e a concepção de ciência

que ele quer defender. Essa epistemologia tem como uma de suas metas demarcar, tão precisamente quanto possível, as características e os elementos definidores do conhecimento científico. O problema da demarcação do conhecimento científico, por sua vez, é caro até hoje a toda uma tradição em filosofia da ciência. Daí o CSM defender determinados critérios para demarcar ciência e pseudociência em psicologia clínica e em psicoterapia como um pré-requisito para separar o joio do trigo na área. Tal esforço é justificado tendo em vista que a psicologia clínica e outras disciplinas da saúde mental viram crescer em seus domínios tratamentos e técnicas de avaliação bastante suspeitas do ponto de vista científico (Lilienfeld, 1998). Essa proliferação diminuiu o prestígio da disciplina diante do público em geral e 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 e aos profissionais. Lilienfeld (2002) complementa que a popularidade de práticas pseudocientíficas junto aos profissionais da área é um sintoma da histórica falta de integração e comunicação entre ciência e prática em psicologia clínica.

As propostas do manifesto junto desses outros dois corolários condensam o ideário do CSM no que diz respeito à defesa de uma psicologia clínica científica e o seu ideal de integrar ciência e prática em psicologia clínica. Tratemos de comentar mais detalhadamente a concepção da psicologia clínica como ciência aplicada e a via de integração entre a ciência psicológica e a prática clínica.

## INTEGRANDO CIÊNCIA E PRÁTICA CLÍNICA

A psicologia clínica como disciplina, ao menos no contexto norte-americano, sempre foi marcada por um *gap* entre os cientistas clínicos dedicados à pesquisa básica sobre os fenômenos de interesse clínico e os profissionais que atuam no *setting* terapêutico (Bootzin, 2007). Estes muitas vezes têm buscado a fundamentação da prática clínica na própria experiência obtida no *setting*, reclamando para a prática uma orientação epistemológica e metodológica diferente daquelas próprias da pesquisa. Essa dicotomia fica exemplificada nas querelas em torno dos diferentes modelos de doutorado que ora enfatizam mais a formação do clínico como cientista, ora a prática clínica como prioridade dos doutorados na área. É justamente contra essa dicotomia que o CSM se insurge ao conceber a psicologia clínica como uma ciência aplicada que faz a mediação entre o conhecimento básico em psicologia e sua aplicação no contexto clínico.

A ideia é que há um *continuum* científico entre o psicólogo clínico que realiza pesquisas empíricas sobre fenômenos psicológicos de relevância clínica e o profissional que atua junto aos pacientes, cada um em uma ponta da ciência clínica que deve se comunicar em toda a sua extensão. Alguns cientistas clínicos se dedicam à pesquisa científica

sobre os fenômenos clínicos, elaboram testes de avaliação psicológica e avaliam empiricamente o potencial de eficácia das psicoterapias. Já os profissionais clínicos, concebidos também como cientistas clínicos, traduzem e adaptam esse conhecimento em práticas profissionais. Não à toa, há uma reiterada analogia entre a psicologia clínica e outras áreas do conhecimento em que há uma relação entre uma ciência básica e uma prática tecnológica associada, como se vê em Mcfall (1991, 2000) e em Lilienfeld e O'Donohue (2007).

Uma das possíveis vias de integração entre ciência psicológica e prática clínica é utilizar modelos teóricos, instrumentos de avaliação e ferramentas de análise correntes em algumas disciplinas básicas da psicologia, tal como a psicologia cognitiva e a neuropsicologia, para abordar cientificamente os fenômenos clínicos. A ideia subjacente é que as práticas terapêuticas têm muito a ganhar e a desenvolver caso busquem sua fundamentação em teorias científicas a respeito, por exemplo, do papel do processamento cognitivo no surgimento e na manutenção dos sintomas característicos do transtorno alimentar, da ansiedade generalizada e assim por diante. Para Mcfall, Treat e Vikens (1997), 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. Nesse mesmo sentido, aposta-se na integração entre a neurociência cognitiva e a pesquisa clínica como um passo fundamental na compreensão das disfunções cognitivas específicas do transtorno depressivo que possibilitará intervenções mais eficazes (Grahek, Everaert, Krebs, & Koster, 2018). Esse interesse em descobrir o mecanismo de funcionamento das diversas psicopatologias é caro ao CSM também por permitir avaliar por que alguns fatores específicos e técnicas próprias a algumas abordagens terapêuticas são mais eficazes do que outros no tratamento de determinadas condições clínicas (Lilienfeld, 2011).

Para alguns, as terapias comportamentais que trabalham com a técnica de exposição sistemática mostram-se mais eficazes do que outras no tratamento de fobias, já a abordagem cognitivo-comportamental consegue melhores resultados junto aos transtornos alimentares e transtornos de ansiedade (Chambless & Ollendick, 2001). Wampold e Imel (2015) contrapõem-se a essa posição por entender que, em psicoterapia, os principais fatores responsáveis pelo elemento terapêutico e por ocasionar mudança comportamental e psicológica são aqueles comuns a 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 abordar os problemas clínicos, teriam uma menor participação na mudança terapêutica. Mas o CSM não endossa essa perspectiva de que os fatores não específicos garantem por si

só o sucesso terapêutico. Trabalha-se com a hipótese de que o maior sucesso de uma abordagem pode ser creditado ao fato de ela agir sobre os processos psicológicos específicos que mantêm os sintomas-alvos. Dessa maneira, há um interesse em descobrir os processos subjacentes às psicopatologias para avaliar se algumas técnicas psicoterapêuticas reduzem a sintomatologia-alvo por interferir realmente nesses processos. Além disso, há o ideal de que as psicoterapias tenham como base justamente essas teorias científicas, garantindo, assim, o fundamento científico das intervenções psicológicas (David & Montgomery, 2011; Lilienfeld, 2011). David e Montgomery (2011) ressaltam, também, que mais importante do que focar nos fatores específicos ou não específicos seria procurar as interações entre elementos comuns e elementos específicos das psicoterapias e formular teorias de mudança terapêutica fundamentadas empiricamente.

Os programas de doutorado em psicologia clínica que adotam o modelo do cientista clínico preconizam que os estudantes obtenham formação simultânea na área da psicologia clínica e em disciplinas como psicologia cognitiva, neurociência e neuropsicologia visando justamente adotar os modelos teóricos correntes nessas áreas na investigação científica dos fenômenos clínicos (McFall, 2007). É nesse sentido que uma das metas do CSM é uma integração entre ciência clínica e ciências cognitivas (Treat & Bootzin, 2015). Essa aproximação pode ser vista em uma série de pesquisas que utilizam modelos de processamento de informação, técnicas de mensuração e ferramentas analíticas correntes nas ciências cognitivas na abordagem de fenômenos clínicos, como é o caso do trabalho de Treat, Viken, Kruschke e McFall (2010) sobre sintomas característicos dos transtornos alimentares.

Nessa pesquisa, os autores partem da hipótese de que há um processamento de informação relacionado ao peso, à forma do corpo e ao afeto diferenciado nas pessoas que apresentam sintomas de transtorno alimentar. A partir daí, criam experimentos baseados na realização de tarefas para avaliar tais hipóteses. No caso dessa pesquisa, os experimentos evidenciaram que mulheres jovens com sintomas de transtorno alimentar apresentam um viés de atenção, memória e sensibilidade maior para informações sobre aspectos corporais de outras mulheres do que para aquelas informações relacionadas ao afeto. Além disso, têm um viés perceptivo que correlaciona ilusoriamente forma física e felicidade (Treat et al., 2010). Treat e Dirks (2007) destacam, ainda, que a integração entre ciências cognitivas e ciência clínica possibilitaria o desenvolvimento de teorias da cognição humana mais unificadas que expliquem o processamento e o comportamento “normal” e “anormal”, evitando que se postulem modelos qualitativamente diferentes de processamento. Haveria, portanto, um ganho mútuo na aproximação das ciências cognitivas com a ciência clínica. As ciências cognitivas ofereciam modelos teóricos e técnicas de pesquisa consolidadas para explicar fenômenos que esperam

há tempos por teorias satisfatórias. Por sua vez, uma maneira de testar a força explanatória e o alcance teórico dos modelos cognitivos da mente é avaliar o quanto eles conseguem explicar os fenômenos mentais em estados alterados.

Percebe-se, portanto, que, dentro da área fragmentada da psicologia clínica, o CSM mantém mais afinidade com determinadas escolas e abordagens. Constatam-se referências às teorias e aos modelos cognitivos e comportamentais, bem como à neuropsicologia e ao campo interdisciplinar das ciências cognitivas. As abordagens psicanalíticas, humanistas e a outras abordagens populares no campo da psicologia clínica aparentemente não cabem no figurino do movimento. Uma das razões para tanto é que a separação entre ciência básica e aplicação clínica de conhecimento, tão cara ao CSM, não faz muito sentido nem na perspectiva humanista nem na psicanalítica. Figueiredo (1995) resalta que, historicamente, a clínica psicanalítica não se estabeleceu como aplicação de conhecimento básico no *setting* clínico, e até mesmo quando a teoria psicanalítica já tinha um *corpus* considerável, a prática clínica nunca ficou restrita à tradução da teoria em técnicas clínicas. Do lado das abordagens humanistas, também não há esse foco em elaborar uma teoria científica dos processos psicológicos e do comportamento para, a partir daí, fundamentar a prática clínica. O foco está mais na relação entre o terapeuta e o cliente, na experiência e nas qualidades humanas do clínico do que no uso de técnicas para intervir em determinado processo psicológico ou comportamento problemático. Voltaremos a esse ponto no tópico em que discutiremos criticamente as ideias do CSM.

Outra preocupação fundamental do CSM é avaliar de que maneira os resultados dos ensaios clínicos desenhados para avaliar a eficácia terapêutica das psicoterapias em um ambiente em certa medida controlado podem ser generalizados para o contexto dos *settings* profissionais. Muitas críticas são dirigidas a essa generalização pelo fato de esses estudos serem realizados em condições diferentes das intervenções profissionais que acontecem no “mundo real”, não tendo, por isso, validade ecológica (Shedler, 2018; Tschuschke et al., 2010). Para avaliar essa possibilidade, McFall (1996) desenvolveu a estratégia de *benchmarking*, que testa as mesmas psicoterapias que se mostraram eficazes nos ensaios clínicos em um contexto naturalístico de *setting* clínico. Visando garantir a uniformização dos procedimentos, são utilizados os mesmos manuais de psicoterapia e as mesmas medidas de resultados nos dois contextos de pesquisas diferentes. O próximo passo é comparar os resultados dos ensaios clínicos com os resultados das terapias realizadas nos serviços. Tal estratégia visa justamente responder a crítica tão comum de que estudos quase-experimentais são irrelevantes para o desenvolvimento do campo das psicoterapias, argumentando que pode haver uma integração entre os estudos de eficácia e os de eficiência.

## OS CONTORNOS DA PSICOTERAPIA

Entendemos que o projeto do CSM implica uma concepção de clínica e conseqüentemente de psicoterapia com alguns contornos específicos que necessitam ser delimitados. A própria concepção da psicologia clínica como ciência aplicada, por sua vez, já aponta para a compreensão da clínica como espaço de aplicação de conhecimento. Ou seja, é necessário traduzir a teoria em procedimentos e técnicas terapêuticas. Esses procedimentos, que devem ser manejados por um clínico dotado de conhecimento científico sobre transtornos mentais e problemas psicológicos, têm como objetivo a redução de determinados sintomas-alvo agrupados como categorias clínicas. É nesse sentido que entendemos que a psicoterapia, nesse contexto, é compreendida como uma tecnologia de cura e o psicoterapeuta, como tecnólogo. Conceber o psicólogo clínico como uma espécie de psicotecnólogo, como o fazem Lilienfeld e O'Donohue (2007), não é inédito na psicologia americana. Apresentar o psicólogo como um técnico tão imprescindível para a sociedade quanto um químico, um médico ou um engenheiro foi uma maneira de consolidar a psicologia como ciência e profissão no pós-guerra (Herman, 1995).

Não é de surpreender a adoção do modelo médico em psicologia clínica, tendo em vista que a clínica dos problemas e males psicológicos surge no contexto da medicina com o advento da psicanálise freudiana e sua proposta de cura pela fala no final do século XIX (Elkin, 2009). O próprio jargão da psicologia clínica foi tomado de empréstimo da medicina e, por muito tempo, a psicoterapia foi exercida apenas por médicos. Os psicólogos, por sua vez, quando passaram a praticar a psicoterapia, herdaram toda essa filiação da área com a medicina. Ora se aproximaram de uma concepção estritamente médica da clínica psicológica, ora procuraram conceber a psicoterapia em termos não médicos e redefinir seus objetivos em uma outra linguagem. É só lembrar a tradição de psicoterapias de orientação humanista e algumas de orientação psicanalítica que categoricamente se recusaram a compreender a psicoterapia em termos médicos e passaram a redefinir seus objetivos, acentuando que eles não se limitam a fins curativos.

A afinidade do CSM com uma concepção médica de psicoterapia revela-se em alguns pontos do seu projeto. A defesa dos ensaios clínicos randomizados como a metodologia padrão para avaliar as práticas psicoterapêuticas indica que estas são pensadas como procedimentos do tipo médico. O que essa metodologia possibilita é simplesmente avaliar se houve eliminação ou manutenção de sintomas por meio da intervenção (Carey & Stiles, 2016). Defende-se, também, que tal metodologia em psicoterapia tem tanto valor quanto na medicina no que tange a informar a prática, conquanto se desenvolvam medidas precisas para avaliar os fenômenos clínicos e haja um maior controle sobre as variáveis. Outra mostra de afinidade é o fato de os estudos que avaliam quais abordagens terapêuticas são mais eficazes para certos problemas clínicos basearem-se

inteiramente nas categorias do DSM ou em sintomas baseadas no manual. O uso de manuais de psicoterapia como o melhor instrumento para orientar a prática dos clínicos é outro ponto que atesta a confiança na validade de tais categorias. Os manuais de psicoterapia delimitam e descrevem precisamente os procedimentos clínicos a serem realizados em cada sessão de acordo com o transtorno psicológico a ser tratado. Ora, os manuais são pensados e estruturados a partir desses transtornos, e só faz sentido trabalhar com eles caso se pense a clínica dentro dessas categorias médicas. Há, portanto, uma solidariedade entre a concepção de psicoterapia como uma modalidade de tecnologia, a adoção do modelo médico na área e o ideal de integração entre conhecimento básico e práticas profissionais. A defesa aguerrida de um certo ideal de cientificidade para a área e a ênfase na busca por eficácia acabam implicando o elogio da técnica (Mariano & Castañón, 2018).

## DISCUTINDO O CSM

Um dos grandes méritos do CSM é colocar na ordem do dia a discussão sobre a base científica das psicoterapias e a cientificidade da psicologia clínica. De forma geral, os clínicos não confrontam as questões epistemológicas indispensáveis para levar a cabo tal discussão, nem se ocupam de alguns problemas fundacionais do campo que são essenciais para o seu desenvolvimento e aperfeiçoamento. Algumas questões que aparentemente se revestem de um caráter eminentemente prático, como é o caso do problema da eficácia das psicoterapias, têm um pano de fundo filosófico muitas vezes insuspeito que não é trazido à tona. O diálogo, se é que existe, entre diferentes abordagens em psicoterapia é, muitas vezes, mais orientado por uma defesa passional de certas concepções e práticas do que da análise de seus pressupostos, alcance e possibilidades como intervenções. Resumindo, os clínicos recusam muitas vezes o debate sobre os tópicos fundacionais de sua área para manter-se intocados em suas certezas e convicções. Tal estratégia defensiva não parece ser a melhor para o desenvolvimento e o amadurecimento de nenhuma disciplina. Além do que, mesmo que não se concorde ou se recuse o projeto do CSM, há de se reconhecer que ele é suficientemente claro e articulado quanto aos seus propósitos de reformulação tanto da psicologia clínica como disciplina quanto da prática clínica do psicólogo. No entanto, cabe desenvolver alguns comentários críticos quanto às suas propostas. Começemos pela concepção de psicoterapia que emerge de suas teses.

Destacamos que, para o CSM, a psicoterapia é pensada como uma intervenção que visa diminuir ou extinguir os sintomas específicos de algumas condições clínicas tais como a depressão, a bulimia, o transtorno obsessivo-compulsivo etc. Concordamos com a necessidade de integração entre a psicologia clínica e as teorias em psicologia que tratam de processos e fenômenos psicológicos básicos, justamente para a elucidação do funcionamento dos fenômenos psicopatológicos



e o desenvolvimento de estratégias terapêuticas. É importante, também, que se aproveite todo o *background* teórico sólido que a psicologia desenvolveu sobre domínios da vida mental para tentar explicar os estados psicopatológicos, como o quer o movimento. Além disso, concordamos que é necessário avaliar empiricamente os resultados das psicoterapias por meio de ensaios clínicos. No entanto, a restrição para que os estudos de eficácia terapêutica sejam realizados somente com os ensaios clínicos randomizados não é justificável. Outras metodologias, inclusive aquelas de natureza qualitativa, também podem ajudar a entender melhor o processo terapêutico e compreender seus efeitos junto aos clientes. Além disso, as exigências metodológicas específicas dos ensaios clínicos impedem que as psicoterapias de natureza mais idiográfica sejam avaliadas quanto a sua eficácia por tal metodologia, e algumas demandas em psicoterapia são mais bem abordadas por tais intervenções (Shean, 2014).

Carey e Stiles (2016) argumentam que se procuramos entender realmente quais terapias são eficazes, de que maneira, em quais condições e para quais pacientes, é necessário utilizar diferentes metodologias a fim de responder a questões tão complexas. Sugerem, por exemplo, avaliações baseadas em casos clínicos individuais conduzidos em um contexto naturalístico que avaliem as terapias que se mostraram eficazes em um contexto de pesquisa mais controlado. Além disso, outros desenhos de pesquisa de natureza qualitativa que investigam o relato dos pacientes sobre sua experiência terapêutica também podem ser úteis para compreender o que está em jogo no processo e a quais fatores pode ser creditado o mérito da mudança. Enfim, é necessário analisar evidências obtidas por meio de diferentes metodologias para se ter uma ideia mais clara a respeito de quais terapias realmente funcionam e em quais condições específicas.

É fato que muitas psicoterapias, inclusive as intervenções cognitivo-comportamentais direcionadas para transtornos e problemas específicos, quando avaliadas pelos ensaios clínicos, demonstram benefícios para os pacientes ao término do tratamento e atendem as exigências para serem consideradas tratamentos suportados empiricamente (Dobson & Dobson, 2017). No entanto, estudos de longo prazo com pacientes submetidos a tais tratamentos demonstram altas taxas de recaída e a busca de intervenções alternativas (Shean, 2014). Dessa forma, é necessário um debate mais nuançado e claro sobre ganhos e perdas em se priorizar intervenções de curta duração e que se prestam a ser organizadas no formato de um manual. Geralmente são essas as intervenções avaliadas por meio dos ensaios clínicos e que ganham o *status* de suportadas empiricamente.

É necessário frisar, também, que o modelo de psicoterapia estruturado a partir de um transtorno psicológico específico não deve ser a única opção viável. Há problemas emocionais e mentais que não são doenças em nenhum sentido do termo, podendo ser mais bem entendidos como

dificuldades humanas ocasionadas por situações estressantes no âmbito pessoal ou interpessoal (Elkins, 2009). Muitas pessoas procuram um terapeuta ou um profissional às vezes por razões não médicas, não apresentando nenhum transtorno psicológico específico. Estão em busca de um profissional que possa oferecer ajuda e suporte para lidar com certas demandas colocadas pela vida. É comum as pessoas procurarem um terapeuta visando crescimento pessoal ou para uma melhor compreensão dos seus sentimentos, que são objetivos bem diferentes de procurar ajuda para tratar transtornos psicológicos. Pode-se argumentar que esse tipo de demanda geralmente é endereçada ao conselheiro e não ao psicólogo clínico, já que este, no caso do contexto norte-americano, trataria especificamente pessoas acometidas com transtornos mentais. No Brasil, no entanto, não há uma discriminação de demandas, e o psicólogo clínico não se ocupa exclusivamente de pessoas com algum diagnóstico psiquiátrico. E até mesmo os sujeitos com determinado transtorno psicológico podem apresentar demandas pessoais que requerem atenção e cuidado para além dos sintomas específicos à sua condição clínica. Dessa maneira, o ideal de que todo processo terapêutico seja conduzido por meio de manuais de psicoterapia padronizados para transtornos psicológicos específicos pode ser questionado (Shedler, 2018).

Há um outro problema fundacional que cerca o CSM em relação à noção de transtorno mental e diz respeito ao quanto o movimento aceita e confia na validade da classificação psiquiátrica estabelecida pelo DSM. 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, e os manuais de psicoterapias são estruturados a partir delas. Mas há um movimento extenso no seio da própria psiquiatria contemporânea questionando a validade desse sistema nosológico. Para Murphy (2015), por exemplo, há imprecisões no estabelecimento dessas categorias e razões para desconfiança quanto à realidade de algumas delas, devido ao fato de o sistema classificatório não ser baseado em informações etiológicas dessas condições clínicas.

A discussão sobre os problemas das classificações psiquiátricas é extensa e não é possível nos determos aqui em todos os seus meandros. Levantamos tal questão no intuito de sinalizar que é de se esperar que o CSM discuta o problema das classificações psiquiátricas argumentando a favor da validade da nosologia da psiquiatria contemporânea, já que tanto os estudos de eficácia se pautam por tal sistema classificatório como também há o objetivo de explicar os referidos transtornos listados por esse sistema. Não seria um problema os estudos de eficácia basearem-se em condições clínicas que não se configuram como uma categoria clínica propriamente dita, podendo haver diferenças significativas entre os sujeitos que são classificados como portadores de transtorno X ou Y? Esses

sujeitos podem até mesmo ter problemas clínicos diferentes que se assemelham apenas na superfície. Seriam as imprecisões da nosologia da psiquiatria contemporânea que levariam a agrupá-los como casos de uma mesma condição clínica. Portanto, é necessária uma posição explícita do CSM quanto à validade das categorias clínicas adotadas, já que elas são tão centrais para seus propósitos.

A compreensão do que se configura como psicologia clínica científica para o CSM acaba trazendo consequências problemáticas para o campo. Para garantir a cientificidade da área, é necessário, por um lado, conceituar os problemas clínicos utilizando modelos teóricos da psicologia sustentados pela avaliação empírica. Daí a ênfase nas teorias e nos modelos desenvolvidos pela psicologia cognitiva, bem como nos modelos *behavioristas* e na neurociência do comportamento humano. Tais perspectivas em psicologia atendem melhor aos critérios de cientificidade aceitos pelo movimento. A outra exigência para garantir a cientificidade da área é assegurar que os procedimentos clínicos sejam embasados nesse saber teórico, além de ter sua eficácia sustentada por avaliação empírica. Disso decorre o ideal de que toda ação do clínico seja fundamentada exclusivamente no conhecimento científico sobre a mente e o comportamento humano. Mas tal ideal pode ser questionado.

Alguns domínios da experiência humana, como o problema do sentido da vida e dos significados que os sujeitos atribuem às próprias experiências, não são abordados por via do método científico (Castañon, 2007). Mas ainda assim merecem atenção por parte do clínico por vir à tona no *setting* terapêutico. Tais questões são tradicionalmente abordadas por via da hermenêutica, que é um método de investigação e abordagem propriamente filosófica. Isso não significa que a intuição e a experiência profissional sejam o fundamento último do exercício da clínica, mas abre espaço para que se pense na utilização de um tipo de saber interpretativo na clínica que complementa o conhecimento científico, em vez de substituí-lo ou negá-lo em sua extensão.

Não compreendemos que haja necessariamente uma oposição entre esses dois domínios, à medida que se especifique seus contornos e seu alcance. Pode-se muito bem, em um momento, utilizar conhecimento científico sobre o componente cognitivo, por exemplo, subjacente aos sintomas obsessivo-compulsivos para intervir junto a pacientes. Em outros casos, um sujeito pode demandar do terapeuta que lhe auxilie na compreensão de suas experiências para conseguir estabelecer uma relação significativa entre um conjunto de acontecimentos vividos.

Um aspecto positivo do CSM diz respeito a sua abordagem do problema da eficácia, que enfatiza a necessidade de interrogar cientificamente o componente teórico das abordagens tanto quanto seu sucesso terapêutico. Essa é uma diferença marcante em relação, por exemplo, ao modo como o problema da eficácia vem sendo abordado pelo movimento

das psicoterapias baseadas em evidências. Este se preocupou apenas em avaliar quais intervenções clínicas são eficazes para determinadas condições clínicas sem se importar em precisar quais os fatores responsáveis pelo sucesso terapêutico. Há consequências indesejáveis ao deixar de lado na avaliação das psicoterapias o seu componente teórico. Tratamentos que trabalham com hipóteses teóricas altamente duvidosas do ponto de vista científico muitas vezes são avaliados positivamente (Lilienfeld, 2011).

No caso, pensemos em um tratamento em que as hipóteses teóricas sobre os processos de mudança ocasionados pela psicoterapia façam referência a espíritos, energias ocultas, ou até mesmo aceitem crenças relacionadas ao vudu. Caso os sujeitos que forem submetidos a tratamentos desse tipo tenham uma recuperação melhor do que os que ficaram em uma lista de espera, eles já serão considerados como provavelmente ou até mesmo eficazes, dependendo do critério utilizado pelo estudo para atestar eficácia (Lilienfeld, 2011). Mas esse resultado positivo pode ser creditado a vários fatores não específicos ao tratamento, como a expectativa de melhora, a aliança terapêutica estabelecida entre terapeuta e paciente, a regressão a média, entre outros (Lilienfeld et al., 2013) que não propriamente as técnicas e os procedimentos específicos da intervenção. Em que pese a dificuldade para realizar pesquisas que consigam isolar as variáveis referentes aos fatores específicos e não específicos para determinar seu impacto no resultado do processo terapêutico, consideramos que o CSM acerta ao incluir na avaliação das psicoterapias a teoria de mudança subjacente a cada abordagem.

Resumindo, concorda-se com o CSM no que concerne a querer reformar e trazer maior rigor para o âmbito da psicologia clínica mediante integração com algumas tradições teóricas bem estabelecidas no âmbito da psicologia. No entanto, há sérios problemas com a concepção de clínica solidária a suas teses.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na psicologia clínica contemporânea, talvez o projeto mais ambicioso de reforma científica da disciplina encontre-se desenhado nas teses do movimento do cientista clínico. Por estar intimamente ligado à tradição da psicologia clínica americana e seu foco na avaliação empírica das práticas clínicas, contextualizou-se o projeto do CSM dentro dessa tendência específica. Questões centrais para as quais o CSM elabora propostas, como o problema da eficácia das psicoterapias e o modelo de formação do doutorado em psicologia clínica, já fazem parte da agenda da psicologia clínica americana desde o fim da Segunda Guerra. As respostas do movimento para tais questões enfatizam a necessidade de uma virada científica na disciplina. É necessário tanto avaliar a eficácia das psicoterapias por meio de ensaios clínicos randomizados antes de disponibilizar os tratamentos ao público quanto construir intervenções terapêuticas baseadas em teorias psicológicas bem

fundamentadas empiricamente. Quanto ao modelo de doutorado na área, a proposta do CSM contrapõe-se aos modelos que pensam o psicólogo clínico como cientista ou como praticante a depender das atribuições do profissional. Concebe-se o profissional necessariamente como cientista, independentemente se ele será um pesquisador ou se vai dedicar-se à prática clínica.

Permeando todo o projeto, há a defesa da psicologia clínica como uma ciência aplicada que deve estar bem integrada às ciências básicas em psicologia tendo em vista oferecer serviços e “tecnologias” eficazes e seguros no mesmo molde em que essa relação é pensada em outras áreas. Tais teses implicam, por sua vez, uma concepção de clínica que subscreve o modelo médico em psicoterapia e que é estruturada a partir de um transtorno psicológico específico. As críticas dirigidas ao CSM focam justamente na concepção estreita de clínica que emerge de suas teses. Tal concepção não deixa espaço, ao menos implicitamente, para a utilização do saber hermenêutico no contexto clínico, nem legitima outros objetivos da prática clínica que não a diminuição ou alívio de determinada sintomatologia. No entanto, saudamos, em linhas gerais, o esforço de reforma científica da disciplina e o enfrentamento direto e claro do problema da cientificidade da psicologia clínica e das práticas psicoterapêuticas mesmo discordando de alguns contornos que o projeto assume, como salientamos alhures.

## REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5. ed). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychological Association (APA). (2006). Evidence-based practice in psychology: APA Presidential Task Force on evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. doi: 10.1037/0003-066X.61.4.271
- Arean, P. A., & Kraemer, H. C. (2013). *High duality psychotherapy research: From conception to piloting to national trials*. New York: Oxford University.
- Benjamin, L., & Baker, D. (2000). Boulder at 50: Introduction to the section. *American Psychologist*, 55(2), 233-254. doi: 10.1037/h0087859
- Bootzin, R. (2007). Psychological clinical science: Why and how we got to where we are. In R. Bootzin, T. Tereza, & B. Timothy (Eds.), *Psychological clinical science: Papers in honor of Richard M. McFall* (pp. 3-28). New York: Taylor & Francis.
- Capshew, J. (1999). *Psychology on the march: Science, practice, and professional identity in America, 1929-1969*. Cambridge: Cambridge University.
- Carey, T. A., & Stiles, W. B. (2016). Some problems with randomized controlled trials and some viable alternatives. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23, 87-95. doi: 10.1002/cpp.1942
- Carey, T. A., Huddy, V., & Griffiths, R. (2019). To mix or not to mix? A meta-method approach to rethinking evaluation practices for improved effectiveness and efficiency of psychological therapies illustrated with the application of perceptual control theory. *Frontiers in Psychology*, 10, 1-10. doi: 10.3389/fpsyg.2019.01445
- Castañón, G. (2007). Psicologia humanista: A história de um dilema epistemológico. *Memorandum*, 12, 105-124. Recuperado de <https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6714>
- Chambless, D., & Ollendick, T. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.685
- Cook, S. C., Schwartz, A. C., & Kaslow, N. J. (2017). Evidence-based psychotherapy: Advantages and challenges. *Neurotherapeutics*, 14(3), 537-545. doi: 10.1007/s13311-017-0549-4.
- 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(2), 89-98. doi: 10.1111/j.1468-2850.2011.01239.x
- Dobson, J. G., & Dobson, K., S. (2017). *The evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Elkins, D. (2009). The medical model in psychotherapy: It's limitations and failures. *Journal of Humanistic Psychology*, 49(1), 66-84. doi: 10.1177/0022167807307901
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319-324. doi: 10.1037/h0063633
- Figueiredo, L. C. M. (1995). *Revisitando as psicologias: Da epistemologia à ética nas práticas psicológicas*. Petrópolis: Vozes.
- Grahek, I., Everaert, J., Krebs, R. M., & Koster, E. H. (2018). Cognitive control in depression: Toward clinical models informed by cognitive neuroscience. *Clinical Psychological Science*, 6(4), 464-480. doi:10.1177/2167702618758969
- Haynes, R. B., Devereaux, P. J., & Guyatt, G. H. (2002). Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 7(2), 36-38. doi: 10.1136/ebm.7.2.36
- Herman, E. (1995). *The romance of american psychology: Political culture in the age of experts*. Berkeley: University of California.
- Hilgard, E. (1987). *Psychology in America: a historical survey*. San Diego: HBJ.
- Leonardi, J. L., & Meyer, S. B. (2015). Prática baseada em evidências em psicologia e a história da busca pelas provas empíricas da eficácia das psicoterapias. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(4), 1139-1156. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001552014>
- 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: Objective Investigations of Controversial and Unorthodox Claims in Clinical Psychology, Psychiatry, and Social Work*, 1(1), 5-10. Recuperado de <https://www.srmhp.org/0101/raison-detre.html>
- 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. doi: 10.1111/j.1468-2850.2011.01241.x
- Lilienfeld, S., & O'Donohue, W. (2007). The epistemological and ethical dimension of clinical science. In R. Bootzin, T. Tereza, & B. Timothy (Eds.), *Psychological clinical science: papers in honor of Richard M. McFall* (pp. 29-52). Nova York: Taylor & Francis Group
- Lilienfeld, S., Ritschel, L., Lynn, S., Cautin, R., & Lutzman, R. (2013). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 883-900. doi: 10.1016/j.cpr.2012.09.008
- Lilienfeld, S. O., McKay, D., & Hollon, S. D. (2018). Why randomised controlled trials of psychological treatments are still essential. *The Lancet Psychiatry*, 5(7), 536-538. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30045-2

- Mariano, R. B., & Castañón, G. A. (2018). Psicoterapia, Ciência e Efiácia: contrapondo o clinical Scientist Movement e a clínica psicanalítica. In R. T. Simanke, F. V. Bocca, & C. Murta (Orgs.), *Psicanálise em perspectiva VII: Estudos interdisciplinares em história e filosofia da psicanálise* (pp. 155-170). Curitiba: CRV.
- McFall, R. M. (1991). Manifesto for a science of clinical psychology. *The Clinical Psychologist*, 44(6), 75-88. Recuperado de <https://sites.google.com/site/sscpwebsite/Home/manifesto-for-a-science-of-clinical-psychology>
- McFall, R. M. (1996). Making psychology incorruptible. *Applied & Preventive Psychology*, 5(1), 9-15. doi: 10.1016/S0962-1849(96)80021-7
- McFall, R. M. (2000). Elaborate reflections on a simple manifesto. *Applied & Preventive Psychology*, 9(1), 5-21
- McFall, R. M. (2007). On psychological clinical science. In R. Bootzin, T. Tereza, & B. Timothy (Eds.), *Psychological clinical science: papers in honor of Richard M. McFall* (pp. 363-396). Nova York: Taylor & Francis.
- McFall, R. M., Treat, T., & Viken, R. (1997). Contributions of cognitive theory to new behavioral treatments. *Psychological Science*, 8(3), 174-176.
- Miller, R. (1998). Epistemology and psychotherapy data: The unspeakable, unbearable, horrible truth. *Clinical Psychology: Science and practice*, 5(2), 242-250. doi: 10.1111/j.1468-2850.1998.tb00147.x.
- Murphy, D. (2015). Philosophy of psychiatry. In E. Zalta, (Ed), *The Stanford encyclopedia of philosophy*. Recuperado de: <http://plato.stanford.edu/entries/psychiatry/>
- Oltmanns, F. T., & Krasner, L. (1993). A voice for science in clinical psychology: The history of section III of Division 12. *The Clinical Psychologist*, 46(1), 25-32. Recuperado de <https://sites.google.com/site/sscpwebsite/Home/history-of-sscp>
- Pomerantz, A. M. (2011). *Clinical psychology: Science, practice, and culture* (2nd ed). Los Angeles: Sage.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J.A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312(7023), 71-2. doi: 10.1136/bmj.312.7023.71
- Shean, G. (2014). Limitations of randomized control designs in psychotherapy research. *Advances in Psychiatry*, Article ID 561452. doi: 10.1155/2014/561452
- Shedler, J. (2018). Where is the evidence for "evidence-based" therapy? *Psychiatric Clinics of North America*, 41(2), 319-329. doi: 10.1016/j.psc.2018.02.001
- Treat, T., & Dirks, M. (2007). Integrating clinical and cognitive science. In R. Bootzin, T. Tereza, & B. Timothy (Eds.), *Psychological clinical science: Papers in honor of Richard M. McFall* (pp. 289-318). Nova York: Taylor & Francis.
- Treat, T. A., & Bootzin, R. (2015). McFall, Richard. M. In R. Cautin & S. Lilienfeld (Eds), *The Encyclopedia of Clinical Psychology* (pp 1-4). Nova York: John Wiley & Sons.
- 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. doi: 10.1016/j.jmp.2008.11.003
- Tschuschke, V., Cramer, A., Koemed, 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. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/dfe7/07476b3d09eae03454f4119036e8c559d5a8.pdf>
- Vasco, A., Santos, O., & Silva, F. (2003). Psicoterapia sim! Eficácia, efectividade e psicoterapeutas (em Portugal). *Psicologia*, 17(2), 485-495. doi: 10.17575/rpsicol.v17i2.463
- Wampold, B., & Imel, Z. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy works (2nd ed)*. New York: Routledge.

## NOTA

1. A diferença entre eficácia e eficiência é que eficácia diz respeito às psicoterapias mostrarem-se bem-sucedidas em condições de pesquisa passível de maior controle das variáveis, como no caso dos ensaios clínicos randomizados. Já eficiência terapêutica refere-se às condições em que essas psicoterapias são avaliadas em um contexto de menor controle das variáveis, como é o caso do *setting* naturalístico em que a maioria dos serviços de psicoterapia é oferecido (Vasco, Santos, & Silva, 2003).