

...Creio num Engenho que falta mais Fecundo de Harmonizar as Partes Dissonantes: Fundamentação para a Integração em Psicoterapia

António Branco Vasco*

Resumo:

Iniciando por constatar, que o fenómeno da integração em psicoterapia é um dos movimentos que caracteriza o campo da psicoterapia nos últimos anos, o autor propõe três ordens de razões para explicar a pertinência da integração. Razões de ordem histórica e psicossocial, razões de ordem empírica e razões de ordem filosófica. Aborda, ainda, a necessidade de reflectir, a nível de integração, em termos de "complementaridade paradigmática."

Palavras-chave: Psicoterapia; Integração.

ABSTRACT:

The movement for integration in psychotherapy is clearly one of the main trends that can be observed in the field. The author stresses three main reasons for this state of affairs and as a way of justifying the importance of integration: historical and psychosocial, empirical and philosophical. A specific way of thinking in integrative terms is also outlined – "paradigmatica complementarity."

Key-words: Psychotherapy; Integration.

... Creio num engenho que falta mais fecundo
de harmonizar as partes dissonantes
creio que tudo é eterno num segundo
creio num céu futuro que houve dantes.

Natália Correia

Claramente, uma das tendências que, nos últimos anos, tem caracterizado o "reino da psicoterapia," é a do desenvolvimento de modelos e formas de intervenção

integrativas, como forma de responder à "proliferação selvagem" de escolas de modelo único e otimizar os resultados das intervenções. Como base para o desenvolvimento destas propostas integrativas penso encontrarem-se, essencialmente, três ordens de razões. Nomeadamente, razões que podem ser designadas como históricas e psicossociais, razões de ordem empírica e, finalmente, razões de ordem filosófica. É exactamente sobre estas três ordens de razões que me vou debruçar, como forma de fundamentar a necessidade de integração em psicoterapia.

1. Razões de Ordem Histórica e Psicossocial

Apesar de ter decorrido cerca de um século desde que a prática da psicoterapia foi reconhecida como actividade profissional, e do esforço pioneiro (desde 1933) de alguns autores no sentido da demonstração da existência de factores comuns a diferentes formas de intervenção psicoterapêutica^{1,2,3,4,5}, só há cerca de vinte anos as questões relativas à aproximação e possível integração de diferentes modelos e práticas psicoterapêuticas se transformaram numa área de interesse claramente delineada e com identidade própria^{6,7,8,9,10}.

Como é sobejamente conhecido, tradicionalmente, a comunidade psicoterapêutica caracterizava-se por uma hostilidade aberta entre os proponentes dos diferentes paradigmas terapêuticos, que não têm parado de aumentar. Senão, vejamos!

Em 1959 era já possível identificar 36 sistemas distintos de psicoterapia¹¹, em 1976 este número

aumentava para 130¹², em 1980 disparava para 250¹³, em 1986 atingia a quantia de 460¹⁴ e em 1989 quase que se "perdia a conta," em Itália eram identificados mais de 500¹⁵!

Sendo argumentável que estes impressionantes números possam expressar a vitalidade e criatividade da comunidade terapêutica, penso, no entanto, chegado o momento de questionarmos onde termina a diversidade saudável e começa o caos¹⁶.

Relativamente aos modelos mais respeitáveis (os testados empiricamente), o seu principal problema é o de nenhum deles ter conseguido demonstrar uma eficácia diferencial superior face aos seus competidores (no largo espectro das perturbações mentais)^{17,18,19,20,21}, apesar de aparentarem ser muito diversas as formas como essa eficácia é alcançada.

As consequências desta fragmentação do campo psicoterapêutico e a inexistência de eficácias diferenciais claras têm sido, para muitos terapeutas, a perplexidade, a confusão e a insatisfação com os modelos existentes.

Lentamente, parece ter emergido um movimento, inicialmente informal, que Paul Wachtel²² designou por "subterrâneo psicoterapêutico", e que reflectia a insatisfação com os modelos puros, dado estes serem frequentemente incongruentes com as observações clínicas, conduzindo à adopção e utilização, por parte de terapeutas mais experientes, de técnicas oriundas de outras formulações teóricas.

Também neste sentido apontaram os resultados das investigações pioneiras de Fiedler²³, no início dos anos 50, que mostraram, em jeito de darwinismo

psicoterapêutico, que a prática clínica de terapeutas experientes de diferentes orientações se assemelhava mais entre si do que com a de terapeutas inexperientes da mesma orientação. Conclusão esta parcialmente replicada, com psicoterapeutas portuguesas, em investigação por mim realizada²⁴.

Por outro lado, várias investigações mostram que o eclectismo se tem vindo a estabelecer como a orientação modal dos profissionais de saúde mental americanos (psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais) com um valor de aderências entre os 30% e os 55%^{6,25,26}. Na maioria dos estudos, entre um terço e metade dos terapeutas consideram-se ecléticos²⁷. De igual modo, um painel de especialistas tinha previsto que, na década de noventa, o eclectismo seria mais popular do que qualquer outro sistema terapêutico²⁸. Previsão essa feita de novo em 2002, relativamente à próxima década²⁹.

Apesar de, em Portugal, como mostrei e justifiquei em investigações anteriores, estes valores não serem tão elevados, aparentemente têm, igualmente, vindo a aumentar, de 13% para 18%, desde finais da década de 80 até meados da década de 90^{30,31}. Estes valores obtêm-se se recorrermos ao critério restritivo de identificação com o eclectismo como orientação preferencial. Caso recorrarmos ao critério, menos exigente, dos terapeutas que reconhecem fazerem uso de conceitos e técnicas de mais do que uma orientação, o valor de eclectismo sobe para cerca de 80%^{32,33,31}.

Deste modo, é como se a comunidade psicoterapêutica tivesse evoluído de um período de "luta aberta", passando por uma fase de "aproximação",

tendendo a encontrar-se, actualmente, numa situação de "convergência" ou mesmo de "integração"^{10,34}.

Claramente, a questão central deixou de ser tanto a de qual o "melhor" modelo, para passar mais a ser a tentativa de resposta à questão levantada por Paul já em 1967³⁵, "que tipo de *intervenção*, administrada por que tipo de *terapeuta*, a que tipo de paciente e de *perturbação*, em que *contexto* e com que tipo de *resultados*". Ou ainda, numa formulação mais ousada, a necessidade de "orientar as intervenções por uma estratégia multimodal e flexível que permita proporcionar ao paciente e ao seu meio ecológico uma multiplicidade de intervenções adequadas às suas necessidades cambiantes"³⁶.

A nível institucional, as preocupações integrativas vieram a materializar-se em 1983 na fundação da *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration*, na publicação de um número significativo de trabalhos relativos à temática da integração, particularmente o *Journal of Psychotherapy Integration* e na realização anual de conferências.

Talvez seja, finalmente, pertinente, expressar alguma preocupação com a actual proliferação de modelos integrativos. Na realidade, e como foi anteriormente referido, uma das principais razões que levaram ao surgimento da necessidade de pensar em termos integrativos foi, exactamente, a preocupação com o crescente número de escolas de modelo único. Acredito ser mais importante, no contexto actual, investir numa articulação de modelos existentes, particularmente os de carácter integrativo, do que na criação de novos modelos de escola única. Deste modo, considero que devemos dirigir

os nossos esforços para o desenvolvimento de "metamodelos" de integração em psicoterapia, tema a que tenho vindo a dedicar esforços de conceptualização e de investigação³⁷.

2. Razões de Ordem Empírica

Detenhamo-nos sobre as principais conclusões genéricas proporcionadas por cerca de cinquenta anos de investigação sistemática em psicoterapia^{17,38}

a. As intervenções psicoterapêuticas são, de uma forma genérica, significativamente mais eficazes do que a ausência de intervenção, do que intervenções informais, do que a remissão espontânea, listas de espera e controles placebo. O paciente de psicoterapia, em termos médios, encontra-se significativamente melhor no fim das intervenções, do que 80% de possíveis pacientes não submetidos a intervenção^{17,39}.

É importante chamar a atenção para o facto de este valor ser equivalente à redução da incidência de uma doença física ou taxa de mortalidade de 66% para 34%⁴⁰ e superior ao efeito de nove meses de aprendizagem escolar da leitura e da escrita¹⁹;

b. As meta-análises mais antigas tendiam a mostrar uma pequena, mas consistente superioridade para as metodologias cognitivas e comportamentais relativamente às terapias verbais e relacionais, particularmente nas perturbações ansiosas e a curto prazo. Contudo, nas meta-análises mais recentes e rigorosas, estas diferenças tendem a esbater-se²¹.

Assim, para além de situações muito concretas como: (a) fobia simples; (b) agorafobia e pânico simples; (c) obsessão-compulsão simples; e (d)

disfunções sexuais simples⁴¹, nas quais as intervenções comportamentais e cognitivas parecem ser as mais eficazes, nenhuma forma de terapia se mostrou, até ao momento, significativa e consistentemente superior a qualquer outra, particularmente a longo prazo^{17,18,21,42,43}. Deste modo, parece prevalecer o "Veredicto do Pássaro DoDo" - "*todos* ganharam, *todos* merecem prémio" - referido pela primeira vez por Saul Rosenzweig⁵ em 1936 e, mais recentemente, por Luborsky e colegas em 1975.

c. Apesar de não serem unívocos, os dados comparativos da eficácia psicoterapêutica e da eficácia farmacoterapêutica sugerem que a psicoterapia parece ser, no mínimo, tão eficaz como a farmacoterapia nas perturbações ansiosas e nas depressões "reativas"^{9,39,44,45,46} e mesmo, segundo algumas investigações^{47,48}, nas depressões "endógenas".

A complementariedade dos dois tipos de intervenção parece ser, nas situações mais graves, recomendável, dado os efeitos positivos de ambas parecerem ter incidências diferenciais e complementares. Por exemplo, nas depressões os fármacos parecem ter um papel central na redução sintomática (i.e., perturbações do sono, perda de apetite, etc.), tendo a psicoterapia um papel central nos "problemas de vida" (i.e., ideação suicida, perda de interesse, sentimentos de culpa e funcionamento interpessoal e social)^{39,44,49}.

Nas restantes perturbações, menos investigadas em termos comparativos, a psicoterapia parece igualmente ser um complemento essencial das intervenções médicas, particularmente nas situações mais graves, tanto mais que a regulação

sintomática medicamentosa é muitas vezes necessária para tornar possível a intervenção psicoterapêutica^{9,39,44,46,50}.

Uma vantagem acrescida da psicoterapia parece ser também a de diminuir as taxas de recaída⁵⁰:

d. Os estudos de *catamnese* parecem apontar para que, independentemente do tipo de terapia, a maioria dos pacientes que mostram melhoras iniciais tendem a mantê-las (com exceção para o abuso de substâncias, a obesidade e alguns tipos de depressão), salientando-se a importância dos terapeutas se empenharem sistemática e explicitamente no cimentar dos ganhos terapêuticos dos pacientes, bem como na antecipação de dificuldades futuras^{17,51}. Para além da remissão sintomática, qualquer forma de psicoterapia deveria ter como objetivo o aumento da resiliência dos pacientes;

e. A eficácia das intervenções terapêuticas pode ser aumentada caso se tomem em consideração, para além das características da perturbação, as características psicológicas dos pacientes^{52,53,54,55,56}. Parece tornar-se cada vez mais claro que, mais importante do que a perturbação que o paciente tem, *são as características do paciente que está perturbado*^{55,57}.

Deste modo, a investigação em psicoterapia tem cada vez mais vindo a salientar a importância de tomar em consideração, como fundamento de tomada de decisão e acção clínicas, variáveis do paciente e do problema^{52,54,55,59,60,61}, e ainda do processo e interacção terapêuticos^{37,62,63,64,65,66,67};

f. As características pessoais do psicoterapeuta têm uma influência muito significativa nos resultados

terapêuticos^{17,43}, para melhor e para pior (efeitos de deterioração)^{68,69}. Beutler e colaboradores⁷⁰ avançam com um valor de 30% para a percentagem de variância explicada pelas características do psicoterapeuta.

Características dos terapeutas que parecem relacionadas com melhor capacidade de estabelecimento de aliança terapêutica e melhores resultados da intervenção são: abertura à experiência, responsividade, flexibilidade, tolerância à incerteza e frustração^{17,71}. Por sua vez, algumas das características que mais parecem estar relacionadas com efeitos negativos da psicoterapia são: falta de empatia, incapacidade de avaliar a gravidade da condição do paciente e a contratransferência negativa⁶⁹;

g. Cerca de 40% da variância em psicoterapia é atribuível à remissão espontânea. Ou seja, às características pessoais do paciente (grau de integridade do eu, estilo cognitivo, etc.) e às características do seu meio ecológico (acontecimentos de vida, apoio social, etc.)^{41,43}. Por sua vez, para as variáveis do paciente, Beutler e colaboradores⁷⁰ avançam com um valor de 60% relativo à percentagem de variância explicada.

Estes valores reforçam a ideia, atrás referida, da importância da diversificação dos critérios de tomada de decisão clínica, ilustrando a primordial importância da pessoa do paciente na determinação dos resultados. Acentua ainda a importância dos terapeutas se preocuparem também, e directamente, com o contexto e qualidade do apoio social dos pacientes, quer como potencial factor de intervenção quer como factor protector de recaídas.

h. Cerca de 30% da variância em psicoterapia é atribuível a factores comuns a todas as orientações teóricas (qualidade da aliança terapêutica, explicações alternativas da perturbação, experiências emocionais correctivas, etc.)^{41,43}.

Relativamente à qualidade da aliança terapêutica (confluência de características de paciente e terapeuta), é importante salientar que esta tem vindo a ser, repetidamente, identificada como o factor intraterapêutico mais responsável pelo resultado das intervenções, independentemente de orientação teórica⁵⁷.

Algumas investigações em etologia e neurociência parecem contribuir, por analogia, para a compreensão da importância fundamental da aliança terapêutica⁷²: (a) estudos com pássaros demonstram que a capacidade para aprender a "cantar" é optimizada quando são expostos a modelos "ao vivo", em contraste com gravações⁷³; (b) outros pássaros são totalmente incapazes de aprender a "cantar" com gravações, necessitando de interacções sociais positivas⁷⁴; (c) o contacto e "cuidados" maternos, em ratos, protegem o cérebro dos efeitos negativos do stress^{75,76}.

Relativamente aos factores comuns, em geral, também parece ser particularmente ilustrativo o facto de a investigação recente em neurociência demonstrar que as actividades necessárias ao desenvolvimento e integração neuronais serem extraordinariamente semelhantes aos "factores comuns em psicoterapia": (a) o estabelecimento de uma relação de confiança e segurança; (b) o obter e experienciar novas informações a nível cognitivo, emocional, sensorial e comportamental; (c) alternar níveis de

activação emocional com períodos de segurança e harmonia; (d) integrar conhecimento conceptual com experiências emocionais e corpóreas através do desenvolvimento de narrativas coconstruídas com o terapeuta; (e) fomentar métodos de processar e organizar novas experiências fora da terapia².

i. Cerca de 15% da variância terapêutica é atribuível a efeitos placebo que podem, igualmente, ser classificados como factores comuns (expectativas optimistas, credibilidade diferencial dos vários racionais e técnicas, etc.)^{41,43}.

Parece, relativamente aos efeitos placebo, importante salientar que placebo em psicoterapia é diferente de placebo em medicina. Ou seja, tomando como base de reflexão a etimologia de "placebo" (etim. do latim – "para agradar") parece ser evidente que aquilo que é considerado, em medicina, como placebo é, na realidade, um efeito psicológico! Aliás, alguns autores defendem que a história da medicina, até ao século XVIII, possivelmente com excepção da cirurgia, não é mais do que a história da remissão espontânea e do placebo⁷⁷.

No reino da psicoterapia é extraordinariamente difícil determinar o que é placebo, em contraste com o que são elementos activos, excepto se tomarmos em consideração a perspectiva de uma escola particular. Aquilo que é considerado placebo por algumas escolas, é exactamente o que é considerado activo por outras!³

A tradução de "agradar," em psicoterapia, captura, de facto, variáveis essenciais à relação e mudança terapêuticas, como algumas das características mencionadas anteriormente (e.g., responsividade, validação, flexibilidade, etc).

Estas considerações têm levado vários autores a criticar a utilização da "metáfora dos medicamentos" na investigação em psicoterapia⁷⁸.

j. Finalmente, só cerca de 15% da variância é que pode ser atribuída às técnicas específicas de cada orientação particular (associação livre, dessensibilização sistemática, duas cadeiras, etc.)^{41,43}.

Acredito, contudo, que este valor global, relativo à importância das técnicas terapêuticas, será maior quando consideramos características e situações específicas. Por exemplo, as intervenções cognitivo-comportamentais nas perturbações anteriormente referidas, a gestão da directividade terapêutica em função do grau de reactância dos pacientes⁵⁴, o lidar com diferentes tipos de rupturas na aliança terapêutica⁶⁷ e o responder com diferentes tarefas terapêuticas a dificuldades específicas de processamento emocional dos pacientes⁵⁵.

Do meu ponto de vista, as considerações anteriormente feitas suportam claramente os esforços integrativos em psicoterapia.

A conclusão geral que me parece ser legítimo retirar das alíneas atrás apresentadas é, para além do facto de a psicoterapia ser inquestionavelmente eficaz, a de que as principais determinantes do sucesso terapêutico são, essencialmente, as características do paciente e da sua rede de apoio social, os factores comuns a todas as orientações teóricas, particularmente a qualidade da aliança terapêutica, e as características do psicoterapeuta. Assim, parece claro que a psicoterapia deveria capitalizar primordialmente no contributo dos factores comuns a todas as orientações, complementando-os com factores específicos, relativos a características

dos pacientes e especificidade das perturbações, e características da interacção e processo terapêuticos. Acredito que a eficácia pode ser aumentada tomando também consideração, e flexibilizando as intervenções em função das características psicológicas dos pacientes (e.g., intervenções mais directivas para pacientes não-reactantes e não-directivas ou paradoxais para pacientes reactantes), bem como o grau de compatibilidade entre possíveis díades terapeuta-paciente (e.g., os terapeutas mais metafóricos parecem ser menos eficazes com os pacientes mais perturbados^{79,80}).

Curiosamente, a perspectiva integrativa que defendo tem como claro paralelo a evolução dos diferentes grupos de trabalho (*task forces*) que se têm sequencialmente constituído, para sintetizar as principais conclusões relativas à investigação em psicoterapia e determinar os factores que mais influenciam a mudança terapêutica.

Numa óptica inicial de identificação de "tratamentos empiricamente suportados" (*ESTs*), surgiu o grupo liderado por Diane Chambless. Esta perspectiva acentua a importância de procedimentos e modelos específicos, que recorrem à utilização de manuais relativos a uma perturbação igualmente específica (*DSM*), resultando na criação de uma lista de tratamentos que a investigação parece mostrar eficazes com perturbações específicas^{45,81}. A filosofia subjacente a esta perspectiva é a crença na importância dos factores específicos às diferentes orientações teóricas, numa lógica de tomada de decisão clínica baseada em características de carácter diagnóstico. Em contraste, surgiu o grupo liderado por John

Norcross⁵⁷, que acentua a importância das "relações terapêuticas empiricamente suportadas" (*ESRs*).

Esta perspectiva, em contraste com a anterior, sublinha que são os factores comuns às diferentes orientações, particularmente a qualidade da aliança terapêutica, os principais responsáveis pela mudança terapêutica, defendendo a necessidade de diversificar os "critérios de tomada de decisão clínica"^{21,40,43}.

As suas conclusões gerais são as de que:

- a. A relação terapêutica proporciona um contributo substancial e consistente para os resultados da intervenção em todas as orientações teóricas;
- b. A investigação e prática deveriam contemplar as características e comportamentos dos terapeutas que facilitam a relação terapêutica;
- c. A disseminação dos *ESTs* sem considerações sobre a relação terapêutica é incompleta e enganadora em termos clínicos e empíricos;
- d. A relação terapêutica interage com intervenções específicas e características do paciente e do terapeuta na determinação dos resultados - necessidade de estabelecer combinações óptimas;
- e. Adaptar a relação terapêutica às necessidades e características dos pacientes (para além do diagnóstico nosológico) aumenta a eficácia da intervenção.

Conclusões estas que vão exactamente no sentido das considerações feitas nas alíneas anteriores.

Por último, numa tentativa de conciliação entre as duas perspectivas foi constituída, recentemente, um novo grupo de trabalho, liderado por Larry Beutler e Louis Castonguay⁸², e cujas conclusões serão brevemente publicadas, designado por "princípios empiricamente suportados de mudança terapêutica"

(*ESPs*), que tenta responder a duas questões centrais:

a. O que é que sabemos sobre a natureza dos participantes, relações e procedimentos, dentro da intervenção, que esteja associado a efeitos positivos em todas as orientações teóricas?

b. De que modo é que os factores ou variáveis que estão relacionados com os participantes, relações e intervenções, interagem positiva ou negativamente entre si relativamente à mudança terapêutica?⁸².

3. Razões de Ordem Filosófica

Contrariamente ao que alguns críticos da integração em psicoterapia parecem pensar, não entendo integração como sinónimo de unificação ou de indiferenciação, mas sim de "diferenciação esclarecida". Este conceito significa a capacidade para utilizar, de forma sequencial e/ou complementar, instrumentos de avaliação, conceptualizações e intervenções oriundos de diferentes orientações teóricas (e "visões do mundo"), com o objectivo de aumentar a eficácia terapêutica.

A conotação filosófica do conceito de "complementaridade paradigmática" é intencional. Acredito que, mesmo não sendo possível sintetizar as diferentes visões do mundo inerentes às diferentes escolas terapêuticas, elas podem ser coordenadas e articuladas de forma sequencial e/ou complementar, reconhecendo e identificando as condições e contextos em que cada uma delas melhor se aplica, em termos de capacidade explicativa e de potencial de orientação clínica. Curiosamente, Niels Bohr sentiu também necessidade de recorrer ao conceito de "complementaridade" para dar conta de determinada situação,

inevitável em física quântica, na qual duas teorias consideradas mutuamente exclusivas são necessárias para explicar determinado fenómeno.

Assim, a luz só pode ser cabalmente entendida como simultaneamente onda e partícula, não sendo possível uma síntese entre estas duas formas de entendimento⁸³.

Acredito, igualmente, que nenhuma visão do mundo é intrinsecamente "superior" às outras, quer a nível ontológico (i.e., formismo, mecanicismo, organicismo e contextualismo), quer a nível epistemológico (i.e., empirismo, racionalismo e metaforismo), particularmente como forma de entendimento da realidade clínica e base de tomada de decisões terapêuticas.

Segundo a perspectiva ontológica de Pepper⁸⁴, a visão *formista* entende o mundo como composto por entidades discretas, agrupáveis por razões de semelhança, independentemente de considerações temporais ou contextuais (essencialmente os modelos terapêuticos nosológicos e de traço). No *mecanicismo* o mundo é entendido de uma forma estática, como sendo composto por entidades relacionadas funcionalmente numa óptica simples de antecedentes/consequentes (essencialmente os modelos terapêuticos comportamental e cognitivo). O *organicismo* vê o mundo como uma totalidade em modificação, composto por complexidades organizadas, onde as estruturas servem as funções (essencialmente os modelos desenvolvimentistas). Por último, no *contextualismo*, entende-se o mundo como um conjunto de texturas complexas e interligadas, construídas e contaminadas por significados particulares, atribuídos pelos observadores (essencialmente os modelos experienciais e sistémicos).

Por sua vez, no entendimento epistemológico de Royce⁸⁰, o *empirismo* (essencialmente o modelo comportamental) considera as crenças pessoais construídas com base em processos sensoriais e perceptivos, e testadas em termos de garantia e validade das observações relevantes (raciocínio indutivo). O *racionalismo* (essencialmente o modelo cognitivo) considera as crenças como baseando-se em análises racionais e sendo testadas em termos de consistência lógica (raciocínio dedutivo). Por último, no *metaforismo* (essencialmente os modelos dinâmico e fenomenológico) as crenças baseiam-se em processos simbólicos conscientes e inconscientes, sendo a sua validade determinada pela generabilidade a outras experiências (raciocínio analógico).

Tomando em consideração estas duas perspectivas, podemos-nos questionar sobre qual a utilidade do metaforismo ou do racionalismo para determinar a frequência de ataques de pânico de determinado paciente? Ou qual a utilidade do empirismo ou do metaforismo para compreender a coerência lógica de um determinado raciocínio? E, finalmente, qual a utilidade de ambos, o racionalismo e o empirismo, para captar o significado de afirmações tais como "sinto-me como um barco em mar revolto?" O mesmo se aplica às visões ontológicas do mundo, particularmente no tocante às atribuições causais subjacentes a cada uma delas, que veremos mais adiante.

Por outro lado, tanto o paradigma de "processamento de informação" como o paradigma desenvolvimentista de Piaget parecem, neste aspecto particular, ir no mesmo sentido da complementaridade. Assim, segundo a perspectiva avançada por de De

Mey⁸⁵ (curiosamente num livro dedicado a Piaget), tanto o desenvolvimento do paradigma do processamento da informação, como os "estudos científicos", como ainda o modo como os seres humanos processam a informação para construírem um "modelo do mundo", podem ser vistos em quatro estádios:

- a. Monádico - as unidades de informação são vistas como entidades separadas e independentes umas das outras;
- b. Estrutural - a informação é vista como uma entidade mais complexa, consistindo em unidades de informação organizadas de uma determinada maneira;
- c. Contextual - para além da análise da organização estrutural das unidades de informação, é necessária informação adicional sobre o contexto para entender o significado da informação;
- d. Cognitivo ou Epistémico - a informação é vista como complementar a um sistema conceptual que representa o sistema de conhecimento ou modelo do mundo do "conhecedor."

É o próprio De Mey que afirma que, não só o nosso comportamento parece ser raramente governado por um modelo único do mundo, mas também que é necessário entender o estádio "cognitivo ou epistémico" como complementando e não eliminando, estádios menos avançados do processamento da informação⁸⁵. Por sua vez, também na análise que Piaget e Garcia⁸⁶ fazem relativamente ao desenvolvimento da ciência (bem como relativamente ao desenvolvimento psicológico), os processos de desenvolvimento são melhor entendidos não no quadro de uma lógica de substituição de uma "forma de ver" por outra, mas sim por um processo de superação e de integração (de que penso ser a complementaridade

paradigmática um exemplo). Não se trata de um movimento progressivo exclusivamente descontínuo, mas igualmente contínuo. Mesmo que se verifiquem descontinuidades estruturais (i.e., formas de explicação - níveis terapêuticos metateórico e teórico), igualmente, têm lugar continuidades de carácter funcional (i.e., formas de resolução de problemas - nível clínico estratégico).

Quando se pensa em termos de integração em psicoterapia, considero particularmente relevante o mecanismo que Piaget e Garcia⁸⁶ identificam como comum a ambos o desenvolvimento psicológico e científico. Trata-se daquilo que designam como funcionamento aos níveis "intra", "inter" e "trans". Por funcionamento a nível "intra" entende-se identificar e lidar com as qualidades das situações, sujeitos e objectos, recorrendo exclusivamente ao uso de explicações locais e particulares (o que pode ser entendido como semelhante a uma visão formista do mundo).

Por sua vez, o nível de funcionamento "inter" é essencialmente caracterizado por explicações centradas em redor de um sistema de transformações que pressupõe a existência de relações entre diferentes situações, sujeitos e objectos (formulação que pode ser vista como semelhante a uma visão mecanicista do mundo).

Finalmente, e a um nível de abstracção mais elevado, encontra-se o nível de funcionamento "trans", que contempla, exactamente, as relações entre as transformações referidas para o nível "inter", permitindo a formação de estruturas (semelhante às visões do mundo organicista e contextualista).

Penso que esta análise se aplica tanto ao desenvolvi-

mento psicossocial da psicoterapia, como a um número crescente de terapeutas. Após um longo período de funcionamento "intra" (as escolas terapêuticas totalmente separadas), foi possível observar um outro período predominantemente "inter" (o início de relações e diálogo entre diferentes escolas) e, finalmente, esforços concretos no sentido da integração, o funcionamento "trans".

Relativamente à pessoa do psicoterapeuta, alguns dos resultados das investigações que tenho realizado ao longo dos últimos anos, parecem apontar no mesmo sentido:

a. Aparentemente, quando alguns terapeutas se encontram numa situação de dissonância entre as suas crenças pessoais de ordem ontológica e epistemológica e as asserções metateóricas dos modelos clínicos que subscrevem, tendem a rever ou a ampliar o seu paradigma de referência. Este fenómeno é ilustrado pelo facto de, quando em dissonância, relatarem uma diminuição da influência da teoria na prática e pelo aumento da probabilidade de seleccionarem o eclectismo como orientação secundária⁸⁷;

b. Parece que os terapeutas ecléticos não só fazem uso de um leque mais amplo de estilos epistémicos³⁰, mas são igualmente mais flexíveis em termos de estilos terapêuticos, e mais capazes de estabelecer boas alianças terapêuticas com os seus pacientes^{88,89}. Possivelmente, tal facto significa que o sentir-se à vontade com diferentes estilos epistémicos proporciona aos terapeutas a capacidade para recorrer a diferentes formas complementares de entendimento da realidade clínica bem como a diferentes estilos

terapêuticos e, conseqüentemente, para estabelecer boas alianças com um leque mais diferenciado de pacientes ou com o mesmo paciente, ao longo do tempo agindo, assim de forma mais "responsiva"⁷¹;

c. Finalmente, o nível de desenvolvimento epistemológico dos terapeutas parece contribuir para os seus estilos terapêuticos. Assim, terapeutas mais experientes e simultaneamente mais desenvolvidos do ponto de vista epistemológico, tanto de orientação psicodinâmica como cognitiva, mostraram-se mais semelhantes no tocante a estilos terapêuticos do que um grupo composto por todos os outros terapeutas psicodinâmicos e cognitivos²⁴.

Possivelmente, o processo de filtragem inerente à prática clínica contribui para que os terapeutas simultaneamente mais experientes e mais capazes de questionar o conhecimento previamente adquirido (i.e., mais desenvolvidos epistemologicamente), independentemente de orientação teórica, se tornem mais semelhantes no tocante a determinadas atitudes e operações.

Joseph Royce defendeu que quanto mais um indivíduo está empenhado na defesa de uma visão específica do mundo, mais limita as imagens que constrói do conhecimento e da realidade⁹⁰. Queria com isto dizer que o ser humano age como se possuísse um conhecimento da realidade última quando, na realidade, só detem uma perspectiva limitada: afirma ser detentor da verdade sem ter consciência dos limites da sua perspectiva - olha para a realidade de forma parcial, mas ousa fazer afirmações relativas à totalidade das coisas⁹⁰.

As considerações de Royce ganham relevância

acrescida à luz da proposta de substituição do modelo do psicólogo clínico enquanto "cientista/praticante"^{91,92,93,94} para o de "metafísico/cientista/praticante"⁹⁵. Esta nova formulação é mais ampla, para além de contemplar os componentes científicos e práticos, contempla igualmente os componentes ontológicos e epistemológico (particularmente as questões relativas aos conceitos de realidade e da natureza, origens, validade e processos inerentes ao conhecimento humano).

Alguns autores defendem que as asserções ontológicas e epistemológicas subjacentes aos diferentes modelos terapêuticos constituem um obstáculo de monta para a integração em psicoterapia^{52,96,97,98,99}.

Contudo, outros defendem que diferentes visões do mundo podem ser parcialmente coordenadas e complementarem-se, reconhecendo as condições e contextos diferenciais de aplicação óptima (Mosham¹⁰⁰ aplica estas ideias à psicologia do desenvolvimento e Epstein relativamente às emoções¹⁰¹). Penso que os três conjuntos de resultados relativamente aos psicoterapeutas, anteriormente apresentados, apontam exactamente nesta mesma direcção.

Royce considera que os três estilos epistémicos (i.e., empirismo, racionalismo e metaforismo) não são independentes - todas as pessoas fazem uso de todos eles, com maior ou menor frequência, encontrando-se estes articulados de forma hierárquica⁹⁰. Tanto esta perspectiva de Royce, como os resultados atrás mencionados fazem-me postular que, se os estilos determinam aquilo que consideramos ser a realidade e o conhecimento válido, a abertura ontológica e epistemológica proporcionada pelo facto de se ser

capaz de fazer deles um uso diferencial e complementar, possivelmente contribui para os clínicos funcionarem terapêuticamente de forma mais flexível. Ou seja, capazes e dispostos a utilizar, de forma sequencial ou convergente, instrumentos de avaliação, conceptualizações e intervenções originárias de diferentes paradigmas clínicos e, conseqüentemente, aumentando a probabilidade de otimizar a eficácia terapêutica.

Deste modo, deixa de ser o terapeuta a "impôr" ao paciente uma perspectiva única metateórica, teórica e de estilo terapêutico, passando a ser o paciente a "impôr" ao terapeuta qual a perspectiva ou conjunto de perspectivas que mais adequada(s) parece(m) ser, no sentido da resolução dos seus problemas. Funcionar, clinicamente, dentro desta perspectiva parece constituir a forma mais adequada de se ser "responsivo" às necessidades dos pacientes⁷¹, e materializar, no sentido piagetiano do termo, o equilíbrio entre acomodação e assimilação. Designo, assim, a capacidade de fazer um uso diferencial e complementar dos estilos epistêmicos e visões do mundo por *complementaridade paradigmática*, constituindo esta uma forma de ultrapassar o enclausuramento que Royce designa por "encapsulamento"⁹⁰.

A complementaridade paradigmática implica igualmente as características do pensamento pós-formal^{102,103}:

(1) *relativismo* - o reconhecimento da natureza relativa e não-absoluta de todos os tipos de conhecimento, bem como de que as crenças pessoais não são mais do que uma entre várias formas de construir a realidade; (2) *contradição* - o reconhecimento de que as contradições e complexidades são compo-

nentes inevitáveis do conhecimento e da realidade, bem como o reconhecimento de que se conquista a tolerância aceitando a natureza dialéctica da relação entre os opostos; (3) *integração* - síntese de alto nível de abstracção que constitui uma totalidade integrativa de sistemas opostos particulares.

Basicamente, as decisões clínicas, explícitas ou implícitas, são sempre dependentes do modo como mapeamos o "território terapêutico," estando este processo de mapeamento dependente de categorias de classificação que se modificam de acordo com visões do mundo e modelos teóricos.

Penso que os terapeutas utilizam, primordialmente, os quatro tipos de mapas que estão relacionados com as visões ontológicas do mundo, atrás referidas⁸⁴: (1) formismo - os diagnósticos nosológicos tradicionais e as abordagens de traço; (2) mecanicismo - as análises funcionais de comportamentos e cognições; (3) organicismo - as análises estruturais e desenvolvimentistas; (4) contextualismo - os marcadores da interacção terapêutica, as fases do processo terapêutico, os genogramas e análises sistémicas.

Assim, entendo que estas diferentes visões do mundo podem ser vistas como contraditórias e relativas, mas susceptíveis de serem integradas, a um nível mais elevado de abstracção e num registo de *complementaridade paradigmática*. Possivelmente todos estes "mapas" têm a sua relevância clínica, passando a optimização das intervenções pela capacidade de os utilizar de forma diferencial e complementar.

Igualmente interessante é o facto de estes mapas e,

consequentemente, os critérios explícitos ou implícitos de tomada de decisões clínicas se relacionarem com os conceitos de causalidade propostos por Aristóteles.

Ou seja, ao operar sob uma perspectiva eminentemente formista o terapeuta faz atribuições causais que se baseiam na *causalidade material* - considera que são as características intrínsecas do paciente (anatômicas, bioquímicas ou psicológicas) que causam o problema; quando operando sob uma perspectiva mecanicista, os terapeutas fazem atribuições baseadas na causalidade *mecânica* ou *eficiente* - forças externas e lineares (reforços e punições) são as causas do problema; por sua vez, quando sob uma perspectiva organicista, os terapeutas baseiam as suas explicações na causalidade *final* ou *teológica*, são os objectivos, padrões de comportamento persistentes, mas já não funcionais, expectativas e "dores de crescimento," bem como as suas vicissitudes que causam o problema; por fim, na óptica contextualista, as atribuições dos terapeutas baseiam-se na causalidade *formal* ou *teleonómica* - a causa do problema são interacções complexas e os significados construídos, num registo de aqui e agora.

De novo, considero que qualquer um dos quatro tipos de causalidade pode ser útil para pensar e clarificar diferentes situações clínicas, diferentes tipos de pacientes e mesmo diferentes fases do processo terapêutico. Possivelmente, o mais importante consiste no facto de o terapeuta estar ciente de todas elas, estar ciente que nenhuma é intrinsecamente melhor do que outra e, acima de tudo, ser capaz de as utilizar complementarmente, consoante o seu respectivo valor heurístico.

Gostaria, como remate, de citar uma frase de Fernando Pessoa que me parece captar, na perfeição, a essência do conceito de complementaridade paradigmática: "o binómio de Newton é tão belo como a Vénus de Milo." Eu ousaria acrescentar que a Vénus de Milo é tão útil como o binómio de Newton!

Bibliografia:

1. Alexander, F. (1963). The dynamics of psychotherapy in light of learning theory. *American Journal of Psychiatry*, 120, 440-448.
2. Dollard, J., & Miller, N.E. (1950). *Personality and psychotherapy*. New York: McGraw-Hill.
3. Frank, J.D., & Frank, J.B. (1991). *Persuasion and healing* (3ª ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
4. French, T.M. (1933). Interrelations between psychoanalysis and the experimental work of Pavlov. *American Journal of Psychiatry*, 89, 1165-1203.
5. Rosensweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods in psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
6. Beitman, B. D., Goldfried, M. R., & Norcross, J. C. (1989). The movement toward integrating the psychotherapies: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 146, 138-147.
7. Goldfried, M.R. (1982). On the history of therapeutic integration. *Behavior therapy*, 13, 572-593.
8. Goldfried, M.R., & Newman, C. (1986). Psychotherapy integration: An historical perspective. In J.C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.

9. Goldfried, M.R., Greenberg, L.S., & Marmar, C. (1990). Individual psychotherapy: Process and outcome. *Annual Review of Psychology*, 41, 659-688.
10. Norcross, J.C. (1986). Eclectic psychotherapy: An introduction and overview. In J.C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy* (pp.3-24). New York: Brunner/Mazel.
11. Harper, R. A. (1959). *Psychoanalysis and psychotherapy: 36 systems*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
12. Parloff, M.B. (1976). Shopping for the right therapy. *Saturday Review*, 21 de Fevereiro, 135-142.
13. Herink, R. (1980). *The psychotherapy handbook*. New York: Meridian.
14. Goleman, D. (1986). Psychiatry: First guide to therapy is fiercely opposed. *The New York Times*, 23 de Setembro, Cl.
15. Freni, S., Basile, R., Fava, E., & Galati, S. (1989, Setembro). *Some observations on the situation of psychotherapy in Italy*. In D. E. Orlinsky (organizador), *The social context of psychotherapy research: A comparative discussion of the organization and impact of service delivery systems*. Workshop integrado na Third European Conference on Psychotherapy Research, Berna.
16. Goldfried, M.R., & Padawer, W. (1982). Current status and future directions in psychotherapy. In M.R. Goldfried (Ed.), *Converging themes in psychotherapy*. New York: Springer.
17. Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5ª ed.) (pp. 139-193). New York: Wiley.
18. Orlinsky, D.E., & Howard, K.I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S.L. Garfield e A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3ª ed.). New York: Wiley.
19. Smith, M.L., Glass, G.V., e Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins.
20. Stiles, W.B., Shapiro, D.A., e Elliot, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, 41, 165-180.
21. Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
22. Wachtel, P.L. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy: Toward an integration*. New York: Basic Books.
23. Fiedler, E.E. (1950). A comparison of the therapeutic relationships in psychoanalytic, nondirective and Adlerian therapy. *Journal of Consulting Psychology*, 14, 436-445.
24. Vasco, A., Dryden, W. (1997). Does development do the did?: Clinical experience and epistemological development together account for similarities in therapeutic style. *Psychotherapy*, 34, 262-271.
25. Garfield, S.L., & Kurtz, R. (1976). Clinical psychologists in the 1970s. *American Psychologist*, 31, 1-9.
26. Norcross, J.C., & Prochaska, J.O. (1982). A national survey of clinical psychologists: Affiliations and orientations. *Clinical Psychologist*, 35(3), 1-2, 4-6.
27. Arnkoff, D.B., & Glass, C.R. (1992). Cognitive therapy and psychotherapy integration. In D.K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy: A century of change* (pp. 261-303). Washington D.C.: American Psychological Association.
28. Prochaska, J.O., e Norcross, J.C. (1982). The future of psychotherapy: A Delphi poll. *Professional Psychology*, 13, 620-627.

29. Norcross, J. C., Hedges, M., & Prochaska, J. O. (2002). The Face of 2010: A Delphi Poll on the Future of Psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 316-322.
30. Vasco, A.B. (1996). *Eclectic trends among Portuguese psychotherapists revisited*. Comunicação apresentada na "XII Annual Conference of the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration", Berkeley, E.U.A.
31. Vasco, A.B. (2001). Tendências ecléticas nos psicoterapeutas portugueses: Comparações com um estudo anterior. *Psicologia*, Vol. XV, nº 2, pp. 289-298.
32. Vasco, A.B., Garcia-Marques, L., & Dryden, W. (1992). Eclectic trends among Portuguese therapists. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4, 321-331.
33. Vasco, A.B. (1996). Del encapsulamiento a la complementariedad paradigmática: Estilos terapéuticos y epistémicos de los psicoterapeutas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, V, 7-15.
34. Vasco, A.B. (1990). Da Torre de Babel ao esperanto terapêutico: Notas sobre investigação e integração em psicoterapia. *Psiquiatria Clínica*, 11, 117-123.
35. Paul, G.L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting psychology*, 31, 109-119.
36. Liberman, R.P. (1985). Foreword. In D.T. Mays & C.M. Franks (Eds.), *Negative outcome in psychotherapy and what to do about it*. New York: Springer.
37. Vasco, A.B., & Conceição, N. (Maio, 2003). *A hardly recognized similarity in psychotherapy: Temporal sequence of strategic objectives*. Comunicação apresentada na "XVIII International Conference of the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration," New York, E.U.A.
38. Lambert, M.J., & Bergin, A.E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 143-189). New York: John Wiley.
39. Parloff, M.B., London, P., & Wolfe, B. (1986). Individual psychotherapy and behavior change. *Annual Review of Psychology*, 37, 321-349.
40. Rosenthal, R., & Rubin, D. B. (1982). A simple, general purpose display of magnitude of experimental effect. *Journal of Educational Psychology*, 74, 166-169.
41. Lambert, M.J., & Barley, D. E. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapeutic outcome. In J. C. Norcross (Ed.) (2002), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 17-31). Oxford: Oxford University Press.
42. Frank, J.D. (1979). The present status of outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 310-316.
43. Lambert, M.J. (1989). The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome. *Clinical Psychology Review*, 9, 469-485.
44. Klerman, G.L. (1986). Drugs and psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3ª ed.). New York: Wiley.
45. Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (Eds.) (2002). *A guide to treatments that work*. Oxford: Oxford University Press.
46. Thase, M. E., & Jindal, R. D. (2004). Combining psychotherapy and psychopharmacology for treatment of mental disorders. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5ª ed.) (pp. 743-766). New York: Wiley.
47. Blackburn, I.M., Bishop, S., Glen, A.I.M., Whalley, L.J., & Christie, J.E. (1981). The efficacy of cognitive therapy in

- depression: A treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. *British Journal of Psychiatry*, 139, 181-189.
48. Kovacs, M. (1980). The efficacy of cognitive and behavior therapies for depression. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1495-1501.
49. Klerman, G. L., Weissman, M. M., Markowitz, J., Glick, I., Wilner, P. J., Mason, B., & Shear, M. K. (1994). Medication and psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4^a ed.) (pp. 734-782). New York: Wiley.
50. Hollon, S. D., Thase, M. E., & Markowitz, J. C. (2002). Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest*, vol. 3, n^o 2.
51. Lieberman, B.L. (1987). The maintenance and persistence of change: Long-term follow-up investigations of psychotherapy. In J.D. Frank, R. Hoehn-Saric, S.D. Imber, B.L. Lieberman, & A.R. Stone (Eds.), *Effective ingredients of successful psychotherapy*. New York: John Wiley.
52. Beutler, L. E. (2002). It is not the size, but the fit. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 4, 434-438.
53. Beutler, L.E., & Clarkin, J.F. (1990). *Systematic treatment selection*. New York: Brunner/Mazel.
54. Beutler, L. E., & Harwood, T. M. (2000). *Prescriptive psychotherapy: A practical guide to systematic treatment selection*. Oxford: Oxford University Press.
55. Millon, T. (1999). *Personality guided therapy*. New York: John Wiley.
56. Millon, T., & Davis, R. D. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond*. New York: John Wiley.
57. Norcross, J. C. (Ed.) (2002). *Psychotherapy relationships that work*. Oxford: Oxford University Press.
58. Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliot, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York: Guilford.
59. Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2002). Stages of change. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 303-313). Oxford: Oxford University Press.
60. Stiles, W. B., Morrison, L. A., Haw, S. K. Harper, H., Shapiro, D. A., & Firth-Cozens, J. (1991). Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy*, 28, 195-206.
61. Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford.
62. Beitman, B. D. (1987). *The structure of individual psychotherapy*. New York: Guilford.
63. Benjamin, L. S. (1993). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York: Guilford.
64. Benjamin, L. S. (2003). *Interpersonal reconstructive therapy*. New York: Guilford.
65. Howard, K. I., Lueger, R., Maling, M., & Lutz, W. (1993). A phase model of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 678-685.
66. Meier, A., & Bovin, M. (1998). *The seven phase model of the change process: Theoretical foundation, definitions, coding guidelines, training procedures, and research data*. St. Paul University, Ottawa, Ontario, Canada.
67. Safran, J. D., & Murran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance*. New York: Guilford.

68. Mays, D.T., & Franks, C.M. (Eds.) (1985). *Negative effects in psychotherapy*. New York: Springer.
69. Mohr, D. C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 1-27.
70. Beutler, L. E., Bongar, B., & Shurin, J. N. (1998). *Am I crazy, or is it my sbrink?* New York: Oxford University Press.
71. Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in Psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 439-458.
72. Cozolino, L. (2002). *The neuroscience of psychotherapy: Building and rebuilding the human brain*. New York: Norton.
73. Baptista, L. E., & Petronovich, L. (1986). Song development in the white-crowned sparrow: Social factors and sex differences. *Animal Behavior*, 34, 1359-1371.
74. Eales, L. A. (1985). Song learning in zebra finches: Some effects of song model available on what is learned and when. *Animal Behavior*, 37, 507-508.
75. Meaney, M. J., Aitken, D. H., Viau, V., Sharma, S., & Sarrieau, A. (1989). Neonatal handlings alters adrenocortical negative feedback sensitivity and hippocampal type II glucocorticoid receptor binding in the rat. *Neuroendocrinology*, 50, 597-604.
76. Plotsky, P. M., & Meaney, M. J. (1993). Early, postnatal experience alters hypothalamic corticotrophin-releasing factor (CRF) mRNA, median eminence CRF content and stress-induced release in adult rats. *Molecular Brain Research*, 18, 195-200.
77. Shapiro, A. K., & Shapiro, E. (1997). *The powerful placebo: From ancient priest to modern physician*. Baltimore: Johns Hopkins.
78. Stiles, W. B., Shapiro, D. A. (1994). Disabuse of the Drug Metaphor: Psychotherapy Process-Outcome Correlations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 942-948.
79. Zelhart, P. E., & Wargo, D. G. (1977). *Psychotherapist epistemologies and client outcomes*. Comunicação apresentada no Rocky Mountain Psychological Association Annual Meeting, Denver, Colorado.
80. Royce, J. R., & Mos, L. P. (1980). *Manual: Psycho-Epistemological Profile*. Alberta, Canada: University of Alberta Center for the Advanced Study in Theoretical Psychology.
81. Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported psychological interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
82. Beutler, L. E., & Castonguay, L. G. (Eds) (para publicação). *Empirically supported principles of therapeutic change: Integrating common and specific therapeutic factors across major psychological disorders*. New York: Oxford University Press.
83. Plotnisky, A. (1994). *Complementarity: Anti-epistemology after Bohr and Derrida*. Durham: Duke University Press.
84. Pepper, S. C. (1942). *World hypotheses*. Berkley: University of California Press.
85. De Mey, M. (1982). *The cognitive paradigm: Cognitive science, a newly explored approach to the study of cognition applied in an analysis of science and scientific knowledge*. Dordrecht: Reidel.
86. Piaget, J., & Garcia, R. (1983). *Psychogênese et histoire des sciences*. Paris: Flammarion.
87. Vasco, A.B., Garcia-Marques, L., & Dryden, W. (1993).

- "Psychotherapist know thyself": Dissonance between metatheoretical and personal values in psychotherapists of different theoretical orientations. *Psychotherapy Research*, 3, 181-196.
88. Vasco, A. B., Silva, E., & Chambel, J. (Julho, 1998). *Clients' and therapists' worldviews: Impacts on the therapeutic alliance*. Comunicação apresentada na "XIV International Conference of the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration", Madrid, Espanha.
89. Silva, E., & Vasco, A.B. (Junho, 2004). *Characteristics of Integrative Therapists: Empirical Developments*. Comunicação apresentada na "XIX International Conference of the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration," Amsterdam, Holanda.
90. Royce, J. R. (1964). *The encapsulated man: An interdisciplinary essay on the search for meaning*. Princeton, NJ: Van Nostrand.
91. Derner, G.E. (1965). Graduate education in clinical psychology. In B.B. Wolman (Ed.), *Handbook of clinical psychology*. New York: MacGraw-Hill.
92. Goldfried, M.R. (1984). Training the clinician as scientist-professional. *Professional Psychology*, 15, 477-481.
93. O'Sullivan, J.J., & Quevillon, R.P. (1992). *40 years later: Is the Boulder Model still alive?* *American Psychologist*, 47, 67-70.
94. Raimy, V.C. (1950). *Training in clinical psychology*. New York: Prentice-Hall.
95. O'Donohue, W.O. (1989). The (even) boulder model: The clinical psychologist as metaphysician-scientist-practitioner. *American Psychologist*, 44, 1460-1468.
96. Lazarus, A.A. (1989). Why I am an eclectic (not an integrationist). *British Journal of Guidance and Counselling*, 17, 248-258.
97. Messer, S.B. (1992). A critical examination of belief structures in integrative and eclectic psychotherapy. In J.C. Norcross, & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
98. Safran, J. D., & Messer, S. B. (1998). Psychotherapy integration: A post-modern critique. In J.D. Safran, *Widening the scope of cognitive therapy*. Northvale, NJ.: Jason Aronson.
99. Schacht, T.E., & Black, D.A. (1985). Epistemological commitments of behavioral and psychoanalytic therapists. *Professional Psychology*, 16, 316-323.
100. Mosham, D. (1982). Exogenous, endogenous, and dialectical constructivism. *Developmental Review*, 2, 371-384.
101. Epstein, S. (1993). Emotion and self-theory. In M. Lewis & J.M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions*. New York: Guilford.
102. Kramer, D.A. (1983). Post-formal operations? A need for further conceptualization. *Human Development*, 26, 91-105.
103. Alexander, C.N., & Langer, E.J. (Eds.) (1990). *Higher stages of human development*. New York: Oxford University Press.
104. Beitman, B. D., Goldfried, M. R., & Norcross, J. C. (1989). The movement toward integrating the psychotherapies: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 146, 138-147.
105. Vasco, A.B., Silva, E., & Chambel, J. (2001). Visões do mundo de pacientes e terapeutas: impactos na aliança terapêutica. *Psicologia*, Vol. XV, nº 2, pp. 299-308.