



P974 Psicoterapias : abordagens atuais [recurso eletrônico] / Aristides Volpato
Cordioli (organizador) – 3. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed,
2008.

Editado também como livro impresso em 2008.
ISBN 978-85-363-1305-4

1. Psicoterapia. I. Cordioli, Aristides Volpato.

CDU 615.851

Catálogo na publicação: Juliana Lagôas Coelho – CRB 10/1798

Fatores comuns e mudança em psicoterapia

3

**Luciano Isolan
Gabriel Pheula
Aristides Volpato Cordioli**

As psicoterapias têm se mostrado eficazes por meio de diferentes abordagens e em diferentes transtornos. Quando comparadas entre si, as psicoterapias, de uma maneira geral, tendem a apresentar resultados semelhantes. Uma das explicações para tal equivalência é o papel dos fatores comuns, ou não-específicos, os quais seriam elementos compartilhados por todas elas. Nesse contexto, tais fatores seriam os grandes responsáveis pelas melhoras obtidas com esses métodos de tratamento. Neste capítulo, os autores buscam revisar as questões referentes à eficácia das psicoterapias, aos processos de mudança em psicoterapia, aos diferentes fatores envolvidos nesse processo e, finalmente, apresentam um modelo geral de psicoterapia.

Uma extensa revisão de diversos estudos concluiu que a psicoterapia geralmente é benéfica por meio de diferentes abordagens e em diferentes transtornos (Lambert; Ogles, 2004). Porém, a forma como ocorre a mudança em psicoterapia e os fatores envolvidos nessa mudança ainda são motivos de debate. Essa questão se polarizou em um debate acirrado, travado particularmente na segunda metade do século XX, que ficou conhecido como o dilema dos fatores específicos em oposição aos não-específicos, também chamados de fatores comuns a todas as psicoterapias.

De um lado, estavam os fundadores e seguidores das diferentes escolas de psicoterapia que, mesmo admitindo a existência de elemen-

tos comuns às psicoterapias, salientavam as diferenças existentes entre os diferentes modelos, tanto nos seus fundamentos teóricos quanto nas suas técnicas específicas, tendendo a considerar estas últimas como as responsáveis pela mudança. Assim, os resultados das psicoterapias deveriam ser atribuídos às técnicas específicas utilizadas, como, por exemplo, a interpretação e a obtenção do *insight* na psicoterapia de orientação analítica e na psicanálise, ou a correção dos pensamentos disfuncionais e a exposição *in vivo* na psicoterapia cognitiva e na comportamental, respectivamente.

Do outro lado, estavam os que defendiam a existência de fatores comuns, também conhecidos como fatores não-específicos, elementos

que estariam presentes em todas as psicoterapias. Assim, diversos autores propuseram que os principais fatores responsáveis pelas mudanças em psicoterapia seriam: 1) uma relação intensa de confiança e emocionalmente carregada com a pessoa que ajuda; 2) uma teoria explicativa das causas dos problemas do paciente; 3) o acesso a novas informações sobre a natureza dos problemas e alternativas de como lidar com eles; 4) o aumento da esperança de auxílio em virtude das qualidades e capacidades do terapeuta; 5) a possibilidade de realizar com sucesso novas experiências de vida, acarretando um aumento na autoconfiança; 6) a oportunidade para expressar emoções pessoais (Frank, 1971; Strupp; Hadley, 1979; Altshuler, 1989).

À margem desse debate e de forma mais independente, as pesquisas vêm tentando elucidar os resultados das psicoterapias e a importância relativa dos diferentes elementos que podem contribuir para as mudanças em psicoterapia, bem como as diversas variáveis implicadas nesse processo.

Os autores do presente capítulo pretendem introduzir os leitores nas diferentes concepções que prevaleceram sobre essas questões, descrever os resultados gerais das psicoterapias, os processos de mudança em psicoterapia, os diferentes fatores envolvidos nesse processo e, finalmente, apresentar um modelo geral de psicoterapia.

Resultados em psicoterapia

O termo “resultado” descreve todos os aspectos das mudanças que os pacientes podem fazer no decorrer de uma psicoterapia. A definição específica de resultado depende da perspectiva do indivíduo que o avalia (p. ex., paciente, terapeuta, familiares) e dos objetivos específicos do tratamento proposto.

A polêmica sobre a questão dos resultados em psicoterapia tem uma história longa e controversa e, de certa forma, foi originada por Eysenck (1952), ao publicar um artigo no qual

concluía que as psicoterapias não eram mais efetivas do que a remissão espontânea, obtida com a simples passagem do tempo. Esse autor analisou 24 estudos, avaliando diferentes formas de psicoterapia, e comparou-os com dois estudos de pacientes que não haviam recebido nenhum tipo de tratamento. Os resultados demonstraram que 66% dos pacientes apresentavam critérios de melhora independentemente de terem ou não realizado o tratamento. Eysenck concluiu que não existiam evidências suficientes que comprovassem a eficácia das psicoterapias. Essa conclusão instigou diversos psicoterapeutas a desenvolverem estudos mais rigorosos metodologicamente, que comprovassem a eficácia das psicoterapias. Um dos estudos mais notáveis que se seguiu nessa linha foi o Projeto Menninger de Psicoterapia.

Após várias décadas de pesquisa, a controvérsia sobre o resultado geral das psicoterapias foi encerrada com a utilização das metanálises (Aveline; Strauss; Stiles, 2005). A metanálise tem sido utilizada para avaliar os resultados de estudos originais sobre um determinado tema. Consiste em um método mais avançado do que o artigo de revisão porque, além de resumir os resultados de vários estudos de uma área de pesquisa, ainda propõe recomendações com implicações clínicas. A metanálise permite minimizar os vieses das revisões, por meio de critérios padronizados para a seleção, avaliação e análise dos estudos. Esse método, geralmente, resulta em uma estatística sumária, o tamanho de efeito, que quantifica os efeitos cumulativos demonstrados nos estudos individuais.

As primeiras metanálises avaliaram a eficácia absoluta da psicoterapia, comparando os desfechos de pacientes que recebiam tratamento com os de pacientes controles que não recebiam tratamento (Aveline; Strauss; Stiles, 2005). Smith e Glass (1977) revisaram 375 estudos que comparavam diversas formas de psicoterapias com condições controle (p. ex., lista de espera). Mais do que 800 tamanhos de efeito foram calculados e o tamanho de efeito médio encontrado para a psicoterapia foi de 0,67. Posteriormente, Smith, Glass e Miller (1980), realizam

do uma atualização desse estudo, sumarizaram 475 estudos de resultados em psicoterapia. O tamanho de efeito médio encontrado para a psicoterapia foi de 0,85, para a comparação entre grupos tratados e não-tratados. Tal resultado indica que pessoas tratadas com psicoterapia estão, em média, 80% melhor, se comparadas com pessoas não-tratadas. Andrews e Harvey (1981) reavaliaram os dados do estudo de Smith e colaboradores (1980) e excluíram da análise os estudos que envolviam amostras que continham pacientes sem diagnóstico clínico. Essa nova metanálise dos dados reduziu o número de estudos de 475 para 292. Essa metanálise, que incluía apenas pacientes com diagnóstico psiquiátrico, gerou um tamanho de efeito para a psicoterapia de 0,72. Lipsey e Wilson (1993) realizaram uma revisão de um total de 302 metanálises de diferentes tratamentos e concluíram que os tratamentos psicológicos comportamentais e educacionais são, geralmente, eficazes. Tais resultados contrapõem as conclusões de Eysenck (1952) e demonstram que a psicoterapia é claramente superior à ausência de tratamento. Sendo assim, a questão da eficácia da psicoterapia já pode ser considerada encerrada.

Evidências adicionais comprovando a eficácia das psicoterapias provêm de estudos comparativos entre as diferentes abordagens psicoterápicas. Muitas revisões antigas chegaram à instigante conclusão de que as diferentes psicoterapias não apresentavam diferenças marcantes de resultados entre si. Esse paradoxo de equivalência (Stiles; Shapiro; Elliott, 1986) reflete o enigma de que os resultados de diversas psicoterapias parecem ser, de uma maneira geral, semelhantes, mesmo que suas técnicas de tratamento sejam bastante diferentes (Luborsky; Singer; Luborsky, 1975; Lipsey; Wilson, 1993; Lambert; Ogles, 2004; Norcross, 1995). A eficácia uniforme das psicoterapias já havia sido enfatizada no subtítulo de um artigo de Rosenzweig (1936), na terceira década do século passado, pela conclusão do pássaro Dodô, ao interromper a corrida de diferentes animais ainda durante a sua realização, no livro *Alice no País das Maravi-*

lhas, e proclamar: “Todos venceram e todos devem ganhar prêmios”. Desde essa época, a eficácia uniforme das psicoterapias tem sido conhecida como o “veredicto do pássaro Dodô”. Tal veredicto tem sido utilizado como suporte empírico àqueles que acreditam que os fatores comuns seriam os responsáveis pela eficácia das psicoterapias. É claro que existem exceções a esse veredicto, como, por exemplo, a eficácia da terapia comportamental para o tratamento de fobias específicas.

Essa questão é instigante e continua em aberto pelo simples fato de que muito poucos estudos foram realizados comparando diferentes métodos de tratamento em amostras homogêneas, pelo menos no que se refere ao diagnóstico ou ao problema clínico que pretendem tratar.

Algumas revisões de metanálises geralmente demonstram uma vantagem para os modelos de psicoterapias cognitivo-comportamentais sobre as psicoterapias de orientações analíticas, processuais e interpessoais (Joyce et al., 2006). Porém, outras metanálises observaram que a relativa superioridade de algumas psicoterapias sobre outras devia-se a diferentes vieses metodológicos, como, por exemplo, as crenças do investigador e a gravidade do caso (Joyce et al., 2006). Robinson, Berman e Neimeyer (1990) revisaram 58 estudos avaliando várias formas de psicoterapias para o tratamento da depressão. Os estudos incluídos nessa revisão comparavam as psicoterapias entre si e comparavam diferentes psicoterapias com grupos não-tratados. Os resultados indicaram que as psicoterapias cognitivo-comportamentais foram praticamente similares em eficácia entre si e foram superiores às psicoterapias psicodinâmicas. Porém, a crença do investigador estava altamente relacionada ao desfecho do estudo e, quando foi controlada estatisticamente, verificou-se que os tratamentos não diferiam significativamente entre si. Entretanto, são ainda poucos os transtornos nos quais foram feitos ensaios clínicos randomizados comparando a eficácia de diferentes métodos psicoterápicos. Uma tentativa de sumarizar tais diferenças foi realizada por Roth e Fonagy (2004).

Aveline, Strauss e Stiles (2005) relatam que, embora as psicoterapias cognitivo-comportamentais tenham apresentado uma maior versatilidade e eficácia entre uma variedade de transtornos específicos, deve-se lembrar que “ausência de evidência não significa evidência de ausência”. Ou seja, outras abordagens psicoterápicas, como as terapias psicodinâmicas e sistêmicas, podem ser eficazes para uma variedade de transtornos, porém, as inclinações de seus defensores, as dificuldades metodológicas e os custos associados a essas intervenções implicam uma menor disponibilidade de estudos.

Os processos de mudança em psicoterapia

Outra questão de debate em relação à psicoterapia é a compreensão dos processos de mudança e a identificação dos fatores que influenciam seus resultados.

Em uma reação à posição dominante no pós-guerra, de influência predominante da psicanálise, Strupp (1975), em um artigo polêmico para a época, sugeriu que as mudanças observadas em psicanálise, e em outras formas de psicoterapias breves derivadas da psicanálise, poderiam ser explicadas por mecanismos de aprendizagem. Isso difere, portanto, da explicação do modelo teórico psicanalítico, que enfatiza a obtenção do *insight* sobre conflitos inconscientes como o fator crucial. Esse autor valorizava o aspecto da escuta ativa por parte do terapeuta, com um grande número de intervenções, e a ênfase em aprendizado de experiências, o que foi chamado de “vida construtiva”. Na terapia, o paciente aprenderia, entre outras coisas, importantes lições de vida, como assumir responsabilidade pessoal pelos próprios atos e adquirir um papel ativo no manejo de sua vida pessoal. Nesse contexto, há um enfoque em dar mais valor aos aspectos atuais de correção no comportamento do que na interpretação de padrões anteriores. Assim, seria construída uma verdadeira aliança de trabalho continuado. Essa seria a origem do aprendizado em psicoterapia.

Tentando explicar como se dá a ação das psicoterapias, Luborsky (1976) dividiu os fato-

res que atuam em dois grandes grupos: 1) as técnicas específicas de cada modelo, que englobariam a estrutura da psicoterapia e as diferentes intervenções específicas do terapeuta, e 2) a relação paciente-terapeuta, que englobaria os fenômenos transferenciais, os aspectos lógicos e racionais e os aspectos reais da relação terapêutica.

Dewald (1978) também ampliou a visão dos agentes de mudança no processo psicoterápico. Segundo esse autor, na psicoterapia de orientação analítica ocorre um complexo conjunto de experiências e mecanismos proporcionados pela relação terapêutica, que ofereceriam novos *insights* e novas aprendizagens. Ele salienta que, além da obtenção do *insight* sobre conflitos inconscientes, o paciente teria a oportunidade de expressar afetos sem a necessidade de ações simultâneas. Por meio dessas experiências de expressão e de controle, teria a chance de novas aprendizagens e de aceitação desses componentes afetivos de sua vida psíquica, em função do clima favorável que se estabelece na relação terapêutica. A confiança no terapeuta e o seu apoio favoreceriam a auto-observação e a aprendizagem por diferentes mecanismos.

A teoria de Karasu (1986) sobre os agentes de mudança comuns às diversas psicoterapias engloba os seguintes itens:

1. **Experiência afetiva:** o descongelamento, a expressão de afetos e a catarse tornariam o paciente mais acessível e predisposto a ser influenciado, pela quebra dos mecanismos de defesa e das resistências;
2. **Aumento de habilidades cognitivas:** pela aquisição e integração de novos padrões de pensamento e de percepção, assim como por promover um maior conhecimento e compreensão de si mesmo;
3. **Regulação do comportamento:** em toda psicoterapia existe, concomitantemente, algum tipo de aprendizagem de controle de ações e hábitos e, conseqüentemente, mudanças de comportamento.

Segundo Karasu (1986), as psicoterapias utilizariam distintas combinações desses três tipos

de agentes terapêuticos, os quais podem ser aplicados por meio de diferentes técnicas e em diferentes graus. Cada abordagem psicoterapêutica enfatizaria mais um ou outro desses três elementos, que podem complementar-se e reforçar-se mutuamente.

Em uma revisão baseada em mais de 100 estudos, Lambert e Barley (2002) fundamentaram um modelo explicativo de melhora em psicoterapia como uma função de diversos fatores terapêuticos. Segundo os autores:

1. Cerca de 40% da melhora poderia ser explicada por fatores extraterapêuticos, como variáveis diagnósticas, qualidade de suporte social e eventos estressantes;
2. Cerca de 30% da melhora poderia ser atribuída aos fatores comuns, como a qualidade da relação terapêutica, a empatia, o afeto e a consideração positiva;
3. Cerca de 15% seria decorrente do efeito placebo ou da expectativa; e
4. Cerca de 15% seria devido à utilização de técnicas específicas de cada modelo teórico.

Snyder, Michael e Cheavens (1999), ressaltando o papel dos fatores comuns, relataram que uma quantidade considerável de pacientes melhora muito precocemente durante a psicoterapia, muito antes de os fatores específicos terem tempo de exercerem seu efeito e serem eficazes.

Lambert e Ogles (2004), revisando os fatores que influenciam nos resultados das psicoterapias, concluíram que existe pouca evidência empírica a respeito dos agentes causadores de mudança. Há uma tendência de que os efeitos sejam duradouros após a finalização do tratamento, mas com uma relação inversamente proporcional à gravidade da psicopatologia. Também, existe a idéia de que a resposta à psicoterapia seria mais adequadamente avaliada com a comprovação objetiva da melhora no funcionamento, principalmente social e interpessoal.

O modelo contextual em psicoterapia

O modelo de estudo e pesquisa em medicina tradicionalmente engloba quatro aspectos: a existência de uma doença, uma explicação científica da etiologia da doença, a existência de um tratamento que atue no mecanismo da doença e uma comprovação de que o tratamento tenha ação terapêutica específica. Assim, foi criado o método científico, a base da pesquisa em tratamentos, do ponto de vista médico. Esse método foi amplamente validado e disseminado pela moderna técnica das pesquisas quantitativas. A medicina baseada em evidências incorporou ao vocabulário médico expressões como ensaios clínicos randomizados, metanálises e *practice guidelines*. O método científico utiliza fundamentalmente o método quantitativo, que é baseado na experimentação, na busca da explicação de fatos naturais, no estabelecimento de correlações estatísticas e causais entre fatos e na reprodutibilidade e generalização de resultados (Sackett et al., 1996).

Em psicoterapia, o modelo médico/quantitativo também foi amplamente adotado. Assim, a pesquisa em psicoterapia, ou seja, a busca de explicações para os transtornos e as técnicas terapêuticas específicas, foi realizada por meio de ensaios clínicos randomizados, utilizando, como grupos controles, listas de espera, placebo psicológico ou outro tratamento ativo (Joyce et al., 2006). O modelo médico em psicoterapia busca a evidência de técnicas específicas para transtornos selecionados. Supõe, ainda, uma baixa eficácia da relação terapêutica em geral e não valoriza a influência de características específicas do paciente ou do terapeuta nos resultados (Joyce et al., 2006).

A crítica a esse modelo de estudo e pesquisa em psicoterapia surgiu com a percepção de que, em termos de seguimento e tempo de tratamento, as pesquisas não demonstraram evidências consistentes de eficácia entre os vários tipos de psicoterapia (Piper, 2004). A partir de

então, surgiu o modelo contextual em psicoterapia, o qual possui uma origem teórica mais próxima da fenomenologia e se assemelha com a pesquisa qualitativa (Wampold, 2001).

No modelo contextual há uma maior busca pela compreensão dos fenômenos humanos inter-relacionais, uma menor preocupação com técnicas específicas e uma maior individualização do processo psicoterapêutico, com valorização de características pessoais do paciente e do terapeuta (Walpold, 2001).

Segundo Norcross e Newman (1992), o modelo contextual apresenta uma relação estreita com o movimento da psicoterapia integrativa. Pesquisas sobre as diferentes orientações de psicoterapeutas demonstram que as abordagens integrativas são as mais comuns na prática clínica e que entre metade e dois terços dos terapeutas avaliados costumam utilizar intervenções decorrentes de diferentes escolas teóricas (Trijsburg; Colijn; Holmes, 2005). Psicoterapeutas com uma orientação cognitiva ou comportamental tendem a utilizar mais intervenções direcionadas do que aqueles com uma orientação centrada no cliente, experiencial, psicodinâmica ou analítica, que utilizariam mais intervenções não-direcionadas (Trijsburg; Colijn; Holmes, 2005). Psicoterapeutas com uma orientação predominantemente integrativa e eclética utilizariam um misto de intervenções direcionadas e não-direcionadas. A psicoterapia integrativa engloba a integração teórica, o ecleticismo técnico e a teoria dos fatores comuns.

A integração teórica enfatiza a fusão de duas ou mais teorias, originando uma conceitualização uniforme. Norcross e Newman (1992) verificaram que várias teorias apresentavam elementos específicos que seriam úteis para um determinado paciente. Assim, não seria necessário utilizar toda a teoria, mas apenas partes dela. Sugeriu, então, que não houvesse rigidez na aplicação de técnicas exclusivas de uma cor-

rente de pensamento, mas sim diferentes técnicas de várias psicoterapias.

O ecleticismo técnico (Norcross; Newman, 1992), embora defenda a utilização de conceitos derivados de várias teorias, não exige a formulação de um modelo de tratamento específico. A teoria, em si, não é o mais importante. A visão predominante é o pragmatismo, ou seja, a intervenção baseia-se nas circunstâncias em relação ao momento da psicoterapia. Essencialmente, as diferentes abordagens práticas são usadas e combinadas sem se adotar indiscriminadamente o modelo teórico que embasa essas intervenções.

A teoria dos fatores comuns apresenta uma visão semelhante e relacionada ao integracionismo e ao ecleticismo. A idéia principal sugere que existem vários aspectos que são comuns a todas as psicoterapias. Nesse contexto, tais fatores seriam os grandes responsáveis pelas melhoras obtidas com as psicoterapias. Em contrapartida, corre-se o risco de desconsiderar a importância do uso de técnicas específicas no tratamento de transtornos definidos, como, por exemplo, o uso da exposição *in vivo* no tratamento de quadros fóbicos, a prevenção de rituais no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo, ou o *insight*, no tratamento de problemas de relacionamento interpessoal ou caracterológicos. Nessa direção, o leitor poderá consultar o excelente livro intitulado *What works for whom? A critical revision of psychotherapy research* (Roth; Fonagy, 2004), no qual os autores procuram determinar qual a terapia mais efetiva para os diferentes transtornos psiquiátricos.

Fatores comuns e os diferentes modelos de psicoterapia

Existem, atualmente, várias definições e classificações dos fatores comuns às psicoterapias na literatura (Greencavage; Norcross, 1990; Frank; Frank, 1991; Miller; Duncan; Hubble, 1997; Lambert; Bergin, 1994).

Em uma das conceituações mais utilizadas (Lambert; Bergin, 1994), os fatores comuns são divididos em três categorias: *apoio*, *aprendizagem e ação*. A categoria do *apoio* inclui fatores que encorajam um ambiente psicoterápico de apoio e colaboração, relacionados à mudança terapêutica. Fatores como catarse, confiança, esperança, encorajamento e o desenvolvimento de uma aliança terapêutica fazem parte dessa categoria. A categoria da *aprendizagem* inclui fatores que possibilitam ao paciente uma nova estrutura cognitiva para lidar com os problemas por ele apresentados. Fazem parte dessa categoria fatores como a experiência afetiva, o *insight*, a aprendizagem cognitiva, a experiência emocional corretiva e o *feedback*. A última categoria é a da *ação*, que consiste em fatores associados a mudanças reais de comportamento. Estão incluídos nessa categoria fatores como a regulamentação comportamental, o controle

cognitivo, o encorajamento de enfrentamento de medos, a testagem da realidade e a experiência com o sucesso. Lambert e Ogles (2004) postulam que os fatores de apoio possibilitariam as mudanças no paciente das conceitualizações cognitivas (aprendizagem) que precederiam a implementação das mudanças de comportamentos reais (ação).

Miller e colaboradores (1997) diferenciam os fatores comuns em quatro áreas independentes: 1) fatores do paciente; 2) fatores da relação terapêutica; 3) placebo, esperança e expectativa positiva; e 4) fatores técnicos. Para esses autores, os *fatores do paciente* (p. ex., motivação e capacidade para estabelecer uma relação terapêutica funcional) são os que teriam a maior influência nos resultados da psicoterapia. Os *fatores da relação terapêutica* seriam considerados como os segundos elementos mais importantes para a mudança em psicoterapia, seguidos dos

Quadro 3.1

Fatores comuns associados a mudanças em psicoterapia

Apoio	Aprendizagem	Ação
Catarse	Aconselhamento	Regulamentação comportamental
Identificação com o terapeuta	Experiência afetiva	Controle cognitivo
Mitigação do isolamento	Assimilação de experiências	Encorajamento do enfrentamento de riscos
Relacionamento positivo	Mudança de expectativas para a eficiência pessoal	Assumir riscos
Tranquilização	Aprendizagem cognitiva	Controle dos esforços
Liberação de tensão	Experiência emocional corretiva	Exemplo
Estrutura	Exploração da estrutura interna de referência	Prática
Aliança terapêutica	<i>Feedback</i>	Experiência com o sucesso
Ativa participação do terapeuta e do paciente	<i>Insight</i>	
Perícia do terapeuta	Base lógica	
Afeto, respeito, empatia, aceitação e autenticidade do paciente		
Confiança		

Fonte: Lambert e Bergin (1994).

fatores como placebo, esperança e expectativa positiva e dos fatores técnicos. Estes dois últimos fatores teriam uma atribuição similar. Para oportunizar a mudança, os terapeutas podem concentrar-se nas expectativas de receber ajuda e na esperança de melhora dos pacientes. Paralelamente, a abordagem técnica do terapeuta pode oferecer ao paciente uma maneira de perceber e lidar com seus problemas. Tais fatores, provavelmente, terão maior impacto quando determinadas características do paciente estiverem presentes (p. ex., motivação) e quando a relação terapêutica for saudável e produtiva.

Greencavage e Norcross (1990) revisaram várias publicações relacionadas aos fatores comuns na literatura e elaboraram uma classificação deles em cinco categorias, com o intuito de sistematizá-los e facilitar a pesquisa na área; essas cinco categorias são:

- Características do paciente: expectativa positiva e esperança de mudança;
- Características do terapeuta: capacidade de aumentar expectativas e de incutir esperança, calor humano, empatia, escuta terapêutica e aceitação;
- Processos de mudança em psicoterapia: oportunidade para catarse e ventilação, aquisição e prática de novos comportamentos, formulação de uma base lógica, aprendizado emocional e interpessoal, teste de realidade e sugestão;
- Aspectos da estrutura do tratamento: uso adequado de técnicas, foco nas experiências emocionais, *setting* curativo, comunicação verbal e não-verbal; e
- Elementos da relação terapêutica: desenvolvimento de aliança paciente-terapeuta, envolvimento emocional e transferência.

Como vimos, os fatores comuns têm sido qualificados e quantificados das mais diferentes formas. No presente capítulo, dividiremos os fatores comuns em: 1) fatores do paciente, 2) fatores do terapeuta e 3) fatores da dupla terapeuta/paciente.

Fatores do paciente

Há certo consenso de que o paciente que irá aproveitar ou que irá fazer mudanças em psicoterapia é caracterizado por um sofrimento psíquico suficiente para motivá-lo ao tratamento e pela capacidade de estabelecer um vínculo e uma aliança de trabalho com o terapeuta.

O sofrimento psíquico é um dos principais fatores do paciente que está relacionado com os resultados em psicoterapia. É necessário que o paciente apresente algum grau de sofrimento psíquico que cause um prejuízo no seu funcionamento. No entanto, um elevado grau de sofrimento é diretamente associado com a intensidade da psicopatologia, o que pode comprometer a aliança terapêutica (Lambert; Ogles, 2004). Pacientes com diagnóstico de psicose e de transtorno da personalidade *borderline* apresentam capacidade limitada de lidar com estresses agudos, toleram pouco a confrontação de defesas e apresentam alto risco de tentativa de suicídio em situações de estresse agudo (Lambert; Ogles, 2004).

A motivação pode ser caracterizada pelo desejo e pela disposição consciente de fazer mudanças na vida, mediante a solução efetiva de problemas. O paciente motivado apresenta claramente um determinado grau de sofrimento psíquico e/ou de desconforto com as desadaptações que o transtorno lhe acarreta. Busca espontaneamente o tratamento, e não por imposição dos familiares ou recomendações dos amigos, ou, ainda, de outros profissionais de saúde, reconhecendo a sua responsabilidade, e não só a do terapeuta, no desfecho da psicoterapia.

A capacidade de estabelecer um vínculo e uma aliança de trabalho com o terapeuta é um outro fator relacionado ao paciente que é fundamental para o bom andamento de uma psicoterapia. A relação que irá se estabelecer ao longo de uma terapia é determinada pelas características pessoais de seus participantes, sendo-lhes exigidas certas condições para que ela seja de boa qualidade. Do paciente, exige-se que tenha interesse em falar com a outra pessoa, em ser ouvido, valorizado e compreendido (Jackson, 1992). Para avaliar essas condições

no paciente, Sifneos (1979) exigia pelo menos uma relação significativa no passado, enquanto Malan (1981) exigia a capacidade de se vincular rapidamente à pessoa do terapeuta.

Frank (1971) enfatizou o papel das expectativas do paciente na resposta ao tratamento psicoterápico. Ele observou que as crenças ou expectativas do paciente sobre a psicoterapia poderiam influenciar no resultado do tratamento e que quanto maior o sofrimento psíquico e maior a expectativa de cura, maior era a possibilidade de melhora.

Greencavage e Norcross (1990) verificaram, em uma revisão de 50 publicações, que a expectativa positiva era citada por 26% dos autores, sendo, entre os fatores relacionados à melhora, o mais citado. Outras características do paciente associadas aos resultados em psicoterapia seriam a qualidade das relações de objeto (Piper et al., 1990) e das relações interpessoais (Hoglund, 1993).

Frank (1974) acreditava que o estilo da personalidade do paciente poderia ser um fator limitante do tratamento. Orientava que os terapeutas identificassem fatores no paciente que aumentassem a resposta psicoterapêutica. Isso incluía a facilidade de estabelecer uma relação terapêutica, a habilidade de resolução de problemas e o grau de reatividade emocional. Algumas características de personalidade poderiam tornar os pacientes quase inacessíveis à intervenção psicoterápica. A combinação de pouca motivação, baixa tolerância à ansiedade e déficits nas relações interpessoais indicariam um mau prognóstico (Lambert; Bergin, 1994). História de trauma na infância, incluindo abuso sexual, e traços de psicopatia e narcisismo também seriam preditores de pior resposta (Lambert; Bergin, 1994).

Beutler e colaboradores (2002) relatam que pacientes mais auto-reflexivos, introspectivos e/ou introvertidos teriam maior probabilidade de responder a psicoterapias psicanalíticas do que pacientes mais impulsivos ou agressivos, os

quais tenderiam a responder mais a intervenções cognitivo-comportamentais.

Em uma avaliação quantitativa dos aspectos que auxiliam na terapia, Gomes-Schwartz (1978) considerou que a atitude de buscar ajuda tem relação com o ato de o paciente assumir a responsabilidade pelo seu comportamento e de examinar seus sentimentos e experiências. Tal aspecto teria, segundo o autor, importância no prognóstico do tratamento, pois pacientes que tenderiam a ver os problemas como externos ou distantes de si mesmos foram incapazes de se beneficiar da psicoterapia.

Fatores do terapeuta

Os componentes terapêuticos da psicoterapia certamente incluem as atitudes e os comportamentos do psicoterapeuta.

Rogers (1957) sugeriu que a empatia, o calor humano e a autenticidade por parte do terapeuta seriam as condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica. Sendo assim, criou a psicoterapia centrada no cliente, ou humanista. Embora referindo-se a uma atitude básica em relação aos pacientes, essas três condições podem ser traduzidas em comportamentos concretos do terapeuta, que depois podem ser avaliados e relacionados com o resultado.

A *empatia* pode ser definida como o entendimento do ponto de vista do paciente e a sua visão de mundo. A empatia pode ser expressa de muitas maneiras, como, por exemplo, repetindo o que o paciente disse em palavras diferentes, acrescentando, assim, significado ou profundidade, ou formulando perguntas. Uma metanálise baseada em 47 estudos, que totalizavam 3.026 pacientes, verificou que o tamanho de efeito relacionado à empatia superava os tamanhos de efeito médio dos estudos relacionados à aliança terapêutica (Bohart et al., 2002). O *calor humano* envolve a atitude de aceitação, respeito, afirmação, apoio, compaixão,

carinho e elogios por parte do terapeuta. A *autenticidade* envolveria tanto uma autoconsciência por parte do terapeuta quanto uma disposição para compartilhar esta consciência. Os conceitos relacionados à autenticidade incluem a coerência, a transparência e a sinceridade, os quais permitem que o paciente exponha suas idéias e sentimentos.

A proposta de Rogers (1957) recebeu o apoio de autores que sofreram sua influência (Truax, 1967; Frank, 1971; Hoehn-Saric, 1977; Strupp, 1975). Tal proposta foi reforçada pela dificuldade das pesquisas em encontrarem diferenças quanto aos resultados alcançados por diferentes métodos psicoterapêuticos e pela comprovação de que terapeutas “leigos”, com boa capacidade de relacionamento e empatia, podiam obter resultados semelhantes aos terapeutas mais experientes quando procuravam auxiliar outras pessoas em dificuldades, valendo-se apenas de suas capacidades pessoais e da própria intuição.

Beutler, Malik e Alimohamed (2004) afirmam que o poder dos bons terapeutas é maior do que qualquer contribuição terapêutica das suas teorias. Na verdade, parece claro que a contribuição do terapeuta é maior, também, quando o perfil do paciente é mais responsivo ao tratamento. Assim, os estudos dos fatores terapêuticos em psicoterapia apresentam uma dificuldade de discriminar qual aspecto é o mais importante. Todavia, apesar da importância dos fatores do terapeuta no desfecho psicoterapêutico, há uma escassez de estudos avaliando o papel das diferenças entre os terapeutas (Wampold, 2001). Há algumas evidências sugerindo que os melhores terapeutas, além de formarem uma boa relação terapêutica, seriam aqueles que proporcionariam um tratamento que seria condizente com as expectativas e preferências dos pacientes, seriam criativos e perceberiam novas formas de lidar com os problemas dos pacientes, além de serem pessoalmente bem integrados (Beutler; Malik; Alimohamed, 2004).

As opiniões mencionadas, na sua maioria, referem-se a tratamentos de longa duração. Não se tem informação quanto à importância da

pessoa do terapeuta em terapias mais breves, como as terapias cognitivo-comportamentais, de introdução mais recente.

Frank (1971) ressaltou que o terapeuta deveria servir como um modelo para seus pacientes, devendo agir de forma mais madura que seu paciente e não ter uma distância sociocultural muito grande. Este último aspecto diz respeito ao que o terapeuta possa ter compartilhado de experiências de vida semelhantes às do paciente. O autor enfatizou um modelo bastante ativo de intervenção, com ênfase em aspectos como persuasão e postura dominante.

Strupp (1975) ressaltou a existência de reações negativas por parte do paciente, o que sinalizaria resistência ao tratamento. A hostilidade do paciente ocasiona, comumente, respostas imediatas de frieza, rejeição passiva e distanciamento no terapeuta. Em tais situações, é importante que o terapeuta reavalie seus próprios padrões de exigência, perfeccionismo e de necessidade de aprovação. Além disso, é importante reavaliar as próprias expectativas de autonomia e de “cura terapêutica” dos pacientes, muitas vezes irrealistas a curto prazo.

Fatores decorrentes do par terapeuta/paciente

Dentro da pesquisa de fatores efetivos em psicoterapia e do entendimento do processo de mudança em terapia, é fundamental a análise dos fatores relacionados ao par terapeuta/paciente, dos quais se destaca a relação terapêutica.

A relação entre o paciente e o terapeuta é o fator comum mais mencionado na literatura psicoterápica (Grencavage; Norcross, 1990). Todas as psicoterapias reconhecem a necessidade de uma relação terapêutica de boa qualidade como um contexto indispensável para que se possam utilizar de forma eficaz as intervenções terapêuticas. Diversos estudos sobre a relação terapêutica confirmaram sua influência no processo e nos resultados psicoterápicos

(Strupp; Hadley, 1979; Luborsky, 1976). Tais autores sugerem que a natureza da relação terapêutica na fase inicial da psicoterapia talvez possa ser o melhor preditor de resposta ao tratamento. Os diferentes modelos de psicoterapia variam, entretanto, na forma de valorizar a relação terapêutica como agente de mudança.

A escola psicanalítica desenvolveu o conceito de aliança terapêutica, referindo-se à colaboração e à aliança que devem ocorrer para o bom desenvolvimento da terapia. Para as psicoterapias de orientação psicanalítica, a observação dos aspectos transferenciais na relação terapêutica é a principal fonte de informações sobre padrões de relacionamento do paciente, na medida em que se repetem com o terapeuta padrões primitivos de relações de objeto. A interpretação sistemática de tais deslocamentos possibilitaria a sua modificação.

Zetzel (1956), autora que reintroduziu o conceito de aliança terapêutica, afirmou que no trabalho analítico ocorre uma divisão no ego do paciente. É essa divisão que permite que a parte madura observadora do ego identifique-se com o terapeuta na tarefa de modificar defesas patogênicas mobilizadas contra os impulsos. A psicoterapia dependeria do estabelecimento de uma profunda aliança terapêutica, para a qual é necessário que o paciente tenha previamente um certo grau de maturidade de ego. Posteriormente, Greenson (1965) propôs uma conceituação mais restrita de aliança terapêutica. Separou na relação terapêutica a transferência, a aliança de trabalho e a relação real entre o terapeuta e o paciente. Segundo esse autor, a aliança é a relação racional, e não-neurótica, do paciente com o seu terapeuta. Os elementos básicos da aliança são o desejo racional e consciente, por parte do paciente, de cooperar e sua capacidade de seguir as instruções e as compreensões do terapeuta.

Embora as definições de aliança terapêutica tenham origem na psicanálise, ela está presente também em outras abordagens psicoterapêuticas. Recentemente, houve uma valorização do estudo da aliança terapêutica por outros modelos de terapia, como a cognitivo-

comportamental. Embora os terapeutas cognitivo-comportamentais não se detenham na relação terapêutica, ressaltam a importância dessa relação no processo psicoterápico. O modelo proposto por Beck (1997) enfatiza um estilo colaborativo (empiricismo colaborativo), que inclui empatia e calor humano, além da solicitação freqüente de *feedbacks* por parte do terapeuta, e da realização de pequenos sumários destacando os pontos mais importantes, o que contribui para a construção de um bom vínculo terapêutico, o qual possibilitaria as mudanças.

É fundamental a ênfase no estudo da natureza das interações entre paciente e terapeuta. Luborsky (1976) propôs a distinção dos tipos de aliança de trabalho em “tipo I” e “tipo II”. A aliança de trabalho do tipo I é àquela onde predomina por parte do paciente a crença de que é o terapeuta que irá ajudá-lo e apoiá-lo, cabendo ao paciente receber passivamente essa ajuda. Já na aliança de trabalho do tipo II, predomina a crença por parte do paciente de que ambos estão trabalhando juntos, em um esforço contínuo, sendo ambos responsáveis pela resolução dos problemas. Segundo esse autor, a aliança de trabalho do tipo I é mais importante nas fases iniciais da terapia, ao passo que a do tipo II é mais importante nas fases finais da terapia.

Segundo Bordin (1979), a relação terapêutica deve ser composta por três elementos: um acordo sobre os objetivos terapêuticos, um acordo quanto às tarefas e assuntos a serem analisados e um vínculo emocional entre o paciente e o terapeuta.

Hovarth e Symonds (1991), utilizando métodos metanalíticos, avaliaram 20 estudos de psicoterapia que continham uma média de 40 pacientes, duravam em média 21 sessões e eram realizados com terapeutas com uma experiência média de oito anos. Tais autores verificaram que havia uma associação significativa entre o tipo de relação que se formava entre o paciente e o terapeuta e o desfecho da psicoterapia. Posteriormente, Martin, Garske e Davis (2000) realizaram uma metanálise com 79 estudos de psicoterapia e confirmaram os achados de Hovarth e Symonds (1991). Nesse estudo (Martin; Garske; Davis, 2000), verificou-se também que as associações entre a relação

terapêutica e os resultados em psicoterapia eram independentes da medida que era utilizada para avaliar a relação terapêutica. Esses estudos demonstraram que a relação terapêutica era um fator preditor importante dos resultados e que o mesmo fenômeno ocorre em várias modalidades de tratamento.

A teoria dos fatores comuns ressalta que a colaboração ativa entre o paciente e o terapeuta é fundamental na relação terapêutica. Ryan e Cicchetti (1985) ressaltaram que as pesquisas relacionadas ao tema demonstraram, em suma, os seguintes achados: a qualidade da relação terapêutica, além de ser um fator preditor de sucesso na terapia, geralmente se mantém estável durante o tratamento; a capacidade de aliança terapeuta/paciente geralmente é estabelecida, ou verificada, até a terceira sessão; as características do paciente acabam sendo mais importantes para a formação da aliança do que as do terapeuta.

Um modelo geral de psicoterapia

Tem sido desafiador para a pesquisa em psicoterapia separar, dentre tantos fatores que podem influir nos resultados, aqueles que são cruciais e que constituem a essência do chamado processo psicoterápico. As dificuldades se justificam pelo universo de fatores envolvidos: da pessoa do paciente, da pessoa do terapeuta, do tipo de par que estabelecem em função de suas características pessoais, além de outros aspectos, como a cultura, os valores sociais vigentes na ocasião e na sociedade respectiva, etc. Integrar tais fatores em um modelo geral possibilitaria a testagem de hipóteses, a avaliação por meio de pesquisas do peso relativo que cada um dos agentes tem para os resultados e, quem sabe, uma maior confiabilidade em sua previsão. Possibilitaria, ainda, uma melhor seleção dos pacientes, dos terapeutas e das técnicas, além de, conseqüentemente, uma diminuição das possibilidades de fracasso.

Orlinsky e Howard (1987) propõem, de uma forma didática, um modelo geral de psicoterapia

que poderia ser aplicado a todas as modalidades. Dividem a área da pesquisa em psicoterapia em três grandes domínios: os determinantes (*input*), o processo psicoterápico e as conseqüências (*output*).

O *input* (determinantes) é constituído pelas características pessoais do paciente e do terapeuta, suas situações de vida, seus valores culturais e crenças.

O *processo psicoterápico* envolve: 1) o contrato terapêutico, que define o que é a terapia; para quem e para que se destina; quem será envolvido, em que lugar e com que frequência. Para que ocorra uma efetiva colaboração, os objetivos devem ser aceitáveis pelo paciente, além de apropriados ética e profissionalmente ao terapeuta; 2) as intervenções que dizem respeito aos procedimentos técnicos utilizados para se atingir os objetivos estabelecidos no contrato. A determinação do que “oficialmente” se constitui o problema do paciente é feita pelo terapeuta e pode ser discrepante das concepções deste último. As intervenções devem ser descritas em termos do seu campo de aplicação e do método utilizado; 3) o vínculo, que é um aspecto da relação humana que se forma entre o paciente e o terapeuta depois que eles decidem implementar o contrato engajando-se em intervenções terapêuticas. É mais que aliança terapêutica; quando duas pessoas se engajam em um empreendimento comum acabam estabelecendo um vínculo afetivo que vai além dos papéis de terapeuta e paciente, incluindo algumas características da relação que se forma ou deixa de se formar entre os participantes; 4) a disposição interna, que diz respeito à abertura psicológica para absorver novas informações e à capacidade do paciente de ser suscetível às diferentes intervenções; e 5) as realizações terapêuticas, que são as conseqüências imediatas ou a longo prazo das intervenções terapêuticas, como obtenção do *insight*, resolução do problema, manejo de conflitos, controle de comportamentos desadaptativos e a correção de pensamentos disfuncionais.

E, finalmente, o *output*, que se refere às conseqüências do processo terapêutico em diversas áreas: 1) na pessoa e na vida do paciente; 2) na pessoa e na vida do terapeuta; 3) na organi-

zação ou na comunidade da qual eles fazem parte; e 4) nos sistemas de valores e crenças a sua volta.

Como se pode observar, o modelo geral de psicoterapia proposto por Orlinsky e Howard (1987) é abrangente, genérico e nos permite ter uma visão bastante ampla da psicoterapia como método de tratamento. Usualmente, os terapeutas se preocupam com as intervenções como fatores de mudança, deixando de ver a amplitude do contexto em que elas ocorrem e as inúmeras condições de que dependem para serem eficazes. Esse modelo possibilita o planejamento racional de pesquisas e, quem sabe, sua validação futura. De qualquer forma, ele nos possibilita uma visão abrangente da complexa interação de fatores que concorrem para os resultados de uma psicoterapia, razão pela qual é tão difícil sua previsão.

Questões em aberto e perspectivas futuras

Diversas evidências comprovam que as psicoterapias são eficazes, porém, ainda há poucas evidências sugerindo de que forma e quais são os elementos responsáveis pelos seus efeitos. Entre as várias psicoterapias, cada uma com sua teoria e suas técnicas específicas, os resultados encontrados até o momento não demonstram a superioridade inequívoca de uma abordagem psicoterápica sobre a outra. Mas também não se tem elementos suficientes, no presente momento, para afirmar que tais diferenças inexistem.

Embora possa haver algumas exceções, a equivalência entre as diversas psicoterapias, que até o presente momento se destaca como principal evidência, tem implicações importantes na prática clínica. Algumas explicações para essa equivalência incluem: 1) diferentes psicoterapias podem alcançar resultados similares por meio de diferentes processos; 2) diferentes resultados existem, mas não são detectáveis com as metodologias utilizadas nos estudos; 3) diferentes terapias possuem fatores em comum, que

seriam os responsáveis pela melhora, embora não sejam enfatizados no modelo teórico de cada escola psicoterápica.

Embora simpática por um lado, já que proporciona uma interação amistosa entre diferentes abordagens, a teoria dos fatores comuns trouxe problemas, na medida em que tais fatores passaram a ser considerados como os únicos responsáveis pelas melhoras obtidas em psicoterapia, desprezando o valor das técnicas específicas. Isso levou ao que Omer (1989) chamou de “equivalência paralisadora” de todas as psicoterapias, que consiste na crença de que esforços para aprimorar qualquer método teriam um efeito mínimo sobre os resultados, já que o que importa é a capacidade de estabelecer uma boa relação humana, o que dependeria basicamente de condições pessoais do terapeuta. Portanto, como uma forma de se opor a essa “equivalência paralisadora”, deve-se empreender esforços nas tentativas de desenvolver novos modelos e compreender melhor os modelos já existentes, pesquisando quais as psicoterapias que seriam mais eficazes em determinadas indicações e em determinados pacientes.

Uma crítica que se faz ao modelo dos fatores comuns é que eles não têm sido utilizados sistematicamente em estudos de eficácia de psicoterapias. Outras críticas a esse modelo são a falta de um consenso sobre quais seriam e como deveriam ser denominados tais fatores (p. ex., comuns, não-específicos, placebo), quais seriam os fatores mais importantes, como eles estariam relacionados entre si e como seriam adequadamente avaliados. Independentemente de qual esquema conceitual utilizado para classificá-los, é certo que enfatizar seu estudo, juntamente com as técnicas específicas, proporcionará uma maior cooperação e harmonia entre as diferentes abordagens psicoterápicas.

Cada vez mais, as modalidades de psicoterapia serão estimuladas a integrar os fatores comuns e as práticas terapêuticas importantes de outras escolas. Da mesma forma que hoje existem escolas específicas de técnica psicoterápica, poderá haver o desenvolvimento de escolas especializadas no estudo de variáveis da relação paciente-terapeuta. Os teóricos do movimento de integração em psicoterapia claramente

te definem que a tendência aponta para a criação de uma teoria geral de psicoterapia. Essa teoria seria o foco de estudo em instituições de ensino, associada a aspectos individuais do tratamento, que incluem características específicas de pacientes, terapeutas e da relação psicoterapêutica.

Considerações finais

Atualmente, temos uma compreensão mais abrangente do contexto em que ocorrem as mudanças em psicoterapia, seus determinantes e os diferentes recursos utilizados pelo terapeuta para capacitar o paciente a efetuar modificações em sua vida. Temos, ainda, um entendimento maior dos processos que ocorrem no íntimo do paciente e do terapeuta, independentemente da abordagem psicoterápica utilizada. Esses processos, na maior parte das vezes, são desenvolvidos intencionalmente e são objetivos das psicoterapias, fazendo parte do contrato terapêutico e da própria técnica que o terapeuta se propõe a utilizar. Outros podem ocorrer de uma forma tão sutil que nem seus participantes o percebem, e assim como podem ser benéficos, podem também ter consequências prejudiciais. O terapeuta, além de criar o clima propício para uma relação terapêutica de boa qualidade, de modo a poder utilizar os diferentes instrumentos técnicos de que dispõe, é também um modelo de identificação, razão pela qual suas características pessoais e seu caráter são tão importantes, ao lado de uma sólida formação teórica e prática que lhe proporcionam o conhecimento, a experiência e a competência profissional necessários, bem como o domínio dos métodos psicoterápicos que pretende usar.

Referências

- Andrews G, Harvey R. Does psychotherapy benefit neurotic patients? A reanalysis of the Smith, Glass and Miller data. *Arch Gen Psychiatry*. 1981 Nov; 38(11):1203-8.
- Altshuler KZ. Will the psychotherapies yield differential results? A look at assumptions in therapy trials. *Am J Psychother*. 1989 Jul; 43(3):310-20.
- Aveline M, Strauss B, Stiles W. Psychotherapy research. In: Gabbard GO, Beck JS, Holmes J. *Oxford textbook of psychotherapy*. New York: Oxford University; 2005. p.451-64.
- Beck JS. *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed; 1997.
- Beutler LE, Malik ML, Alimohamed S. Therapist variables. In: Lambert MJ, editor. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 5th ed. New York: Wiley; 2004. p. 227-306.
- Beutler LE, Harwood TM, Alimohamed S, Malik M. Functional impairment and coping style. In: Norcross JC. *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University; 2002. p.145-70.
- Bohart AC, Elliott R, Greenberg LS, Watson JC. Empathy. In: Norcross JC. *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University; 2002. p. 89-108.
- Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychother: Theory Res Practice*. 1979; 16:252-60.
- Dewald PA. The process of change in psychoanalytic psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*. 1978 May; 35(5):535-42.
- Eysenck HJ. The effects of psychotherapy: an evaluation. *J Consult Psychol*. 1952 Oct; 16(5):319-24.
- Frank JD. Eleventh Emil A. Gutheil memorial conference. Therapeutic factors in psychotherapy. *Am J Psychother*. 1971 Jul; 25(3):350-61.
- Frank JD. *Psychotherapy: the restoration of morale*. *Am J Psychiatry*. 1974 Mar; 131(3):271-4.
- Frank JD, Frank JB. *Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy*. 3rd ed. Baltimore: John Hopkins University; 1991.
- Gomes-Schwartz B. Effective ingredients in psychotherapy: prediction of outcome from process variables. *J Consult Clin Psychol*. 1978 Oct; 46(5):1023-35.
- Grencavage LM, Norcross JC. Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Prof Psychol Res Pr*. 1990; 21:372-8.
- Greenson RR. The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanal Q*. 1965 Apr; 34:155-81.

- Hoehn-Saric R. Emotions and psychotherapies. *Am J Psychother.* 1977 Jan; 31(1):83-96.
- Hoglund P. Suitability for brief dynamic psychotherapy: psychodynamic variables as predictors of outcome. *Acta Psychiatr Scand.* 1993 Aug; 88(2):104-10.
- Horvath AO, Symonds BD. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *J Counsel Psychol.* 1991; 38:139-49.
- Jackson SW. The listening healer in the history of psychological healing. *Am J Psychiatry.* 1992 Dec; 149(12):1623-32.
- Joyce AS, Wolfaardt U, Sribney C, Aylwin AS. Psychotherapy research at the start of the 21st century: the persistence of the art versus science controversy. *Can J Psychiatry.* 2006 Nov; 51(13):797-809.
- Karasu TB. The specificity versus nonspecificity dilemma: toward identifying therapeutic change agents. *Am J Psychiatry.* 1986 Jun; 143(6):687-95.
- Lambert MJ, Barley DE. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In: Norcross JC, editor. *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients.* New York: Oxford University; 2002. p. 17-32.
- Lambert MJ, Bergin AE. The effectiveness of psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL, editors. *Handbook of psychotherapy and behavior change.* 4th ed. New York: Wiley; 1994. p.143-89.
- Lambert MJ, Ogles BM. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert MJ, editor. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change.* 5th ed. New York: Wiley; 2004. p. 139-93.
- Lipsey MW, Wilson DB. The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: confirmation from meta-analysis. *Am Psychol.* 1993 Dec; 48(12): 1181-209.
- Luborsky L. Helping alliances in psychotherapy. In: Cleghorn JL, editor. *Claghorn JL, editor. Successful psychotherapy: proceedings of the ninth annual symposium, November 19-21, 1975, Texas Research Institute of Mental Sciences.* New York: Brunner/Mazel; 1976. p. 92-116.
- Luborsky L, Singer B, Luborsky E. Comparative studies of psychotherapies. Its true that "Everyone has won and all must have prizes"? *Arch Gen Psychiatry* 1975; 32(8):995-1008.
- Malan DH. *As fronteiras da psicoterapia breve: um exemplo da convergência entre pesquisa e prática médica.* Porto Alegre: Artmed; 1981.
- Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol.* 2000 Jun; 68(3):438-50.
- Miller SD, Duncan BL, Hubble MA. *Escape from Babel: toward a unifying language for psychotherapy practice.* New York: Norton; 1997.
- Norcross JC. Dispelling the Dodo bird verdict and the exclusivity myth in psychotherapy. *Psychother* 1995; 32:500-4.
- Norcross JC, Newman CF. Psychotherapy integration: setting the context. In: Norcross JC, Goldfried MR, editors. *Handbook of psychotherapy integration.* New York: Basic Books; 1992. p. 3-45.
- Omer H. Specifics and nonspecifics in psychotherapy. *Am J Psychother.* 1989 Apr; 43(2):181-92.
- Orlinsky DE, Howard KI. A generic model of psychotherapy. *J Eclat Integr Psychoter.* 1987; 6:6-27.
- Piper WE, Azim HFA, McCallum M, Joyce AS. Patient suitability and outcome in short-term individual psychotherapy. *J Consult Clin Psychol.* 1990 Aug; 58(4):475-81.
- Piper WE. Implications of psychotherapy research for psychotherapy training. *Can J Psychiatry.* 2004 Apr; 49(4):221-9.
- Robinson LA, Berman JS, Neimeyer RA. Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome research. *Psychol Bull.* 1990 Jul; 108(1):30-49.
- Rogers C. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *J Consult Clin Psychol.* 1957 Apr; 21(2): 95-103.
- Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Am J Orthopsychiatry* 1936; 6:412-5.
- Roth A, Fonagy P. *What works for whom? A critical review of psychotherapy research.* 2nd ed. New York: Guilford; 2004.
- Ryan ER, Cicchetti DV. Predicting the quality of alliance in the initial psychotherapy interview. *J Nerv Ment Dis.* 1985 Dec; 173(12):717-25.
- Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ.* 1996 Jan; 312(7023):71-2.
- Sifneos PE. *Short-term dynamic psychotherapy: evaluation and technique.* New York: Plenum; 1979.
- Smith ML, Glass GV. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *Am Psychol.* 1977 Sep; 32(9):752-60.

- Smith ML, Glass GV, Miller TI. The benefits of psychotherapy. Baltimore: John Hopkins University; 1980.
- Snyder CR, Michael ST, Cheavens JS. Hope as a psychotherapeutic foundation of common factors, placebos, and expectancies. In: Hubble MA, Duncan BL, Miller SD, editors. The heart & soul of change: what works in therapy. Washington, DC: American Psychological Association; 1999. p.179-200.
- Strupp HH. Psychoanalysis, "focal psychotherapy", and the nature of the therapeutic influence. Arch Gen Psychiatry. 1975 Jan; 32(1):127-35.
- Strupp HH, Hadley SW. Specific versus nonspecific factors in psychotherapy. A controlled study of outcome. Arch Gen Psychiatry. 1979 Sep;36(10): 1125-36.
- Stiles WB, Shapiro DA, Elliott R. Are all psychotherapies equivalent? Amer Psychol 1986; 41:165-80.
- Trijsburg RW, Colijn S, Holmes J. Psychotherapy integration. Psychotherapy research. In: Gabbard GO, Beck JS, Holmes J. Oxford textbook of psychotherapy. New York: Oxford University; 2005. p. 95-108.
- Truax CB, Carkhuff RR. Toward effective counseling and psychotherapy: : training and practice. New York: Aldine; 1967.
- Walpold BE. The great psychotherapy debate: models, methods, and findings. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2001.
- Zetzel ER. Current concepts of transference. Int J Psychoanal. 1956 Jul-Oct; 37(4-5):369-76.