

Papel e Importância da Pessoa do Psicoterapeuta à Luz da História da Psicoterapia

António Branco Vasco

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa

Resumo. – No presente artigo procede-se a uma breve resenha histórica da psicoterapia e do papel atribuído ao psicoterapeuta em diferentes modelos. Com base nesta análise, o autor tenta contribuir para a compreensão de resultados actuais da investigação que apontam para o facto de as variáveis do psicoterapeuta explicarem cerca de oito vezes mais da variância dos resultados terapêuticos do que a respectiva orientação teórica e/ou técnicas que utiliza.

1. *Introdução.*

Em 1977, Allen Bergin afirmava, na Introdução de *Effective Psychotherapy* (Gurman & Razin, 1977), que a publicação do livro significava, finalmente, o reconhecimento do papel central desempenhado pelas características do psicoterapeuta em todas as formas de psicoterapia. Um ano depois, este mesmo autor, juntamente com Michael Lambert (1978), após exaustiva revisão de literatura, concluíam que os «fac-

tores pessoais do terapeuta» eram os factores que surgiam em segundo lugar enquanto responsáveis pela variância dos resultados terapêuticos (para melhor ou para pior), logo após os «factores inerentes ao paciente» (e.g., motivação, grau de integridade do ego, etc.) e muito antes das variáveis de «orientação teórica» ou «técnicas terapêuticas». Finalmente, doze anos mais tarde, Michael Lambert (1989) concluiu que existia suficiente evidência empírica para considerar que as características individuais do psicoterapeuta tinham uma influência substancial no processo e resultados terapêuticos. Além disso, sublinhava que era possível constatar diferenças dramáticas nos resultados terapêuticos atribuíveis à pessoa do terapeuta, mesmo quando estes eram cuidadosamente seleccionados, treinados e baseavam as suas intervenções em manuais e supervisões (tendentes à homogenização dos procedimentos), durante todo o processo. As razões subjacentes a estes resultados tornar-se-ão mais claras ao tomarmos em consideração as características que a psicoterapia foi assumindo ao longo do seu desenvolvimento histórico, bem como os diferentes papéis igualmente assumidos pelos psicoterapeutas.

2. *Breve História da Psicoterapia.*

A psicoterapia tem as suas origens remotas na magia, na religião, na medicina antiga e no hipnotismo. Estes diferentes tipos de influências conjugaram-se em duas linhas de força distintas, mas parcialmente sobreponíveis, que estão na base de toda a psicoterapia moderna: a tradição mágico-religiosa

e a tradição naturalístico-científica (Frank, 1973; Frank & Frank, 1991).

A tradição mágico-religiosa originou-se na Pré-História, entende o sofrimento como sendo causado por intervenções sobrenaturais ou mágicas, consistindo o tratamento em rituais vários e práticas tais como a trepanação, onde a pessoa do «curandeiro» que os ministra é essencial ao integrar os papéis de sacerdote e médico (Alexander & Selesnick, 1966; Frank, 1973; Frank & Frank, 1991; Mahoney, 1980).

Por sua vez, a tradição naturalístico-científica teve origem, aliás como toda a ciência moderna, na Grécia Antiga, sendo prolongada e desenvolvida em Roma. Contudo, as perspectivas dos filósofos gregos divergiam. Perspectivas biomédicas eram defendidas por Pitágoras (o comportamento perturbado devia-se a lesões cerebrais) e parcialmente por Hipócrates (um dos primeiros a tentar uma classificação das perturbações mentais), que entendia que as «doenças» mentais, tais como as físicas, podiam ser estudadas e tratadas cientificamente. Hipócrates acentuava a importância da hereditariedade e recomendava formas físicas de tratamento (dietas, banhos, exercício físico, etc.), apesar de reconhecer que as palavras tinham poder para provocar descargas emocionais com eventuais benefícios terapêuticos.

É atribuída a Hipócrates, após o fracasso de todos os médicos da corte, a cura do rei Perdicas II, avassalado de sofrimento por estar secretamente apaixonado por uma concubina que tinha pertencido ao seu recém-falecido pai. Hipócrates diagnosticou-lhe uma «melancolia reactiva» resultante de tão intenso desejo. Depois de conseguir a

confiança do rei, implementou uma intervenção baseada na interpretação de sonhos, no reconhecimento e aceitação das causas do seu mal-estar e no agir em concordância com os seus sentimentos (Kottler, 1991).

Por sua vez, Aristóteles prolongou as perspectivas biomédicas, tendo sido tutor de Alexandre o Grande, e fundador das primeiras instituições para doentes mentais. Como veremos posteriormente, lançou as bases da retórica, na qual atribuía à pessoa do orador um papel essencial como instrumento de persuasão, mas ainda sem preocupações de ordem terapêutica.

Defensores das perspectivas psicossociais foram Antiphon de Atenas e Platão. Antiphon é considerado o criador de uma «arte de apaziguamento», que curava os doentes por meio das palavras. Depois de ouvir as queixas dos pacientes, auxiliava-os a «reenquadrar» as imagens patogénicas do mundo, recorrendo a uma retórica que fazia uso do estilo e queixas dos pacientes, pelo que Watzlawick (1978) o considera como o precursor da «pragmática da comunicação» moderna. Por sua vez, Platão defendeu a ideia de que as palavras podiam desencadear descargas emocionais com efeito curativo (catarses), acentuando que a cultura e a sociedade influenciavam os pensamentos e cognições das pessoas. Antecipou Freud ao afirmar que os sonhos e as fantasias serviam o propósito da satisfação dos desejos (Mahoney, 1980). Na Idade Média, assistiu-se a um ressurgimento mágico-religioso sob a forma de demonologia, sendo as perturbações vistas como associadas ao pecado e à posse demoníaca. O Renascimento

marca um período de transição no qual é possível constatar, paralelamente à perspectiva demonológica da Idade Média, o ressurgimento das ideias Gregas e Romanas. Entre outros autores, o suíço Paracelso defendeu a necessidade de rejeitar a demonologia, acentuando que os factores psicológicos contribuíam para as perturbações (Mahoney, 1980) e deviam ser utilizados na sua cura (recorrendo a imagens, alegorias, figuras de estilo, etc.) (Kopp, 1972).

A perspectiva naturalístico-científica ganha novo fôlego durante os séculos XVII e XVIII, sob o predomínio da perspectiva biomédica que, tal como na Grécia Antiga, não diferenciava claramente doença mental e física. Segundo Michel Foucault (1961), é na Idade Clássica que se modifica radicalmente a relação entre loucura e razão, devido a dois acontecimentos notáveis: em 1657, a criação do «Hospital Geral» e, em 1794, o retirar as correntes aos «loucos», por Pinel no Hospital de La Bicêtre. Ainda segundo Foucault, é nos finais do século XVIII que a loucura se institui como doença mental. Estes acontecimentos marcam, finalmente, a atribuição de direitos humanos mínimos aos «doentes mentais», ainda que dentro de um regime de isolamento institucional.

Apesar de ser possível encontrar lugar para o elemento psicológico nas técnicas clássicas, através da importância atribuída pelos médicos da Idade Clássica à exortação, à persuasão, à argumentação e a todo o diálogo que se estabelecesse com o doente mental, bem como pelo recurso à «interrupção do delírio através da razão», à «representa-

ção teatral» e ao «retorno ao imediato», é inútil tentar distinguir as terapêuticas biomédicas das psicológicas, pela simples razão de que a Psicologia não existia. Aquilo que se nos apresenta como um esboço de cura psicológica não o era para os médicos clássicos que a ministravam (Foucault, 1961).

Paralelamente aos desenvolvimentos biomédicos do século XVIII, é ao austríaco Anton Mesmer, criador da hipnose, nos finais deste século, que se deve a origem da psicoterapia moderna como forma distinta de terapia. Mesmer mostrou que era possível fazer desaparecer os sintomas dos pacientes, mediante a indução de um estado de transe hipnótico. Apesar de o «magnetismo animal» de Mesmer ter sido rapidamente desacreditado, nomeadamente por Pinel, que o pôs a ridículo (Pichot, 1984), Ellenberger (1970) vê nele uma primeira formulação sistematizada da «psicologia do inconsciente».

Por volta de 1813, surge em Paris um magnetizador que propõe uma nova interpretação do «magnetismo animal» de Mesmer.

Tratava-se do goês José Custódio de Faria, o Abade de Faria. Terá sido o primeiro a propor, ao contrário de Mesmer, que o sono hipnótico e as práticas sonambúlicas não advinham de quaisquer fluidos ou forças magnéticas misteriosas, mas sim de causas naturais cientificamente investigáveis, como a sugestibilidade (Egas Moniz, 1977). Assim, Faria opera uma transição essencial, mas frequentemente ignorada, na história da psicoterapia: a da perspectiva mágica de Mesmer para a vertente psicossocial da perspectiva naturalístico-científica. Contudo, só

mais tarde, quando em finais do século XIX Charcot reabilita o hipnotismo associando-o à «neurose histérica», é que se torna respeitável o ensino e prática da hipnose (Pichot, 1984) na perspectiva natural e científica, pioneiramente defendida pelo Abade de Faria (Egas Moniz, 1977).

Tendo por base as implicações terapêuticas do hipnotismo, derivadas por Charcot e Breuer, Freud, no final do século XIX inícios do século XX, desenvolve o primeiro sistema organizado de psicoterapia: a psicanálise, que viria a dominar o campo praticamente indisputada até aos anos sessenta. Paralelamente à psicanálise, as bases para dois outros grandes sistemas de psicoterapia começaram a ser lançadas no século XIX e inícios do XX.

Por um lado, as do comportamentalismo, resultante de investigações com animais em laboratório, primeiro na União Soviética por intermédio de Pavlov e posteriormente nos Estados Unidos por intermédio de Watson, Thorndike e Skinner. Este sistema terapêutico foi desenvolvido em termos clínicos por Wolpe Lazarus na África do Sul, por Eysenck em Inglaterra e por diversos terapeutas nos Estados Unidos.

Por outro, as das perspectivas fenomenológico-existenciais, principalmente baseadas nas doutrinas de filósofos como Kierkegaard, Husserl e Heidegger. Estas doutrinas questionavam a validade dos conceitos e métodos científicos principalmente quando aplicados ao homem e acentuavam a importância da dimensão espiritual, recorrendo à experiência directa como método privilegiado de conhecimento.

Estes princípios seriam inicialmente aplicados à psicoterapia por Binswanger e Boss. A ênfase numa filosofia da existência inerente às terapias fenomenológico-existenciais, volta a aproximá-las das formas tradicionais de cura mágico-religiosa (Frank, 1973; Frank & Frank, 1991).

Durante todo o século XX, os sistemas de psicoterapia proliferam. Em 1959 era já possível identificar trinta e seis sistemas distintos (Harper, 1959), em 1976 este número subia para cento e trinta (Parloff, 1976), em 1980 para duzentos e cinquenta (Herink, 1980) e em 1986 atingia a impressionante quantia de quatrocentos e sessenta (Goleman, 1986). Finalmente, em 1989, era possível identificar em Itália cerca de quinhentas sociedades distintas de psicoterapia (Filippeschi & Celano, 1988; Freni, Basile, Fava, & Galati, 1989). Contudo, como David Orinsky (1989) acentuou, as diferentes «escolas» terapêuticas podem ser vistas como variações fenotípicas que reflectem combinações particulares de um número limitado de concepções genotípicas mais básicas.

Dada esta miríade de sistemas psicoterapêuticos, agravada pelo facto de não existir uma profissão-base única para o psicoterapeuta, não é fácil, a nível conceptual, apresentar uma definição de psicoterapia susceptível de acordo unânime. Possivelmente, em nenhuma outra área da psicologia o desacordo é tão grande relativamente à definição de um conceito.

Se atendermos à etimologia da palavra, esta resulta da conjugação das duas palavras gregas, *psyché* (alma; espírito; vida) e *therapeía* (cuidado;

cuidado religioso; cuidado médico; tratamento), donde a ideia de «cura pela mente». Convirá, contudo, assinalar a possível ambiguidade inerente ao facto de *therapeía* poder simultaneamente significar «cuidado religioso ou médico» e de «médico» (etimologicamente do latim, *medicu*) poder significar, para além de «próprio para curar», «mágico». Esta é, possivelmente, a ambiguidade que se reflecte na dicotomia existente entre as tradições mágico-religiosa e naturalístico-científica.

Proponho uma definição baseada em Frank (1973; Frank & Frank, 1991) e Strupp (1978), que pretende ser suficientemente geral para abarcar todas as formas de psicoterapia, bem como todos os métodos de cura mágico-religiosa, visto estas práticas desempenharem funções semelhantes nas respectivas sociedades, revertendo-se assim de um carácter «transtemporal» e «transespacial»: «a psicoterapia consiste num processo relacional, interpessoal e sistemático que implica uma série de contactos mais ou menos estruturados, destinados a proporcionar aos sofredores, alívio, crescimento e modificação de sentimentos, cognições e comportamentos, mediante o recurso a um racional de compreensão e explicação da queixa/problema, que se materializa em técnicas terapêuticas, principalmente palavras, actos e rituais, veiculados por terapeutas/curandeiros treinados, cujas capacidades são reconhecidas e aceites pelo paciente e respectivo grupo social de pertença».

Após esta breve resenha histórica, passemos a considerar o último componente da definição anterior, aquele

que ministra os cuidados especializados da psicoterapia, o Psicoterapeuta.

3. *Psicoterapia e Psicoterapeutas.*

3.1. Modelos de Terapia e Papel do Terapeuta.

A importância da pessoa e as diferenças de papel que o psicoterapeuta foi desempenhando ao longo dos tempos, no balancear entre a perspectiva mágico-religiosa e as vertentes psicossocial e biomédica da perspectiva naturalístico-científica, tornam-se mais claras recorrendo às quatro «imagens genotípicas» que Orlinsky (1989) considera estarem na base das diferentes «escolas» de psicoterapia e que terão guiado os esforços dos investigadores nos últimos cinquenta anos.

A primeira, que é a dominante, entende a psicoterapia como uma forma de tratamento para as perturbações psiquiátricas. Nesta representação, o papel do psicoterapeuta é o de técnico especializado, veiculador de metodologias terapêuticas activas a pacientes que «incorporam» perturbações psicopatológicas, com o objectivo de conseguir a remissão da psicopatologia. Segundo Mahoney (1991), neste tipo de representação, os motivos para ser terapeuta são os comuns à profissão médica: «identificação e redução das patologias» e a «restauração da saúde». Na segunda representação, onde a psicoterapia é entendida como um processo educacional ou de aprendizagem, o terapeuta é visto como um técnico, educador/tutor a quem cabe implicar e motivar o paciente/aluno para um pro-

cesso de aprendizagem (porque a personalidade é um conjunto de respostas aprendidas) que facilite a aquisição de novas formas de compreensão e novas aptidões. Os motivos do terapeuta são, aqui, mais os de um professor do que os de um médico (Mahoney, 1991).

A psicoterapia como processo correctivo ou de reforma, caracteriza a terceira representação, sendo normalmente apresentada por críticos do sistema de saúde mental [de forma particularmente veemente por Jeffrey Masson (1988, 1991, 1992)]. A terapia é caracterizada como uma forma de repressão política, destinada a controlar ou «recuperar» aqueles cuja conduta se afasta das normas sociais. As motivações do psicoterapeuta são pouco lisonjeiras: poder, autoridade e possibilidade de controlar a liberdade dos pacientes (Mahoney, 1991).

Finalmente, como quarta representação, surge a redenção. Esta imagem faz apelo aos paralelos da psicoterapia com a religião e com a busca da transcendência espiritual na procura dos «significados últimos». A psicoterapia substitui-se às religiões numa sociedade eminentemente laica. O papel do psicoterapeuta é o de «padre laico», que oferece possibilidades de desenvolvimento espiritual, encorajando a «esperança» nos métodos e nos resultados do processo (Mahoney, 1991). Acentuam-se as qualidades pessoais e «existenciais» de terapeuta e paciente, num processo em que a intensidade emocional da experiência é essencial, em detrimento dos aspectos técnico-instrumentais. O desempenho do terapeuta é o de um catalisador [«ainda que o paciente aprenda, eu não ensino»

(Kopp, p. 7, 1972)], não se afastando muito do papel de xamã, mestre zen, director espiritual, curandeiro religioso ou profeta messiânico, como Jesus Cristo (Frank, 1973; Frank & Frank, 1991; Fromm & Suzuki, 1960; Haley, 1986; Kopp, 1972; Orlinsky, 1989; Watts, 1961). As motivações do terapeuta são, portanto, de ordem filosófica, espiritual, religiosa e humanística (Mahoney, 1991).

Ainda segundo Orlinsky (1989), todas as escolas de psicoterapia resultam de uma combinação de tratamento, educação, reforma e redenção, diferindo, a este respeito, exclusivamente no grau de explicitação e ênfase que atribuem a cada uma delas. Assim, é possível constatar elementos predominantemente de «tratamento» na psicanálise, de «educação» na terapia cognitiva, de «reforma» nas terapias comportamentais de «economia de fichas» e de «redenção» nas terapias existenciais e experienciais.

3.2. Resultados da Investigação e Interpretações Alternativas.

Hoje em dia é indisputável que, de uma forma geral, a psicoterapia tem efeitos benéficos (Andrews & Harvey, 1981; Bergin, 1971; Bergin & Lambert, 1978; Lambert & Bergin, 1994; Lambert, Shapiro & Bergin, 1986; Meltzoff & Kornreich, 1970; Shapiro & Shapiro, 1982; Smith, Glass & Miller, 1980). Contudo, contrariamente às expectativas de grande número de investigadores principalmente das representações da psicoterapia como tratamento (a predominante) e educação, os resultados

globais da investigação (recorrendo a diversos tipos de metodologia) não mostram eficácias diferenciais convincentes dos diferentes tipos de intervenções baseados em diferentes orientações teóricas. Isto, apesar de aparentarem ser muito diversas as formas e técnicas como essa eficácia é alcançada (Elkin, Parloff, Hadley, & Autry, 1985; Elkin *et al.*, 1989; Frank, 1979; Lambert, 1986; Luborsky, Singer, & Luborsky 1975; Shapiro & Shapiro, 1982; Sloane, Staples, Cristol, Yorkston, & Whipple, 1975; Smith, Glass, & Miller, 1980; Stiles, Shapiro & Elliot, 1986).

As principais razões que podem ser avançadas para explicar esta situação de equivalência são: (a) a globalidade do diagnóstico psiquiátrico com base no qual se estabelecem os grupos de pacientes que integram as investigações comparativas, negligenciando características psicológicas mais subtis que poderiam proporcionar resultados diferenciais (e.g., *locus* de controlo externo *versus* interno) (Beutler, 1991; Beutler & Clarkin, 1990); e (b) os factores comuns a todas as formas de intervenção psicoterapêutica (e.g., Bergin, 1980; Cornsweet, 1983; Cross, Sheehan, & Khan, 1982; Frank, 1973; Frank & Frank, 1991; Goldfried, 1982; Grenavage & Norcross, 1990; Stiles *et al.*, 1986).

No que concerne aos «factores comuns a todas as formas de terapia», podem incluir-se as variáveis do psicoterapeuta, passíveis de mediar a eficácia das intervenções, contribuindo de forma significativa para que as diferenças de eficácia intragrupo (orientação teórica) sejam maiores do que as diferenças intergrupos (orientações teóricas)

(Lambert, 1989; Luborsky, Crits-Christoph, McLellan, Woody, Piper, Liberman, & Pilkonis, 1986; Luborsky, McLellan, Woddy, O'Brien, & Auerbach, 1985; Orlinsky & Howard, 1980). Já nos anos 70, vários autores defendiam que a exclusão das características dos psicoterapeutas dos relatos relativos à investigação, ameaçavam seriamente a interpretação e generalização dos resultados (e.g., Martindale, 1978; Parloff, Waskow, & Wolfe, 1978; Sundland, 1977).

A relação entre paciente e terapeuta é apontada em muitos estudos como a variável do processo terapêutico mais consistentemente relacionada com os resultados, a relação entre paciente e terapeuta, particularmente a qualidade da respectiva «aliança terapêutica» (Greenberg & Pinsof, 1986; Orlinsky & Howard, 1986). Este resultado reafirma a ideia de que as «qualidades humanas» do terapeuta têm um impacte mais significativo no processo terapêutico do que os componentes técnicos.

Para além dos dados relativos à importância das variáveis do terapeuta apresentados no início da Introdução, pode-se afirmar, em jeito de síntese, que a «pessoa» do terapeuta se encontra mais directamente relacionada com os benefícios terapêuticos do que o tipo de terapia que pratica (Crits-Christoph & Mintz, 1991; Luborsky *et al.*, 1986), explicando, em média, cerca de oito vezes mais da variância dos resultados terapêuticos, do que a sua orientação teórica e/ou técnicas que utiliza (resultados baseados na análise de quatro importantes estudos de psicoterapia) (Lambert, 1989; Luborsky *et al.*, 1986).

De igual modo, as causas mais frequentemente citadas como responsáveis pelos «efeitos de deterioração» em psicoterapia (e.g., o agravamento de sintomas ou o surgimento de novos sintomas) são as variáveis do terapeuta (Lafferty, Beutler, & Crago, 1989; Lambert, Bergin, & Collins, 1977; Orlinsky & Howard, 1980; Strupp, 1977; Strupp & Hadley, 1985).

Luborsky e colegas (1985) concluíram, num estudo destinado a avaliar os determinantes do sucesso de terapeutas individuais, que o principal veículo de mudança terapêutica era a personalidade do psicoterapeuta, em especial, a sua capacidade para estabelecer alianças terapêuticas positivas: «o terapeuta é um agente importante e independente de mudança, com capacidade para amplificar ou reduzir os efeitos da terapia» (p. 609). Contudo, não só os efeitos atribuíveis aos terapeutas tendem a atenuar-se quando se utilizam manuais de intervenção (Crits-Christoph *et al.*, 1991) e quando os terapeutas são muito experientes (Crits-Christoph & Mintz, 1991; Crits-Christoph *et al.*, 1991), como também as variáveis que são específicas ou que se desenvolvem adentro da relação terapêutica, particularmente as interações de algumas delas (e.g., características do terapeuta, do paciente, contexto e tipo de terapia), parecem ser mais importantes para os resultados do processo do que as variáveis do terapeuta de carácter mais geral (Beutler, Crago, & Arizmendi, 1986; Beutler, Machado, & Neufeld,

1994; Lafferty, Beutler, & Crago, 1989; Lyons & Howard, 1991).

A importância das variáveis do terapeuta não significa que os efeitos das técnicas terapêuticas sejam totalmente negligenciáveis. Lambert (1986), após uma revisão de literatura, atribuiu-lhes 15% de peso na variância dos resultados terapêuticos. A conclusão geral que se pode retirar relativamente ao papel das técnicas no processo e resultados terapêuticos é a de que, apesar de nenhuma técnica ser efectiva de per se e em todas as condições, algumas são eficazes nalgumas condições (Goldfried, 1991; Greenberg, 1991; Orlinsky, 1989). O estudo de Luborsky e colegas (1985), anteriormente referido, permite concluir pela inseparabilidade da importância das técnicas terapêuticas, das características pessoais do terapeuta (nomeadamente, o seu grau de ajustamento pessoal e o seu «interesse em auxiliar») e da qualidade da relação terapêutica.

4. Conclusão.

Como Mahoney (1991) acentuou, ainda que os resultados anteriormente referidos sejam contrários às expectativas de grande número de investigadores contemporâneos, eles são perfeitamente consistentes com as análises clássicas e modernas da «persuasão e cura»¹ (Beutler, 1979; Beutler *et al.*, 1986; Brehm, 1976; Frank, 1973, 1982, 1987; Frank & Frank, 1991; Hepner &

¹ Por exemplo, um estudo de LaCrosse (1980) mostrou que os atributos de influência social do terapeuta (i.e., «grau de perito percebido», «atração» e «grau de confiança») explicavam cerca de 30% da variância dos resultados da intervenção.

Claiborn, 1989; Strong, 1978), e com o peso atribuído tradicionalmente à personalidade dos curandeiros ao longo da história e nas sociedades não-ocidentais (Ellenberger, 1970; Guy, 1987; Henry, 1966).

Exemplos clássicos são os de Aristóteles e Quintiliano. Como Glaser (1980) refere, de entre os quatro «instrumentos retóricos» essenciais a uma persuasão eficaz, mencionados por Aristóteles: *ethos* (carácter); *logos* (lógica); *pathos* (emoção); e *stylos* (estilo), o mais potente é o *ethos*. No *ethos* englobam-se características eminentemente pessoais como o «grau de perito» (o emissor como fonte de afirmações válidas), o «grau de confiança» (o optimismo, interesse e dedicação que o emissor transmite ao receptor) e a «atração» (semelhança, compatibilidade e estima entre emissor e receptor). De notar a semelhança com as qualidades básicas da relação terapêutica salientadas por Carl Rogers (1957): empatia, autenticidade e estima positiva, ou ainda com análises recentes da comunicação, que concluem que «o meio é a mensagem» (McLuhan, 1962).

Por sua vez, Quintiliano introduziu o conceito de retórica somática. Neste conceito englobavam-se os diversos estilos orais e visuais a que o emissor devia recorrer para aumentar o seu poder de persuasão, sendo considerado como particularmente importante o pronúncia, a eloquência (i. e., adequabilidade na escolha das palavras) (Watzlawick, 1978).

Ellenberger (1970) considera também que as capacidades terapêuticas de Mesmer se deviam não a qualquer força misteriosa, mas sim a uma persona-

lidade extraordinariamente forte. Análise esta bem mais consonante com a leitura do Abade de Faria, da hipnose como forma de sugestão.

Por último, lembremos que Freud escrevia em 1905, recuperando um dito antigo, que o que curava as «psiconeuroses» não era a medicina, mas sim a personalidade do médico (1905/1973a), acrescentando posteriormente que esta constituía um dos factores essenciais para criar no doente um estado anímico favorável à cura (1905/1973b). Mais tarde, em 1937, escreveu ainda que entre os factores que poderiam dificultar os progressos da psicanálise se encontrava, para além da natureza do eu do paciente, a individualidade do psicanalista (1937/1973c).

Parecem emergir duas conclusões centrais do material exposto: (1) o facto de parecer impossível, ou mesmo indesejável, perpetuar a dicotomia entre a perspectiva mágico-religiosa e naturalístico-científica, na medida em que a os componentes da primeira podem ser estudados à luz da segunda (particularmente na sua vertente psicossocial), contribuindo para optimizar a eficácia dos resultados terapêuticos; (2) a importância de aprofundar as investigações sobre as variáveis do psicoterapeuta, no sentido de aumentar a compreensão que temos do papel destas no processo e resultados terapêuticos.

Referências

- Alexander, F. G., & Selesnick, S. T. (1966). *The history of psychiatry*. Northvale, N. J.: Jason Aronson.

- Andrews, G., & Harvey, R. (1981). Does psychotherapy benefit neurotic patients? A re-analysis of the Smith, Glass, & Miller data. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1203-08.
- Bergin, A. E. (1971). Further comments on psychotherapy research and therapeutic practice. *Interpersonal Journal of Psychiatry*, 3, 317-323.
- (1977). Introduction. In A. S. Gurman & A. M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. XV-XVI). New York: Pergamon Press.
- (1980). *Psychotherapy: An eclectic approach*. New York: Wiley.
- Bergin, A. E., & Lambert, M. J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2^a ed., pp. 139-89). New York: Wiley.
- Beutler, L. E. (1979). Values, beliefs, religion and the persuasive influence of psychotherapy. *Psychotherapy, Theory, Research, and Practice*, 16, 432-440.
- (1991). Have all won and must all have Prizes? Revisiting Luborsky et al.'s verdict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 226-232.
- Beutler, L. E., & Clarkin, J. (1990). *Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions*. New York: Brunner/Mazel.
- Beutler, L. E., Crago, M., & Arizmendi, T. G. (1986). Therapist variables in psychotherapy process and outcome. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2^a ed., pp. 257-310). New York: Wiley.
- Beutler, L. E., Machado, P. P. P., & Neufeld, S. (1994). Therapist variables. In A.E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4^a ed., pp. 229-69). New York: Wiley.
- Brehm, S. S. (1976). *The application of social psychology to clinical practice*. New York: Wiley.
- Butler, S. F., & Strupp, H. H. (1986). Specific and nonspecific factors in psychotherapy: A problematic paradigm for psychotherapy research. *Psychotherapy*, 23, 30-40.
- Cornsweet, C. (1983). Nonspecific factors and theoretical choice. *Psychotherapy: Theory, research, and practice*, 20, 307-13.
- Crits-Christoph, P., & Mintz, J. (1991). Implications of therapist effects for the design and analysis of comparative studies of psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39, 20-26.
- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J. S., Beck, A. T., Carroll, K., Perry, K., Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G.E., Thompson, L., Gallagher, D., & Zitrin, C. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research*, 1, 81-91.
- Cross, D. G., Sheehan, P. W., & Khan, J. A. (1982). Short- and long-term follow-up of clients receiving insight-oriented therapy and behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 103-112.
- Egas Moniz (1977). *O Abade Faria*. Lisboa: Editorial Vega.
- Elkin, I. E., Parloff, M. B., Hadley, S. W., & Autry, J. H. (1985). NIMH treatment of depression collaborative research program: Background and research plan. *Archives of General Psychiatry*, 42, 305-316.
- Elkin, I. E., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., Glass, D. R., Pilkonis, P. A., Leber, W. R., Docherty, J. P., Fiester, S. J., &

- Parloff, M. B. (1989). NIMH treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatment. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-82.
- Ellenberger, H. (1970). *The discovery of the unconscious*. New York: Basic Books.
- Filippeschi, M., Celano, G. (1988). *Scuole di psicoterapia in Italia*. Genova: Centro Diffusione Psicologia.
- Foucault, M. (1961). *Histoire de la folie a l'Age Classique*. Paris: Plon.
- Frank, J. D. (1973). *Persuasion and healing*, (2.^a ed. revista). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Frank, J. D. (1979). The present status of outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89, 310-16.
- (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In J. H. Harvey & M. M. Parks (Eds.), *The master lecture series, Vol. 1, Psychotherapy and behavior change* (pp. 7-37). Washington, DC: American Psychological Association.
- (1987). Psychotherapy, rethoric, and hermeneutics: Implications for practice and research. *Psychotherapy*, 24, 293-302
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing* (3^a ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- 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.
- Freud, S. (1973a). Sobre psicoterapia (tradução espanhola de L. Lopes-Ballesteros y de Torres). In *Obras completas de Sigmund Freud*, Vol. 1 (3^a ed., pp. 1008-13). Madrid: Biblioteca Nueva. (Originalmente publicado em 1905.)
- (1973b). Psicoterapia: Tratamento por el espíritu (tradução espanhola de L. Lopes-Ballesteros y de Torres). In *Obras completas de Sigmund Freud*, Vol. 1 (3.^a ed., pp. 1014-27). Madrid: Biblioteca Nueva. (Originalmente publicado em 1905).
- (1973c). Analisis terminable e interminable (tradução espanhola de L. Lopes-Ballesteros y de Torres). In *Obras completas de Sigmund Freud*, Vol. 3 (3.^a ed., pp. 3339-64). Madrid: Biblioteca Nueva. (Originalmente publicado em 1905).
- Fromm, E., & Suzuki, D. T. (1960). *Zen Buddhism and psychoanalysis*. New York: Harper.
- Glaser, S. R. (1980). Rhetoric and psychotherapy. In M. J. Mahoney (Ed.), *Psychotherapy process: Current issues and future directions* (pp. 313-33). New York: Plenum.
- Goldfried, M. R. (Ed.) (1982). *Converging themes in psychotherapy*. New York: Springer.
- (1991). Research issues in psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 5-25.
- Goleman, D. (1986). Psychiatry: First guide to therapy is fiercely opposed. *The New York Times*, 23 de Setembro, Cl.
- Greenberg, L. S. (1991). Research on the process of change. *Psychotherapy Research*, 1, 3-16.
- Greenberg, L. S., & Pinsof, W. (Eds.) (1986). *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford.
- Grencavage, L. M., & Norcross J. C.

- (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 372-78.
- Gurman, A. S., & Razin, M. S. (Eds.) (1977a). *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. 222-51). New York: Pergamon Press.
- Guy, J. D. (1987). *The personal life of the psychotherapist*. New York: Wiley.
- Haley, J. (1986). *The power tactics of Jesus Christ and other essays* (2.^a ed.). Rockville, Md.: The Triangle Press.
- Harper, R. A. (1959). *Psychoanalysis and psychotherapy: 36 systems*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Henry, W.E. (1966). Some observations on the lives of healers. *Human Development*, 9, 47-56.
- Hepner, P.P., & Claiborn, C.D. (1989). Social influence research in counseling: A review and critique. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 365-87.
- Herink, R. (1980). *The psychotherapy handbook*. New York: Meridian.
- Kopp, S. B. (1972). *If you meet the Buddha on the road, kill him!* New York: Bantam.
- Kottler, J. A. (1991). *The complete therapist*. San Francisco: Jossey-Bass.
- LaCrosse, M.B. (1980). Perceived counselor social influence and counseling outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 27, 320-27.
- Lafferty, P., Beutler, L.E., & Crago, M. (1989). Differences between more and less effective psychotherapists: A study of selected therapist variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 76-80.
- Lambert, M. J. (1986). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. In J. C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- (1989). The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome. *Clinical Psychology Review*, 9, 469-85.
- 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* (4.^a ed., pp. 143-189). New York: Wiley.
- Lambert, M. J., Bergin, A. E., & Collins, J. L. (1977). Therapist-induced deterioration in psychotherapy. In A. S. Gurman & A. M. Razin, (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. 452-81). New York: Pergamon Press.
- Lambert, M. J., Shapiro, D. A., & Bergin, A. E., (1986). The effectiveness of psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3^a ed., pp. 157-212). New York: Wiley.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., McLelland, A. T., Woody, G., Piper, W., Liberman, B., Imber, S., & Pilkonis, P. (1986). Do therapists vary much on their success? *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 501-12.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G.E., O'Brien, C. P., & Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.
- Lyons, L. C., & Howard, K. I. (1991). Main effects analysis in clinical research: Statistical guidelines for desegregating treatment groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 745-48.

- Mahoney, M.J. (1980). *Abnormal psychology: Perspectives on human variance*. San Francisco: Harper and Row.
- (1991). *Human change processes*. New York: Basic Books.
- Masson, J. (1988). *Against therapy: Emotional tyranny and the myth of psychological healing*. New York: Atheneum.
- (1991). *Final analysis: The making and unmaking of a psychoanalyst*. London: Harper Collins.
- (1992). The tyranny of psychotherapy. In W. Dryden & C. Feltham (Eds.), *Psychotherapy and its discontents* (pp. 7-29). Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Martindale, C. (1978). The therapist-afixed-effect fallacy in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1526-30.
- McLuhan, M. (1962). *The Gutenberg Galaxy*. Toronto: University of Toronto Press.
- Meltzoff, J., & Kornreich, M. (1970). *Research in psychotherapy*. New York: Atherton.
- Orlinsky, D. E. (1989). Researchers' images of psychotherapy. Their origins and influence on research. *Clinical Psychology Review*, 9, 413-41.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1980). Gender and psychotherapeutic outcome. In A. M. Brodsky & R. T. Haremustin (Eds.), *Women and psychotherapy* (pp. 3-34). New York: Guildford.
- Parloff, M. B. (1976). Shopping for the right therapy. *Saturday Review*, 21 de Fevereiro, 135-42.
- Parloff, M. B., Waskow, I. E., & Wolfe, B. E. (1978). Research on therapist variables in relation to process and outcome. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change. An empirical analysis* (2.^a ed., pp. 233-82). New York: Wiley.
- Pichot, P. (1984). *Um século de psiquiatria*. Lisboa: Roche Farmacêutica Química, Lda.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Shapiro, D. A., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
- Sloane, R. B., Staples, F. R., Cristol, A. H., Yorkston, N. J., & Whipple, K. (1975). *Psychotherapy versus behavior therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A., & Elliot R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, 41, 165-180.
- Strong, S. R. (1978). Social psychological approach to psychotherapy research. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2.^a ed., pp. 101-35). New York: Wiley.
- Strupp, H. H. (1977). A reformulation of the dynamics of the therapist's contribution. In A. S. Gurman & A. M. Razin, (Eds.), *Effective psychotherapy. A handbook of research* (pp. 4-22). New York: Pergamon Press.
- (1978). Psychotherapy research & practice: An overview. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2.^a ed., pp. 3-22). New York: Wiley.
- Strupp, H. H., & Hadley, S. W. (1985). Negative effects and their determinants. In D. T. Mays & C. M. Franks (Eds.), *Negative outcome in psychotherapy*

- and what to do about it.* New York: Springer.
- Sundland, D. M. (1977). Theoretical orientations of psychotherapists. In A. S. Gurman & A. M. Razin, (Eds.), *Effective psychotherapy. A handbook of research* (pp. 189-219). New York: Pergamon Press.
- Watts, A. (1961). *Psychotherapy East and West.* New York: RandomHouse.
- Watzlawick, P. (1978). *The language of change: Elements of therapeutic communication.* New York: Basic Books.
- Abstract. – After sketching a brief history of psychotherapy and analysing the role played by the psychotherapist in different models of psychotherapy, the author tries to suggest reasons to account for research results showing that therapists' variables explain eight times more of the therapeutic variance than theoretical orientation and/or techniques do.