

Terapias breves numa perspectiva cognitivo-comportamental*

TELMO MOURINHO BAPTISTA / ANTÓNIO BRANCO VASCO **

Urge desde logo clarificar alguns aspectos relativos à terminologia e ao processo psicoterapêutico que se subentende quando se utiliza o termo Psicoterapias Breves, pois distanciamos-nos de alguns dos pressupostos básicos que estão associados a este tipo de intervenções. A associação dos termos «psicoterapia» e «breve» ganhou um peso que ultrapassa largamente a explicitação de uma variável temporal em relação a processos de intervenção clínica. Historicamente, as psicoterapias breves surgem no âmbito da tradição psicanalítica clássica em resposta a algumas solicitações sociais desencadeadas por diversos factores que exerceram pressão no sentido da utilização de respostas terapêuticas temporalmente menos dispendiosas, e que permitissem aos pacientes retomar os seus níveis de funcionamento adaptados anteriores ao aparecimento do problema.

Focava-se sobretudo a remoção de sintomas específicos sacrificando o objectivo mais amplo da reestruturação da personalidade, que continuava a ser a meta de intervenções psicanalíticas de duração mais longa. Não podemos deixar de ter em mente que a própria designação de psicoterapias breves se pretende como contraponto a uma intervenção

psicanalítica com um tempo de tratamento indefinido. Por outro lado, a literatura sobre psicoterapias breves reflecte claramente a sua filiação em relação à psicanálise.

As terapias breves vocacionadas como estão para um planeamento terapêutico num período de tempo bem definido partilham segundo Koss, Butcher e Strupp (1986) algumas características técnicas centrais: um **tempo de duração limitado**, em que se recomenda uma calendarização do processo terapêutico fixando o número de sessões ou a data em que a terapia termina, confrontando assim o cliente com a necessidade de um trabalho dirigido a objectivos precisos, e convindo uma confiança na possibilidade de melhoria num curto espaço de tempo, o que só pode ser realizado tendo em conta a **limitação de objectivos**, segundo aspecto característico, pois não se considera aqui como finalidade a reestruturação da personalidade mas sim a remoção de sintomas, o reestabelecimento do equilíbrio emocional anterior, um aumento da compreensão das razões para a perturbação presente e uma maior capacidade para lidar com problemas semelhantes no futuro. Um terceiro aspecto consiste na **focalização dos esforços terapêuticos** numa área central do problema do cliente tal como um sintoma, uma relação problemática ou um padrão repetitivo de relações interpessoais. Naturalmente que desde o início a área a abordar é explicitada e todos os esforços posteriores se dirigem nesse sentido, utilizando o terapeuta técnicas de entrevista dirigida e dando atenção particular às verbalizações do cliente que se ligam direc-

* Artigo baseado na Comunicação apresentada no «Simpósio sobre Psicoterapias Breves», organizado pela Associação Portuguesa de Psicologia, Lisboa, Maio de 1987.

** Membros da APTCC. Assistentes da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

tamente com a área escolhida. Um **elevado grau de actividade do terapeuta** é uma das exigências fundamentais deste tipo de abordagens de modo a se poderem alcançar os objectivos pré-estabelecidos dentro de um espaço de tempo bem definido. O terapeuta intervém mais, faz interpretações, envolve outras pessoas no processo, prescreve «trabalhos de casa», utiliza e ensina técnicas de resolução de problemas, podendo também recorrer a diversos tipos de apoios que ocorrem no meio natural do indivíduo. Wolberg (1965) cita vinte operações que o terapeuta pode desenvolver dentro deste tipo de intervenção e que cobrem em parte as já descritas, mas a que se adicionam por exemplo: o estabelecer de uma relação positiva de trabalho, lidar com as resistência nas diversas fases do processo, desenvolver uma hipótese de trabalho, fazer contratos verbais com o paciente, preparar o cliente para terminar a terapia fornecendo actividades de auto-ajuda e planear tratamentos adicionais se for necessário. Finalmente, uma **intervenção imediata** prende-se com a abordagem de um paciente que está motivado para trabalhar os seus problemas pessoais. Subsistem contudo posições muito diversificadas relativamente ao tipo de clientes mais adequados para serem submetidos a um processo psicoterapêutico breve, dividindo-se os autores em posições mais «conservadoras» ou mais «radicais» (Malan, 1976), os primeiros reservando este tipo de intervenções a perturbações moderadas e mais recentes, reclamando os segundos um espectro maior de problemas incluindo os mais severos e de longa duração.

Também a noção de quão breve deve ser uma terapia breve não é uma questão em que exista grande concordância entre os autores e os valores apresentados citam frequentemente as 20-25 sessões como limite superior ou nove meses, podendo mesmo ir até um ano. Como vemos, os valores apresentados por autores comportamentais e cognitivistas situam-se frequentemente aquém, raramente ultrapassando os referidos limites.

A eficácia das psicoterapias breves parece estar amplamente demonstrada embora os estudos sofram de alguns problemas metodológicos que se assemelham aos problemas apresentados pela generalidade dos trabalhos relativos à eficácia psicoterapêutica. A dificuldade em fazer comparações entre investigações resulta essencialmente das diferentes medidas de eficácia terapêutica que são utilizadas. No entanto, ressalta uma questão interessante, pois se

numa primeira fase destes estudos sobressaía a ideia de que quanto mais tratamento melhores eram os resultados obtidos, isso devia-se apenas ao facto de só se considerarem medidas de eficácia imediatamente após o término do processo. Quando se fizeram estudos de «follow-up» a longo termo, as diferenças de eficácia entre terapias longas e terapias breves desapareciam. Parece ser importante o passar do tempo após o início do processo terapêutico, e não o fornecer mais tempo de terapia ao cliente. Estes resultados a longo termo da terapia breve e de intervenções de crise têm sido confirmados, como demonstrou Viney et al. (1985), e vão ser importantes no ênfase a atribuir ao que designamos por auto-gestão psicológica do cliente (Vasco et al., 1986).

Diferenciando-se das terapias breves, mas fazendo parte das intervenções com um tempo de duração limitado surgiram as **intervenções de crise**, vocacionadas para a resolução de crises imediatas, focando acontecimentos ou situações precipitantes do problema apresentado e procurando fomentar as estratégias de confronto (coping) e/ou resolução de problemas imediatos do cliente. Central para a diferenciação entre as terapias breves e as intervenções de crise é o aspecto das primeiras partirem de um conceito de patologia derivado do modelo quase-médico, característico das intervenções psicodinâmicas, e as segundas enfatizarem as respostas normais de pessoas face a acontecimentos de vida destruturantes. A sua duração varia entre uma e seis sessões e acentua-se um **plano de acção** que é dirigido ao problema, limitado e concreto, passível de renegociação e consistente com a cultura e o estilo de vida do sujeito, podendo este plano de acção ser influenciado/modificado por alterações relativas à apreciação das situações.

Esta pequena revisão dos aspectos centrais das terapias breves e das intervenções de crise permitir-nos-á situar de forma clara as terapias comportamentais e cognitivas em relação às suas congéneres de tradição dinâmica.

Tanto o movimento comportamental como o cognitivista nas suas diversas expressões, não têm explicitado a existência de formas de intervenção terapêutica breve. Isto deve-se sem dúvida ao pressuposto de base de que estas terapias são estruturalmente breves, ou seja, a adunção do qualificativo temporal resultaria apenas em mera redundância. E, se atentarmos ao facto de que as terapias breves ostentam essa designação, tradicionalmente por

oposição aos processos terapêuticos psicanalíticos longos, facilmente verificamos não existir uma correspondência em termos comportamentais ou cognitivos, pois não se opõem terapias comportamentais e cognitivas longas a formas consideradas breves. Daí a menor preocupação com as designações que qualificam a duração do processo terapêutico, embora o factor tempo continue a ser essencial. No entanto, quando se toma em consideração o tipo de queixa apresentada, podem-se considerar diversas excepções dentro das terapias comportamentais e cognitivas que excedem os limites temporais normalmente aceites como definidores de uma terapia breve. Por exemplo, certos estados obsessivo-compulsivos, estados psicóticos e clientes com «deficits» cognitivos profundos requerem, por vezes, tratamentos mais longos. De forma semelhante, e dentro das formulações dinâmicas breves, Hoch (1965) exclui deste tipo de intervenção as *a*) desordens psicóticas crónicas, *b*) perturbações de carácter ou psicossomáticas de tipo crónico e os *c*) estados obsessivo-compulsivos.

As terapias comportamentais, quer dentro de um paradigma clássico, operante ou vicariante têm claramente demonstrado a sua preferência por intervenções com um limite temporal bem definido, excepto nos casos acima referidos. Independentemente do processo terapêutico pôr a tónica num só procedimento (dessensibilização sistemática, por exemplo) ou ser constituído por um «pacote» de técnicas muito diversificado, a duração do processo não excede normalmente o máximo de 9 a 12 meses, e está de acordo com muitos dos princípios enunciados para as terapias breves relativamente à limitação de objectivos, focalização dos esforços terapêuticos, elevada actividade do terapeuta e uma intervenção imediata. Também as variantes de auto-controlo do comportamentalismo (Thorensen e Mahoney, 1974) partilham destes princípios.

Dentro das terapias cognitivas, sejam de tipo comportamental, aquisição de aptidões ou semânticas (Joyce-Moniz, 1981), a acção desenvolvida pelo terapeuta, embora diferenciada em função dos requisitos inerentes a cada uma, manifesta-se através de um elevado grau de participação, desde logo característica da generalidade das terapias breves. Importa salientar, no entanto, as terapias de tipo semântico com as quais nos sentimos mais próximos. No caso da Terapia Racional Emotiva (Ellis, 1962) todo o trabalho de identificação de

crenças e valores associados a acontecimentos experienciados pelo sujeito, e que contribuem para o desencadear e manutenção de respostas não-adaptadas, é realizado de forma bem estruturada. Nas diversas intervenções grupais que Ellis e discípulos têm realçado, o formato terapêutico é delineado com precisão e desde o início do processo. Um exemplo é o programa cognitivo para terapia de grupo elaborado por Sank e Shaffer (1984), constituído por quatro módulos que decorrem em quinze sessões, ocorrendo o módulo do relaxamento na 1.ª e 2.ª sessões, o módulo de reestruturação cognitiva da 3.ª à 6.ª sessões, o módulo do treino assertivo da 8.ª à 11.ª e o módulo de resolução de problemas na 12.ª e 13.ª sessões, contemplando a mobilidade dos módulos bem como salvaguardando a flexibilidade devida às características dos clientes que constituem o grupo.

A terapia cognitiva de Beck (1976, 1979, 1985) nas suas aplicações tanto às situações depressivas como às perturbações ansiosas ilustra bem a diversidade e a complexidade das intervenções cognitivistas. No caso da depressão, o processo tem uma duração que normalmente ronda o período das 12 semanas, com resultados terapêuticos fortemente comprovados por diversos estudos. Beck e Emery (1985) destacam 10 princípios da terapia cognitiva que têm considerável sobreposição com as estratégias de intervenção delineadas pelas abordagens breves. O princípio 2 enuncia que a terapia é breve e limitada no tempo, estipulando o curso típico de um processo terapêutico para a ansiedade entre 5 e 20 sessões, ou excepcionalmente, e em casos mais severos, ultrapassando as 20 sessões. Um dos pontos pouco focados na literatura e que Beck e Emery accentuam é o da não necessidade de terapias longas para a ansiedade e, em muitos casos da sua indesejabilidade, dada a tendência do cliente para estabelecer uma relação dependente face ao terapeuta, o que é frequente neste tipo de perturbação. Dispensa-se um mínimo de tempo na recolha de informação relativa ao passado do cliente e a terapia centra-se na execução de tarefas e na resolução de problemas. O 3.º princípio acentua a necessidade de uma relação terapêutica de qualidade reforçando o esforço de colaboração/cooperação entre terapeuta e cliente. A terapia cognitiva de Beck é estruturada e directiva, orientada para o problema, e dá uma grande importância aos «trabalhos de casa» entre sessões, a levar a cabo pelo cliente.

Naturalmente que existem diferenças em relação

às terapias breves, sobretudo nos pressupostos teóricos, explícitos no 1.º princípio: a terapia cognitiva é baseada no modelo cognitivo das perturbações emocionais, que pressupõe uma mediação cognitiva relativa a reacções emocionais. Privilegia-se o recurso aos diálogos socráticos em termos de intervenção terapêutica bem como uma tentativa de adaptação da metodologia científica no lidar com os problemas do quotidiano. Deste modo é condição essencial de qualquer intervenção cognitivista o transmitir ao cliente que a forma como constrói determinada situação não passa de uma hipótese entre várias possíveis, e passível de desconfirmação.

Utilizando um conjunto de procedimentos muito diversos para o alívio de um problema clínico de grande relevância — a dor — Turk, Meichenbaum e Genest (1983) elaboraram um programa de intervenção terapêutica englobante e que toma em consideração os aspectos multidimensionais do fenómeno dor crónica ou aguda. Estamos em presença de uma abordagem muito dirigida pelo terapeuta mas também muito versátil nas soluções que propõem para confrontar as diversas situações dolorosas. A fase inicial do tratamento compreende uma análise situacional e cognitivo-afectiva detalhada, com informação obtida a partir de fontes diversas: entrevistas com o paciente, possível inclusão de pessoas significativas do meio do cliente no processo terapêutico, terminando esta fase com uma reconceptualização da dor, em que se procura acentuar o seu aspecto multidimensional e a possibilidade de controlo a vários níveis das sensações dolorosas. O modelo do «portão» descrito por Melzack e Wall (1982) serve de base ao racional fornecido ao cliente. A fase de aquisição de aptidões inclui trabalhos de casa, relaxamento e respiração controladas, estratégias de controlo da atenção, actividades mentais, controlo voluntário da avaliação de sensações dolorosas. A fase de aplicação comporta um conjunto de estratégias comportamentais e cognitivas tais como «role-playing», ensaio imagético, exposições graduais a estímulos dolorosos por imaginação e ao vivo, e elementos cognitivos fundamentais nestes casos, e que só recentemente têm merecido a devida atenção. Refirimo-nos às mudanças no estilo de vida, a reestruturação cognitiva e ao treino de aptidões conducentes a uma melhor adaptação em fase posterior ao tratamento. É aliás neste campo onde as relações entre saúde física e saúde mental estão em jogo, que podemos encontrar um terreno fértil para as

terapias cognitivas tendo como ponto de partida as crenças e valores que as pessoas desenvolvem acerca das suas doenças, propiciadoras de crises, e por isso de desequilíbrios na forma como a pessoa se relaciona de forma adaptativa ou não consigo próprio e o meio. Estão ainda no início os trabalhos tendentes à identificação dessas crenças, mas existem algumas indicações do tipo de conteúdos mais frequentes nos problemas físicos de acentuada gravidade e que envolvem longos períodos de tratamento, como as doenças cancerosas (Taylor, 1983) ou adaptação posterior a complicações cardíacas.

No entanto, as terapias cognitivas a que nos acabámos de referir não se podem incluir nos modelos designados por «epistemológicas e construtivistas» (Vasco, 1985) que melhor representam a nossa perspectiva (Joyce-Moniz, 1981, 1985a) e a de outros autores tais como Guidano e Liotti (1983, 1985) e Mahoney (1980, 1982, 1985).

No modelo proposto por Joyce-Moniz procura-se integrar dois campos do conhecimento psicológico normalmente distanciados, a psicologia do desenvolvimento e a psicoterapia. Contrariando uma visão comportamentalista que crê na virtualidade potencialmente infinita da aprendizagem e assimilações, entendemos o nível do desenvolvimento sócio-cognitivo do sujeito como impondo limitações às possibilidades de assimilação. É o desenvolvimento natural do conhecimento que condiciona o conjunto de regras, atitudes e valores a que o cliente acede, bem como o reconhecimento destes condicionamentos e limitações constitui parte integrante e essencial da dialéctica do processo terapêutico. A adequação da intervenção terapêutica a cada cliente passa pelo reconhecimento das potencialidades e limitações individuais, isto é, por uma avaliação das suas capacidades cognitivas e metacognitivas. Ora, as terapias breves tal como formuladas anteriormente ou as terapias cognitivas que não pertencem ao modelo epistemológico e construtivista, falham no reconhecimento desta asserção de base, e desde logo não tomam em linha de conta o nível sócio-cognitivo do sujeito como dado importante para a adequação da terapia.

Por outro lado, a aceitação de que as perturbações podem constituir factor de avanço ao proporcionar equilíbrios majorantes, utilizando a expressão do estruturalismo psicogenético piagetiano, e que os mecanismos que promovem a mudança são a descentração e a compensação (Joyce-Moniz, 1981)

está ausente de outro tipo de formulações. Por exemplo, nas intervenções de crise insiste-se na restauração dos níveis de funcionamento dos sujeitos, e só em casos excepcionais se fala na crise como oportunidade de crescimento pessoal, mas nunca numa perspectiva piagetiana. Considerar a situação de crise como oportunidade de crescimento pessoal significa ultrapassar a tradicional dicotomia entre crises «normais» e crises «acidentais» do desenvolvimento. Trata-se de estruturar a metodologia de intervenção, não em termos de quadros pré-estabelecidos ⁽¹⁾, mas sim em função da epistemologia natural do cliente (nível de sofisticação sócio-cognitivo) na sua articulação com o meio circundante e o seu projecto de vida.

Onde provavelmente mais se acentuam as diferenças é no estatuto epistémico atribuído ao cliente, na possibilidade que o cliente tem de utilizar o conhecimento sobre a actividade desenvolvida pelo terapeuta para a transformação do conhecimento dos seus processos cognitivos, no fundo, na liberdade de construção desses processos e realidade pessoal sem ser constrangido pela autoridade epistemológica última representada pelo terapeuta. Tanto as terapias breves (de tradição analítica, comportamentais ou cognitivas) como as intervenções de crise, ao proporem modelos de abordagem em que o conhecimento flui quase exclusivamente num sentido unidireccional (do terapeuta para o cliente) coarctam a liberdade do cliente relegando-o a um estatuto epistémico secundário. Ora, o acesso a níveis superiores de desenvolvimento, a flexibilidade das estratégias de descentração e de compensação, que se configuram na abertura a novos possíveis, promove o cliente como terapeuta de si próprio, facultando-lhe o acesso à **auto-gestão psicológica** ao entender o processo terapêutico como um processo em que se aprende a aprender. E estamos novamente face à questão dos efeitos a longo termo das terapias ditas breves.

Sintetizando, aquilo que nos parece diferenciar os modelos cognitivos que privilegiamos de outras terapias breves é quanto *a)* aos objectivos da terapia — remoção de sintomas sim, mas fazendo sempre apelo aos sistemas de significação do cliente no sentido do papel que estes desempenham na compreensão das

situações problemáticas e na forma de as ultrapassar, *b)* estruturar a intervenção em função das capacidades sócio-cognitivas do cliente, *c)* auxiliar o cliente a abandonar, não reprimindo, padrões habituais de respostas emocionais aos estímulos, em favor de outros mais adaptativos, no sentido de promover o crescimento do cliente em termos da adopção de padrões flexíveis de respostas emocionais (Malatesta e Izard, 1984), *d)* acentuar o papel activo e participante do terapeuta num contexto dialéctico colaborativo e de cooperação com um cliente ao qual é atribuído um elevado estatuto epistémico.

Reconhecer que as formas tradicionais das terapias cognitivas são por definição terapias breves não significa que outros desenvolvimentos destas terapias hoje em dia, não adquiram um formato mais prolongado, nomeadamente Guidano e Liotti (1983, 1985), Mahoney (1985), perspectivas em que a média de intervenção atinge o ano e meio, dois anos. Finalizaremos, afirmando que atribuir um forte estatuto epistémico ao cliente significa não só respeitar, utilizando em benefício da progressão terapêutica o seu conhecimento, como também promover a sua participação activa nas decisões relativas ao alcance das modificações que se pretendem, com a inerente consequência a nível da duração do processo terapêutico.

BIBLIOGRAFIA

- BECK, A. T. (1976) — *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- BECK, A. T., & EMERY, G. (1985) — *Anxiety disorders and phobias*. New York: Basic Books.
- BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F., & EMERY, G. (1979) — *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- ELLIS, A. (1962). — *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, New Jersey: Citadel Press.
- GUIDANO, V. F., & LIOTTI, C. (1983). — *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford Press.
- GUIDANO, V. F., & LIOTTI, G. (1985) — A constructivist foundation for cognitive therapy. Em M. J. MAHONEY & A. FREEMAN (Eds.). *Cognition and psychotherapy*. New York: Plenum.
- HOCH, P. H. (1965) — Short-term versus long-term therapy. In L. R. WOLBERG (Ed.), *Short-term psychotherapy*. New York: Grune E Stratton.

(1) Relativos ao que é normal vir a verificar-se em situações semelhantes.

- JOYCE-MONIZ, L. (1981) — From decentration to compensation: toward a cognitive-constructivist therapy. Comunicação apresentada no First European Meeting on Cognitive-Behavioral Therapies, Lisboa.
- JOYCE-MONIZ, L. (1985a) — Epistemological therapy and constructivism. Em M. J. MAHONEY & A. FREEMAN (Eds.), *Cognition and Psychotherapy*. New York: Plenum.
- JOYCE-MONIZ, L. (1985b) — Perspectivas desenvolvimentalistas em terapias cognitivas. Comunicação apresentada no I Congresso Português de Terapia Comportamental, Coimbra.
- KOSS, M. P., BUTCHER, J. N., & STRUPP, H. H. (1986) — Brief Psychotherapy methods in clinical research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 1, 60-67.
- MAHONEY, M. J. (1980) — Psychotherapy and the structure of personal revolutions. Em M. J. MAHONEY (Ed.), *Psychotherapy process: current issues and future directions*, New York: Plenum.
- MAHONEY, M. J. (1982) — Psychotherapy and human change processes. Em J. H. HARVEY & M. M. PARKS (Eds.), *Psychotherapy research and behavior change*. The Master Lecture Series (vol. 1). Washington D. C.: A. P. A.
- MAHONEY, M. J. (1985) — Psychotherapy and human change processes. Em M. J. MAHONEY & A. FREEMAN (Eds.), *Cognition and Psychotherapy*. New York: Plenum.
- MALAN, D. H. (1976) — *The frontier of brief psychotherapy*, New York: Plenum.
- MALATESTA, C. Z., & IZARD, C. E. (1984) — *Emotion in adult development*, Beverly Hills: Sage Publications.
- MELZACK, R. & WALL, P. D. (1982) — *The challenge of pain*, New York: Basic Books.
- SANK, L. I., & SHAFFER, C. S. (1984) — *A therapist's manual for cognitive behavior therapy in groups*. New York: Plenum.
- TAYLOR, S. (1983) — Adjustment to threatening events: a theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 11, 1161-1173.
- THORENSEN, C. E., & MAHONEY, M. J. (1974) — *Behavioral self-control*, New York: Holt, Rinehart & Winston.
- TURK, D. C., MEICHENBAUM, D., & GENEST, M. (1983) — *Pain and behavioral medicine: a cognitive-behavioral perspective*, New York: Guilford.
- VASCO, A. B. (1985) — *Filosofia da ciência e psicologia: perspectivas epistemológicas em psicoterapia*. Prova de aptidão pedagógica e capacidade científica. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- VASCO, A. B., HENRIQUES, A. P., SANTOS, M. C. (1986) — Fundamentos teóricos, formação e implantação institucional da Associação Portuguesa de Terapias Comportamental e Cognitiva (APTCC), *Journal de Psicologia*, 5, 2, 21-27.
- VINEY, L. L., CLARKE, A. M., BUNN, T. A., & BENJAMIN, Y. N. (1985) — Crisis-intervention counseling: an evaluation of long and short-term effects. *Journal of Counseling Psychology*, 32, 1, 29-39.
- WOLBERG, L. R. (Ed.) (1965) — *Short-term psychotherapy*, New York: Grune & Stratton.

RESUMO

Depois de abordarem a evolução histórica do conceito de «terapias breves» e de o caracterizarem tanto em termos de conteúdos como em termos de limites temporais, os autores referem-se a alguns dos problemas metodológicos associados à questão da sua eficácia terapêutica. Salienta-se que as características estruturais das terapias cognitivo-comportamentais (focus, metodologias de intervenção e limites temporais) permitem colocá-las dentro da categoria de terapias breves bem como diferenciá-las de outros tipos de terapia igualmente breves (i.e., psicodinâmicas e comportamentais). Finaliza-se, salientando que nos modelos epistemológicos de terapia cognitiva as decisões relativas à durabilidade do processo são um resultado das características e objectivos dos clientes dado entender-se que o processo terapêutico é um espaço de crescimento pessoal no sentido da «auto-gestão» psicológica daqueles.

ABSTRACT

After focusing on the historical evolution of the concept of «brief therapy» and characterizing it both in terms of content and temporal limits, the authors stress some of the methodological problems associated with its efficacy. It is also stressed that the structural features of cognitive-behavioral therapy (focus, methodologies of intervention, and temporal limits) afford classifying it as a form of brief therapy as well as differentiating it from other forms of brief therapy (i.e., psychodynamic and behavioral). It is also argued, from the standpoint of epistemological cognitive therapy, that the decisions regarding durability of the therapeutic process should be a result of clients' characteristics and goals since psychotherapy is understood as a process of personal growth toward psychological «self-management».