

EFEITO DA PESSOA

John K. Wood *

RESUMO

O processo psicoterapêutico, bem sucedido consiste numa integração do(a) terapeuta e sua técnica, do(a) cliente e sua urgência para mudar, e a relação que eles(as) criam juntos(as). Este artigo explora esta totalidade e sugere que ela seja estudada como um todo, em relação às grandes linhas de psicoterapia e em relação às várias culturas.

Em 1929, W. H. Gantt e outros (1966) identificaram "o efeito da pessoa", mostrando que, pelo simples fato de entrar num canil, uma pessoa podia provocar nos animais profundas alterações no ritmo cardíaco e na pressão sanguínea.

Cada um de nós conhece, por experiência própria, este efeito nos seres humanos. Quando encontramos uma pessoa que detestamos, tememos, temos pena; alguém de quem gostamos muito ou estamos tremendamente apaixonados, sentimos um excitamento inconfundível.

Neste artigo gostaria de explorar o efeito de uma pessoa sobre outra no contexto especial da psicoterapia. Em outras palavras, o que seria o efeito da relação humana em psicoterapia? Usando a definição de "relacionamento" proposta por Gelso e Carter (1985), — qual seria o efeito "dos sentimentos e atitudes que os participantes de aconselhamento têm um para com o outro, e qual a maneira como o expressam" ?

A abordagem centrada-no-cliente aplicada à psicoterapia é talvez a que mais tem falado sobre o relacionamento terapêutico. Rogers (1951) escreve: "Considera-se o processo de

(*) Departamento de Pós-Graduação em Psicologia — PUCCAMP.

terapia como sendo sinônimo de relacionamento experiencial entre cliente e terapeuta. Terapia consiste em experimentar o self numa vasta gama de possibilidades, num relacionamento emocionalmente significativo com o terapeuta. As palavras – tanto do cliente como do conselheiro – são vistas como tendo uma importância mínima em comparação com o relacionamento emocional real existente entre os dois”.

Seeman (1954) registrou que o êxito em psicoterapia estava intimamente associado com sentimentos fortes e crescentes de apreciação mútua entre o terapeuta e o cliente. A partir do seu projeto de pesquisa com pacientes esquizofrênicos, Rogers e seus colegas (1967) escrevem: “Em terapias bem sucedidas há uma correlação positiva significativa entre as avaliações do relacionamento feitas pelo paciente e pelo terapeuta, enquanto em casos não tão bem sucedidos, os depoimentos do paciente e do terapeuta são mais divergentes, numa correlação negativa entre si”. Alguns dos seguidores de Rogers consideram como sua mais alta conquista esta ênfase na relação. “A maior contribuição de Rogers”, escreve Farson (1974), “não foi a de nos dar uma técnica para consertar as pessoas, mas a de criar uma nova forma, uma nova definição de relacionamento na qual as pessoas podem funcionar mais integralmente e serem mais auto-determinadas.”

Embora outros tenham sido entusiastas exagerados desta contribuição, o próprio Rogers parece, ironicamente, tê-la subestimado. Talvez no seu zelo em estabelecer a autoridade do terapeuta como o agente ativo numa terapia efetiva, ele tenha largamente ignorado a parte do cliente no relacionamento terapêutico e por isso mesmo o próprio relacionamento. Hoje, sua atitude não é muito diferente de quando ele escreveu: “Na terapia centrada-no-cliente estamos profundamente engajados numa previsão e influência do comportamento. Como terapeutas nós instituímos certas condições de atitudes e o cliente tem relativamente uma pequena voz no estabelecimento destas condições...” (1961, p. 449).

Contrariamente às opiniões de Rogers, esta influência do cliente parece bem longe de ser insignificante. Moos e MacIntosh (1970), por exemplo, ao estudarem vários terapeutas trabalhando com vários clientes, verificaram que a empatia era na maior parte das vezes influenciada pelo cliente e pela situação, do que pelo terapeuta.

Stoler (1963) mostrou que a "apreciabilidade" do cliente está associada com o sucesso na terapia. Dittes (1957) mostrou justamente quão sensível é o cliente usando o reflexo psicogalvânico para medir reações ansiosas, ameaçadas ou de alerta. Esse estudo mostrou que quando as atitudes do terapeuta se tornam, ainda que levemente, menos aceitadoras, o número de GSR abruptos tende a crescer significativamente.

Sem dúvida, um relacionamento depende de todas as partes envolvidas, e a parte do terapeuta, ainda que não onipotente também é importante na relação terapêutica. Os comportamentalistas, embora não sejam renomados por seu interesse na relação terapêutica, ainda assim reconheceram as qualidades dos terapeutas e clientes no processo terapêutico. Por exemplo, Bandura (1956), que examinou a ansiedade no terapeuta. Ele verificou que uma ansiedade alta no terapeuta estava relacionada com uma menor competência, sugerindo que poderia haver uma correlação entre as atitudes e sentimentos do terapeuta e o sucesso na terapia.*

Existem fortes indicações de que as atitudes do terapeuta influenciem a terapia (independentemente da orientação ou treinamento do terapeuta). Quando Truax e Mitchell (1971) revisaram toda a evidência publicada sobre a efetividade da psicoterapia, não puderam concluir que a terapia, em média, fosse efetiva. No entanto, eles concluíram, sim, que, independente da sua orientação, o terapeuta que é empático, genuíno e se abstém de fazer julgamentos sobre o cliente, é efetivo.

(*) É claro que isso poderia também ilustrar meramente uma noção do senso comum, de que terapeutas do mesmo modo que advogados, professores ou motoristas de táxi, que forem menos competentes no seu trabalho, serão mais ansiosos.

Num estudo dirigido mais especificamente para o nosso interesse aqui, Bandura e seus colegas David Lipsher e Paula Miller (1960) descobriram que as atitudes do terapeuta sobre hostilidade, por exemplo, influenciam a experiência do cliente na terapia. Terapeutas que expressem hostilidade diretamente e que tenham menos necessidade de aprovação irão provavelmente, segundo os resultados das pesquisas, ser um fator de encorajamento para que o cliente expresse sua hostilidade. Os clientes parecem acompanhar a liderança do terapeuta. Também estarão mais propensos a abandonar seu interesse em hostilidade ou redirecioná-la de acordo com a tendência do terapeuta em evitar o assunto.

Parece que se poderia progredir no entendimento efetivo da terapia, estudando os "fatores não específicos" envolvidos neste relacionamento especial entre o psicoterapeuta e o cliente. O que será que existe entre o terapeuta e o cliente que resulta numa terapia bem sucedida ?

Antes de prosseguirmos deve-se notar que os não-humanos, isto é, os computadores, reuniram uma coleção impressionante de programas de tratamento psicoterapêutico. Algumas vezes os computadores foram usados em combinação com terapeutas humanos e outras vezes eles trabalharam sozinhos. Existem computadores baseados em abordagens que focalizam a solução de problemas para os conflitos humanos, baseados em teologia cristã para aconselhamento pastoral, baseados no incentivo aos sentimentos, e mesmo em princípios cognitivos. Existe até mesmo um programa de aconselhamento a viciados em tabaco, através de correspondência postal, para ajudá-los a abandonar o hábito de fumar.

Joseph Weizenbaum (1976) desenvolveu um dos primeiríssimos programas de computador para aconselhamento. O programa se chamava DOCTOR e era capaz de uma reflexão e sondagem sofisticadas dos sentimentos e pensamentos do cliente. Quando Weizenbaum quis adicionar equipamentos para o armazenamento dos vários tópicos que os pacientes estavam trazendo ao DOCTOR, estes mesmos pacientes se recusaram

obstinadamente em concordar com esta mudança. Eles não queriam nem suas preocupações particulares ventiladas nem sua relação íntima com o "terapeuta" perturbada.

Alguns pacientes manifestaram uma apreciação maior pelo computador do que pelo terapeuta humano que também os atendia. Alguns confidenciaram coisas ao computador que não contaram ao homem. Essa não é uma relação importante entre paciente e "terapeuta"? Para testar a hipótese sugerida posteriormente neste artigo, poderia ser proveitoso estudar as qualidades de relacionamento de certos programas de computador. E também, talvez os computadores possam ser empregados utilmente como controle nos estudos de relacionamento humano terapêutico.

O relacionamento sempre fez parte, de um jeito ou de outro, do tratamento psicoterápico. Compreensão, interesse, aceitação, encorajamento — quando é que não figuraram entre as ferramentas daqueles que curam? Em épocas mais recentes, Freud combinou as noções de Charcot (que eventos da vida afetam a personalidade e os problemas psicológicos do paciente) e as noções de William James (que o mundo subjetivo e pessoal do paciente é central para a saúde psicológica) numa prática que incluía uma relação profunda e leal com o paciente. (Drinka, 1984).

Visto que Freud nos forneceu as raízes, talvez não seja surpreendente que modernos terapeutas de todas as crenças sustentem, como crucial para o processo de cura, as qualidades humanas do terapeuta e a relação entre ele ou ela e o paciente.

E de fato é assim, não-somente para os assim chamados terapeutas humanistas, que foram os que mais promoveram o relacionamento, mas também para os terapeutas psicoanalíticos e comportamentais. Como escreve o psicoanalista Hans Strupp (1983), "... é a qualidade do relacionamento entre paciente e terapeuta que, na minha opinião, determina o destino do empreendimento terapêutico".

Nacht (1971), uma psicoanalista também, diz: "Parece-me que, o que é importante... não é tanto o que o analista

diz, quanto o que ele é. É precisamente o que ele é em profundidade do seu ser — sua disponibilidade real, sua receptividade e sua aceitação autêntica do que o outro é — que dá valor, pungência e efetividade ao que ele diz... A comunicação entre um inconsciente e o outro, que se estabelece na relação de transferência entre terapeuta e paciente, permite ao último perceber a atitude de profunda benevolência do médico”.

Um outro analista, Langs (1976) escreve: “O terapeuta, num certo sentido da palavra, deve amar o paciente. Não há dúvida quanto a isso. Este é um tipo de amor controlado, ou como é chamado, sublimado. Expressa-se através da consideração e do desejo de cuidar e de curar o paciente. Expressa-se através do estabelecimento do clima apropriado para o tratamento e em todos os esforços interpretativos do terapeuta”.

Greenson (1967) diz: “Para o analista trabalhar efetivamente e feliz no campo da psicanálise é importante que suas atitudes advenham essencialmente da sua relação real com o paciente... O analista deve ser uma pessoa que possa empatizar e sentir compaixão sinceramente e ainda assim usar de moderação. É necessário às vezes infligir dor, para permitir ao paciente agüentar o sofrimento. Tampouco pode ser conseguido o tratamento psicanalítico numa atmosfera de inquebrantável severidade, num desligamento gelado, ou numa jovialidade prolongada. O analista deve ser capaz de combinar e oscilar entre suas funções bipolares, de analisar dados e tratar dos doentes e sofredores”.

De acordo com O’Leary e Wilson (1974), “Em terapia comportamental a conceptualização do relacionamento terapeuta-cliente é diferente da maioria das abordagens tradicionais, mas é claramente importante. Não se assume que o cliente sempre transfira modos significantes de interação com outros, tais como com membros familiares, para o terapeuta. Similarmente, não se sente que as mudanças no relacionamento terapeuta-cliente necessariamente se transfiram para seus relacionamentos com outras pessoas significantes, como marido, mulher, amigos ou filhos. Conseqüentemente, o relacionamento terapeuta-cliente não é visto como a essência da terapia. Mais exatamen-

te, o relacionamento desenvolvido entre um terapeuta comportamental e seu cliente é visto como um fator facilitativo na produção de mudanças com outras pessoas significativas. Assim, quanto melhor for o relacionamento terapeuta-cliente, tanto mais provável, acreditável e persuasiva será sua capacidade de promover mudanças no cliente”.

“É de primordial importância”, escrevem Wolpe e Lazarus (1968), “mostrar empatia e estabelecer um relacionamento confiável. O paciente deve ser inteiramente respeitado como um ser humano nosso semelhante... Pode ser desejável adiar o uso de procedimentos específicos de anti-condicionamento quando houver razões para se acreditar que o paciente necessita desabafar-se ou precisa iluminação ou reafirmação... Nós nos permitimos admoestar nossos colegas cientistas comportamentais que... imaginam que se poderia passar sem tais processos pessoais de influência.”

Observadores também notaram o efeito do relacionamento em terapia comportamental. Num estudo de clientes tratados por terapeutas de orientação comportamentalista, Ryan e Gizynski (1971) relataram que “Os pacientes sentiram... que a maioria dos elementos universalmente úteis nas suas experiências foram a calma do terapeuta, o escutar solidário, o suporte e aprovação, conselhos, e a ‘crença’.” Os pacientes estavam claramente envolvidos na relação terapêutica com seus terapeutas. Uma paciente, por exemplo, estava satisfeita por sentir que sua terapia estivesse completa, mas estava “querendo ficar porque eu senti que (a terapeuta) estava envolvida comigo e que eu poderia machucá-la se a deixasse... eu achava que ela ficaria desapontada comigo”. Uma outra observou que – “senti que ele (o terapeuta) precisava achar que tinha sido um sucesso.”

Uma moça, nesse mesmo estudo, superou sua fobia ao mostrar à sua terapeuta (que ela considerava uma pessoa calorosa e sensível como seu irmão) que “sou realmente corajosa”. Uma jovem nos seus vinte e poucos anos pensava que sua “terapeuta de meia idade era do tipo de mãe para quem valia a pena a gente ser boazinha.”

Em terapia comportamental a percepção da relação terapêutica por parte do cliente também está relacionada com os ganhos do mesmo, como foi mostrado pela pesquisa (Ford, 1978). Os resultados desse estudo também deram suporte à noção que o relacionamento, e não a técnica específica usada, influencia o resultado. O mesmo terapeuta, nesta pesquisa, podia "estabelecer uma comunicação efetiva, tanto fazendo intervenções sistemáticas cognitivas e comportamentais quanto focalizando exclusivamente em: oferecer um suporte emocional não-diretivo".

Embora terapeutas destas três principais orientações psicanalítica, comportamental e digamos, humanista, reconheçam a importância do relacionamento, elas diferem exatamente em quão importante ele é para o sucesso da terapia. Qual é sua importância, afinal ?

Aproximadamente dois terços dos pacientes neuróticos em terapias fora do hospital, em qualquer orientação, apresentam uma melhora notável (Bergin e Lambert, 1978). Isso indica que todas as abordagens estão funcionando". Será o relacionamento, que é o que elas todas têm em comum, talvez a influência oculta em cada uma das abordagens ?

Num estudo comparativo entre psicoterapia e terapia comportamental, Sloane e seus colegas (1975) verificaram que em três grupos de pacientes, um recebendo terapia psicanalítica, o segundo, terapia comportamental, e o terceiro, que consistia de pacientes que meramente se inscreveram numa lista de espera, todos "melhoraram significativamente quanto à gravidade dos seus sintomas objetivados."

Não houve diferença significativa no montante de melhora entre os grupos de psicoterapia psicanalítica e terapia comportamental. Entretanto, ambos os grupos tratados melhoraram significativamente mais do que o grupo de espera que recebeu muitos dos fatores não-específicos da psicoterapia: "uma longa entrevista inicial, a promessa de ajuda e a expecta-

tiva de melhora, acesso à ajuda numa crise, e uma relação contínua (ainda que muito breve, superficial e não intencionalmente terapêutica) com uma pessoa interessada”.

Embora o estilo dos terapeutas tanto na abordagem psicanalítica quanto comportamental, fosse bem diferente (por exemplo, os comportamentalistas eram mais diretivos e falavam mais)”... os clientes bem sucedidos em ambas as terapias consideraram como a parte mais importante dos seus tratamentos a interação pessoal com o terapeuta”.

Em terapia psicanalítica, os pacientes que melhoraram mais eram os mais apreciados por seus terapeutas, eram os que se assemelhavam mais ao seu tipo usual de paciente, os que eram considerados “adequados” para tratamento.

Na terapia comportamental, os pacientes que melhoraram mais tiveram terapeutas que “se sentiam confortáveis com eles e os consideravam interessantes”.

Assim, vê-se que há fatores num relacionamento que favorecem um melhor aproveitamento para pessoas psicologicamente problemáticas. Mas é o relacionamento especial com um **terapeuta**, uma pessoa com uma abordagem, mas não a própria abordagem, que parece promover os melhores resultados.

Dois conjuntos de fatores primordiais parecem estar envolvidos no sucesso terapêutico; um se apoia no terapeuta e sua experiência; e o outro reside no cliente, sua prontidão e sua habilidade em formar um relacionamento mutuamente satisfatório.

Greenson (1967) propôs uma descrição de etapas do relacionamento que ocorrem no processo terapêutico e que podem ajudar a estudá-lo. Ele divide a relação cliente-terapeuta em três partes: a “aliança para o trabalho”, a “relação de transferência” e o “relacionamento real”.

Gelso e Carter (1985) resumem assim esta divisão: “aliança para o trabalho” o terapeuta provê as condições Roge-rianas bem conhecidas de empatia, aceitação e congruência, têm um “lado observador bem desenvolvido como também uma

capacidade de modular seus sentimentos para com o cliente tentando compreendê-los... ele experimenta uma preocupação profissional consistente e compassiva e tem um comprometimento permanente com o trabalho". O cliente deve ser capaz de formar relações, confiar, assumir responsabilidade por seu papel no processo terapêutico.

Uma quantidade considerável de pesquisa de abordagem centrada-no-cliente já determinou a relação entre estas atitudes do terapeuta, juntamente com a conscientização do cliente quanto a elas, e o sucesso na terapia (Rogers, 1965). Terapias psicanalíticas tanto de curta duração (Hartley e Strupp, 1982), quanto de longa duração (Luborsky et al, 1983; Morgan et al, 1982), mostraram em seus estudos que indicações precoces de uma boa aliança de trabalho podem prognosticar sucesso nos resultados.

A transferência, de acordo com Gelso e Carter (1985), é "uma repetição de conflitos passados (usualmente, ainda que nem sempre, tendo origem na infância) com outras pessoas significativas de uma maneira que sentimentos, comportamentos e atitudes que pertenciam apropriadamente a esses relacionamentos anteriores são deslocados... para o terapeuta".

A transferência, ainda que considerada um erro, não é considerada má. Na análise pode se tornar o material central de trabalho. Nas abordagens humanistas, ela é usualmente, simplesmente aceita. Nas abordagens comportamentais ela pode ser ignorada. Surpreendentemente, Graff e Luborsky (1977) descobriram que em casos bem sucedidos de análise, a transferência realmente **aumentou** no correr da análise. Estudos de clientes tratados por conselheiros ecléticos num centro de aconselhamento de uma universidade (Adelstein, 1983), de clientes em terapias comportamentais bem sucedidas (Ryan e Gizynski, 1971) e mal sucedidas (Rhoads e Feather, 1972), encontraram evidência de que a transferência desempenha um papel no resultado da terapia. Nos casos mal sucedidos de terapia comportamental, uma transferência negativa foi indiciada pelos revisores.

Langs (1974) define contra-transferência como toda e qualquer resposta ao cliente, da parte do terapeuta, que "gratifique suas necessidades preferivelmente aos esforços terapêuticos do paciente". Peabody e Gelso (1982) verificavam que os conselheiros que relatavam mais sentimentos de contra-transferência para com seus clientes também tendiam a ser mais empáticos.*

Gelso e Carter (1985) sustentam que reações de transferência e contra-transferência ocorrem em todas as terapias de todas as orientações teóricas, independentemente da duração do tratamento.

No "relacionamento real" (Greenson, 1967, 1971) as percepções e reações genuínas e realistas dos participantes (que não forem distorcidas pela transferência) são compartilhadas com o outro.

O estado de consciência envolvido neste relacionamento real não foi bem estudado, mas se fizeram conjecturas sobre o assunto. Mahrer (1983), por exemplo, o define como o experienciar concomitante da relação e, ao mesmo tempo, o observá-la à distância. Gelso e Carter (1985), os mais recentes apologistas da teoria do relacionamento terapêutico, rejeitam esta noção. Quer convenha às demandas filosóficas ou não, na habilidade (do terapeuta e cliente) de experimentar dois estados aparentemente contraditórios ao mesmo tempo, é possível que resida o coração do processo terapêutico.

Em observações de processos de grupo (Wood, 1984), notou-se que as pessoas ("terapeutas" e "clientes") quando estão participando de um momento criativo de solução de problemas, clareando suas emoções, ou enfrentando o perigo, parecem estar numa relação íntima com cada um dos outros, caracterizada por um estado de consciência no qual cada pessoa é, paradoxalmente, fortemente auto-assertiva (autonomia) e ao

(*) A respeito de contra-transferência, as definições não são claras. Peabody e Gelso aparentemente consideram contra-transferência como sentimentos conscientes (o que faria da empatia uma tautologia, na sua pesquisa). Outros, por exemplo, Bion (1975, p. 88), consideram contra-transferência como "os sentimentos inconscientes do analista quanto ao paciente".

mesmo tempo se rende à verdade essencial da experiência dos outros (humildade).

Terapeutas centrados-no-cliente, embora não reconheçam a forma cambiante das suas abordagens em psicoterapia, que as põe em dia com os novos tempos e as peculiaridades culturais, podem, ainda assim, serem vistos como tendo modificado suas abordagens para encarar estas mudanças. A abordagem "não-diretiva" foi substituída pela "reflexão de sentimentos", que foi modificada pelos grupos de encontro e o "experienciar" que foi sucedido pelos encontros de grandes grupos, e assim por diante. A esse respeito, Wood (1982) escreve: "Sobreviver às formas cambiantes da terapia através dos anos permanece uma constância interna nos terapeutas centrados-na-pessoa: o desejo de se engajar (de uma maneira facilitativa) na luta pela liberação do 'cliente' e a vontade ser transformado(a) pela sua própria experiência na relação com o 'cliente'".

Uma afirmação teórica fundamental sobre o relacionamento terapêutico (que inclui tanto pequenos e grandes grupos quanto situações de duas pessoas chamadas "terapia individual"), derivou-se da orientação da terapia centrada na pessoa, mas talvez possa ter uma aplicação generalizada, que seria a seguinte:

"Quando pessoas (algumas chamadas por vezes de terapeutas, facilitadores, organizadores, e outros chamados clientes, membros do grupo, participantes) apresentam uma certa prontidão nos seus relacionamentos, se reorganizam capacidades e percepções mais complexas dentro dos indivíduos e no coletivo."

Esta prontidão no terapeuta pode ser caracterizada como a **habilidade** para transladar facilmente entre sentimentos e idéias, ser congruente no relacionamento com os outros, experimentar uma consideração positiva incondicional para com eles, uma compreensão empática com o sistema de referência interno alheio e segui-lo intuitivamente sem necessariamente "entendê-lo". Ser capaz de viver no momento, com incerteza e dúvida, seguir intuitivamente as expressões do "organismo coletivo" — em cada expressão ser capaz de seguir, liderar, ou perma-

necer quieto, cooperando com a criatividade do momento. E mais, uma disposição de ser guiado(a) e até mesmo modificado(a) por sua própria experiência interna do(s) relacionamento(s), viver completamente no momento presente e ao mesmo tempo manter uma perspectiva dos eventos a longo prazo, também é parte desta prontidão.

Prontidão no cliente inclui uma disposição de ser modificado(a) por sua experiência direta e desenvolver a habilidade de focalizar seu mundo interno e o mundo interno de outros.

Como concluiremos? Alguns terapeutas são mais efetivos na prática da sua arte do que outros. Mas, também alguns clientes tem mais êxito do que outros com o mesmo terapeuta. No geral, nenhuma terapia se mostrou mais efetiva que as outras. Terapia é, pois, uma relação entre pessoas que depende dos indivíduos envolvidos e da atividade, para realizar seus propósitos. O terapeuta com sua técnica, o cliente com sua urgência para mudar, e a relação que eles vivem a dois, tudo junto para formar o todo. Será que não se poderia delinear métodos de pesquisas para estudar este evento na sua totalidade no âmbito das grandes linhas da psicoterapia e em relação às várias culturas?

ABSTRACT

The successful psychotherapeutic process consists of a therapist with his or her technique, a client with his or her urgency to change, and the relationship that they create together. This article explores this totality and suggests it be studied as a whole, across the major lines of psychotherapy and across cultures.

REFERENCES

ADELSTEIN, D.; GELSO, C.; HAWS, J.; REED, K. & SPIEGEL, S., The change process following time-limited

- therapy. In C. J. Gelso & D. H. Johnson, **Explorations in time-limited counseling and psychotherapy**, NY: Teachers College Press, 1983, pp. 63-81.
- BANDURA, A., Psychotherapist's anxiety level, self-insight, and psychotherapeutic competence. **Journal of Abnormal and Social Psychology**, 1956, Vol. 52, pp. 333-337.
- BANDURA, A.; LIPSHER, D. H.; MILLER, P. E., Psychotherapist's approach-avoidance reactions to patient's expressions of hostility. **Journal of Consulting Psychology**, 1960, Vol. 24, Nº 1, pp. 1-8.
- BERGIN, A.; LAMBERT, M., The evaluation of therapeutic outcomes. In S. Garfield & A. Bergin (eds.) **Handbook of psychotherapy and behavioral change: An empirical analysis**. NY: John Wiley, 1978.
- BION, W. R., **Brazilian lectures**, Vol. 2, Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda., 1975.
- DITTES, J. E., Galvanic skin response as a measure of patient's reaction to therapist's permissiveness. **Journal of Abnormal Social Psychology**, 1957, Vol. 55, pp. 295-303.
- DRINKA, G. F., **The birth of neurosis: Myth, malady and the victorians**, NY: Simon and Schuster, 1984.
- FARSON, R., Carl Rogers, quiet revolutionary. **Education**, 1974, Vol. 95, Nº 2, p. 201.
- FORD, J., Therapeutic Relationship in behavioral therapy: An empirical analysis. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 1978, Vol. 46, Nº 6, pp. 1302-1314.
- GANTT, W. H.; NEWTON, J. E. O.; ROYER, F. L., et al, Effect of person, **Conditioned Reflex**, 1966, Vol. 1, pp. 18-35.
- GELSO, C. J.; CARTER, J. A., The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents, **The Counseling Psychologist**, 1985, Vol. 13, Nº 2, April, pp. 155-243.
- GRAFF, H.; LUBORSKY, L. L., Long-term trends in transference and resistance: A report on a quantitative-analytic

- method applied to four psychoanalyses. **Journal of the American Psychoanalytic Association**, 1977, Vol. 25, pp. 471-490.
- GREENSON, R. R., **The technique and practice of psychoanalysis Vol. 1**, NY: International Universities Press, 1967.
- GREENSON, R. R., The "real" relationship between the patient and the psychoanalyst. In M. Kanzer (ed.), **The unconscious today: Essays in honor of Max Schurr**, NY: International Universities Press, 1971, pp. 213-232.
- HARTLEY, D. E.; STRUPP, H. H., The therapeutic alliance: It's relationship to outcome in brief psychotherapy. In J. Masling (ed.) **Empirical studies of psychoanalytical theories Vol. 1**, Hillsdale, N. J.: Erlbaum, 1982, pp. 1-37.
- LANGS, R. J., **The bipersonal field**, NY: Jason Aronson, 1976.
- LANGS, R. J., **The technique of psychoanalytic psychotherapy Vol. 2**, NY: Jason Aronson, 1974.
- LUBORSKY, L.; CRITS-CHRISTOPH, P.; ALEXANDER, L.; MARGOLIS, M.; & COHEN, M., Two helping alliance methods for predicting outcome of psychotherapy. **Journal of Nervous and Mental Disease**, 1983, Vol. 171, pp. 480-491.
- MAHRER, A. R., **Experiential psychotherapy: Basic practices**, NY: Bruner/Mazel, 1983.
- MORGAN, R.; LUBORSKY, L.; CRITS-CHRISTOPH, P.; CURTIS, H., & SOLOMON, J., Predicting the outcome of psychotherapy by the Penn Helping Alliance Rating Method. **Archives of General Psychiatry**, 1982, Vol. 39, pp. 397-402.
- MOOS, R. H.; MACINTOSH, S., Multivariate study of the patient-therapist system: A replication and extension. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 1970, vol. 35, pp. 298-307.

- NACHT, S., Reflections on the evolution of psychoanalytic knowledge. *International Journal of Psychoanalysis*, Vol. 50, p. 597.
- O'LEARY, K. D.; WILSON, G. T., **Behavior therapy: Application and outcome.** Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall, 1975.
- PEABODY, S. A.; GELSO, C. J., Countertransference and empathy: The complex relationship between two divergent concepts in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 1982, Vol. 29, pp. 240-245.
- RHOADS, J. M.; FEATHER, B. F., Transference and resistance observed in behavior therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 1972, Vol. 25, pp. 99-103.
- ROGERS, C. R., **Client-centered therapy.** Boston: Houghton Mifflin, 1951.
- ROGERS, C. R., The place of the person in the new world of the behavioral sciences. *Personnel and Guidance Journal*. 1961, Vol. 39, pp. 442-451.
- ROGERS, C. R., The therapeutic relationship: Recent theory and research. *Australian Journal of Psychotherapy*, 1965, Vol. 17, Nº 2.
- ROGERS, C. R.; GENDLIN, E. T.; KIESLER, D. J. & TRUAX, C. B., **The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics.** Madison: University of Wisconsin Press, 1967.
- RYAN, J. L.; GIZYNSKI, M. N., Behavior therapy in retrospect: Patient's feelings about their behavior therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1971, Vol. 37, nº 1, pp. 1-9.
- SEEMAN, J., Counselor judgements of therapeutic process and outcome. In C. R. Rogers & R. F., Dymond (eds.) **Psychotherapy and personality change.** Chicago: University of Chicago Press, 1954.

- SLOANE, B., STAPLES, F., CRISTOL, A., YORKSTON, N. & WHIPPLE, K., **Psychotherapy versus behavior therapy**, Harvard University Press, 1975.
- STOLER, N., Client likability: A variable in the study of psychotherapy. **Journal of Consulting Psychology**, 1963, Vol. 27, Nº 2, pp. 175-178.
- STRUPP, H. H., Psychoanalytic psychotherapy. In M. Hersen & A. E. Kazdin & A. S. Bellack (eds.), **Clinical Psychology Handbook**, NY: Pergamon Press, 1983, pp. 471-487.
- TRUAX, C. B.; MITCHELL, K. M., Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. In A. E. Bergin & S. L. Garfield, (eds.), **Handbook of psychotherapy and behavior change**, NY: John Wiley and Sons, 1971.
- WEIZENBAUM, J., **Computer power and reason: From judgement to calculation**. NY: W. H. Freeman, 1976.
- WOOD, J. K., Person centered group therapy. In G. Gazda (ed.) **Basic approaches to group psychotherapy and group counseling**. Springfield, Illinois: Charles Thomas, 1982.
- WOOD, J. K., Communities for learning. In R. Levant & J. Shlien (eds.), **Client-centered therapy and the person centered approach: New directions in theory, research, and practice**, NY: Praeger Publications, 1984.