

# TRATAMENTOS MANUALIZADOS: PSICÓLOGOS MATEMÁTICOS?

Martha Wallig Brusius Ludwig  
Marlene Neves Strey  
Margareth da Silva Oliveira

Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)  
Endereço eletrônico: marthaludwig@hotmail.com

## Resumo

O objetivo deste artigo é discutir o fazer do psicólogo em relação à psicoterapia, no que tange aos tratamentos manualizados e os não manualizados, e no que diz respeito à relação terapêutica versus as técnicas. A partir da exposição de um caso, discute-se o “peso” das técnicas e da relação terapêutica para o sucesso de um tratamento psicoterápico. Para esta reflexão, discute-se o paradigma atual de ciência, em que são necessárias evidências palpáveis para comprovação da eficácia dos tratamentos, assim como as diferentes correntes de pesquisa em psicoterapia, a dos fatores específicos e a dos fatores inespecíficos. Aborda-se a questão de que as pesquisas em psicoterapia não lançam olhar sobre a pessoa do profissional, e se faz uma analogia entre a diferença entre epidemiologia e clínica e o uso de protocolos em psicologia versus o não uso, considerando a possibilidade de não termos a clareza total do que realmente funcionou no tratamento psicoterápico. O objetivo não é encerrar o tema, encontrando uma única verdade, mas sim questionar o trabalho e a formação do psicoterapeuta, uma vez que esta é uma prática que exige constante reflexão e capacidade de pensar.

**Palavras-chave:** psicoterapia, técnicas, relação terapêutica, medicina baseada em evidências.

“A realidade decisiva é o terapeuta e não os métodos. Sem métodos, se é um diletante. Sou a favor dos métodos, mas apenas para usá-los, não para acreditar neles.”  
(Martin Buber)<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Buber, Martin. *A believing humanism: gleanings* (tradução de M. S. Friedman). New York: Simon & Schuster, 1967.

## Introdução

Porque nós, psicólogos, pessoas que buscaram uma formação nas ciências humanas, que pressupõe uma flexibilidade, muitas vezes escolhemos uma verdade a ser seguida e ficamos agarrados nela, como se fosse uma religião, uma fé inquestionável? Parece que às vezes esquecemos a complexidade da mente e do sofrimento humanos, e agimos como matemáticos, que sabem exatamente o resultado esperado se utilizarmos uma ferramenta específica. Esquecemos a subjetividade humana, a individualidade de cada um, e que corremos o risco de não obtermos o resultado que esperamos, pois o mesmo depende de muitos fatores sobre os quais podemos não ter controle ou conhecimento.

Corroborando com esta ideia, Ferreira, Calvoso e Gonzáles (2002, p. 245). (2002, p. 245) referem que:

A ciência moderna apóia-se na idéia de uma realidade externa constituída fundamentalmente de regularidades, regidas por leis matemáticas independentes do sujeito do conhecimento. Assim, cria-se um mundo de certezas no qual podemos calcular a probabilidade de um evento aumentar ou diminuir tal probabilidade, e dessa maneira, asseguramos que os sucessos passados nos sirvam de guias para outros futuros.

O objetivo deste artigo é discutir o fazer do psicólogo em relação à psicoterapia, no que tange aos tratamentos manualizados e os não manualizados, e no que diz respeito à relação terapêutica versus as técnicas. Iniciaremos esta reflexão contando brevemente a história de uma menina atendida em psicoterapia, a qual será chamada carinhosamente de Flor. A partir do caso exposto, será discutido o “peso” das técnicas e da relação terapêutica para o sucesso de um tratamento psicoterápico. O objetivo não é encerrar o tema, encontrando uma única verdade, mas sim poder questionar o trabalho e a formação do psicoterapeuta, uma vez que esta é uma prática que exige constante reflexão e capacidade de pensar.

Era uma vez uma menina chamada Flor. Sua mãe tinha 11 filhos, de pais diferentes, e vivia com eles pela rua, pedindo esmola

nas esquinas. Fizesse chuva ou fizesse sol lá estava ela com seus “filhotes”. As crianças passavam fome, não tinham lugar adequado para fazer as necessidades físicas/biológicas – as quais muitas vezes eram feitas em garrafas pet –, e viviam sem banho, sem comida e com feridas por todo o corpo. Viviam, na verdade, como bichos. Depois de muito sofrimento para todos, aos quatro anos de Flor, sua mãe perdeu a guarda das crianças, as quais foram levadas para um abrigo pelo Conselho Tutelar. Para a sorte da Flor, uma senhora – aqui chamada Água, que conhecia a história de vida daquela mãe atrapalhada, resolveu cuidar da menina Flor. E assim o fez. Flor passou a ter uma casa, um lar, uma rotina organizada, uma cuidadora, roupas, escola, e como a própria Flor dizia “água quentinha no banho, coisa boa”. Passou a ter um lugar no mundo, um lugar na vida. Aquelas feridas na sua pele foram tratadas com banho quente e pomada que era espalhada na sua pele pela Senhora Água. Aqui já um paradoxo: até que ponto a cura das suas feridas se deu pelas propriedades químicas da pomada, e até que ponto se deu pelo contato físico, pelo olhar cuidadoso, pelo acariciar das suas feridas?

Aos sete anos, já com sua pele bem cuidada e livre das feridas, Flor chegou para atendimento psicológico. A queixa relacionava-se a sua agitação, “parece que tem o bicho carpinteiro”, dizia Água. Após a avaliação inicial do caso, foi identificada a necessidade de psicoterapia e iniciou-se o tratamento, que além de trabalhar o déficit de atenção e hiperatividade da menina, enfocou muito a melhora da qualidade da relação das duas. As sessões com Água tinham por objetivo psicoeducá-la sobre o déficit de atenção e hiperatividade e também sensibilizá-la em relação às faltas que a Flor tinha sofrido nos primeiros anos de vida e que certamente tinham deixado suas marcas. Desta forma, era preciso compreender sua história, proporcionar muito amor e segurança e ter um pouco mais de paciência com Flor.

Com a menina inicialmente, as sessões foram de muita exploração, com brincadeiras anteriores aquelas esperadas para a sua idade, sem organização, sem início, meio e fim. Gostava de desenhar, mas não finalizava os desenhos, tinha prazer em fazer comidinhas, sujando as panelas com as tintas tâmperas e com água. Numa destas sessões em que trabalhava-se com tinta, Flor pediu que a terapeuta deixasse ela pintar seu rosto de tinta. Neste momento, por alguns segundos, a terapeuta titubeou em aceitar. Vieram pensamentos como “estou de camisa branca, isso não vai

dar certo”, mas por outro lado, “acho que isso vai ser importante para ela, vamos viver isto juntas”. Com o aceite, Flor escolheu a têmpera preta e pintou calmamente todo o rosto da terapeuta, de forma que somente seus olhos ficaram de fora. Depois disso, pediu que a pegasse no colo e que ficassem as duas de frente para o espelho para fosse possível enxergarem-se as duas. Então o fizeram. Eram duas pessoas de pele negra, uma naturalmente e outra com o recurso da tinta têmpera. Foi um momento intenso da terapia e com certeza, das vidas desta terapeuta e desta menina.

Na sessão seguinte, a profissional foi surpreendida positivamente quando o encontro teve um andamento completamente diferente: Flor estava mais concentrada, não trocou de brincadeira a cada instante, e pela primeira vez escolheu um jogo, de forma que puderam trabalhar regras e outras questões pertinentes a sua fase do desenvolvimento.

Para compreender esta mudança significativa da paciente, podemos lançar mão de diversas teorias explicativas ou abordagens. Mas a pergunta que fica é: o que realmente fez a diferença para esta menina? Será que é possível atribuir esta mudança à alguma técnica terapêutica específica? Será que é possível classificarmos/nomearmos tecnicamente todas as ações de um psicoterapeuta? E quando não é possível nomear alguma ação dentro de uma abordagem, ela perde seu valor psicoterapêutico?

Podemos tentar classificar o que aconteceu na sessão acima relatada como reparação parental limitada, na qual, de acordo com Young, Klosko e Weishaar (2008), o terapeuta utiliza a relação terapêutica como um “antídoto” contra os esquemas iniciais desadaptativos do paciente. Essa “reparação parental limitada proporciona uma ‘experiência emocional corretiva’ voltada especificamente à contraposição dos esquemas desadaptativos remotos do paciente” (ALEXANDER; FRENCH, 1946, citados por YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008, p.164). Neste caso específico, poderíamos identificar o esquema de privação emocional nesta paciente e, conseqüentemente, a necessidade de cuidado, carinho, empatia e orientação, estratégias estas elaboradas especificamente para este esquema (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

Outra forma de compreender o que foi descrito, seria através da função da autenticidade do terapeuta proposta por Rogers. Este autor explorou muito a questão da relação terapêutica e das qualidades do terapeuta na psicoterapia ao longo de sua obra,

valorizando que o profissional deva atuar segundo aquilo que sente: “aprendi a estar cada vez mais liberto, para usar os meus próprios sentimentos tal como existem no momento” (ROGERS, 1994, p. 59). Santos (2004) menciona que a autenticidade do terapeuta é fundamental numa relação terapêutica, e que “mais do que pelas técnicas ou instrumentos que utiliza, o terapeuta define-se pelas atitudes que transporta para a relação e que constituem o verdadeiro fator impulsionador da mudança” (p. 23).

Será que a mudança desta paciente se deu simplesmente pela confiança de uma na outra, pela troca de afeto, pela possibilidade de se sentir cuidada, identificada com aquela cuidadora (terapeuta) que de fato a cuidou naquele momento? Será que podemos classificar isto em alguma técnica específica? Ou será que estamos falando aqui de duas pessoas e de uma relação afetiva que se estabelece, e que pode ser curativa?

Esta relação é fundamental num trabalho terapêutico. As técnicas, por si só, são vazias se não houver esta base forte e bem trabalhada. Talvez seja mais benéfico para o paciente ter uma boa relação terapêutica, mesmo que não sejam trabalhadas técnicas específicas para o seu problema, do que ser submetido à técnica mais pesquisada e empiricamente eficaz se não foi estabelecido um vínculo afetivo, de empatia e de confiança.

Deparamo-nos, como visto, com duas possíveis explicações teórico-técnicas (a reparação parental limitada, da Terapia do Esquema de Jeffrey Young, e a autenticidade, da Abordagem Centrada na Pessoa, de Carl Rogers) para compreender a mudança que ocorreu com esta menina. Como o objetivo desta reflexão não é discutir o caso do ponto de vista de alguma teoria especificamente, os conceitos e as abordagens em si não serão aprofundados neste texto.

### **Temos a prova dos tratamentos que funcionam! Siga-nos!**

Muitas pessoas podem estar pensando: “sim, usamos técnicas, mas antes delas, é preciso estabelecer uma relação de confiança, então esta reflexão das autoras não faz sentido”. Embora na psicoterapia cognitivo-comportamental, por exemplo, a relação terapêutica exerça um papel extremamente significativo para o sucesso do tratamento e (EIZIRIK; LIBERMANN; COSTA, 2008) que provavelmente as intervenções técnicas sem um relacionamento terapêutico adequado provavelmente não

serão eficazes (BURNS; AUERBACH, 2004), corre-se o risco de tornar os terapeutas meros seguidores de manuais, que mesmo sem estudo aprofundado e sem reflexão, fazem psicoterapia como quem segue um livro de receitas para preparar uma refeição.

Frente a isto, um dos sentidos da reflexão está em que, muitas vezes, esquece-se da pessoa que está em tratamento, considerando-se apenas o seu problema e deixando de olhar seu contexto, seu momento de vida e seu momento na terapia de uma forma mais humanizada. Com isto, corre-se o risco de se desconsiderar a singularidade de cada pessoa, e atender a todas as pessoas de uma forma robotizada, e quem sabe, pouco empática e pouco humana. Um outro sentido para esta reflexão está no paradigma de ciência que estamos vivendo, no qual é preciso ter provas de que algo funciona, e, mediante a prova, parte-se para a reprodução de um tratamento muitas vezes com atenção muito maior à técnica e sua aplicação, do que à base necessária para aplicá-la, não só do ponto de vista de relação estabelecida, mas também de preparo teórico-técnico. Os tratamentos manualizados podem ser ótimos, mas podem ser facilmente reaplicados sem um estudo maior, sem um sentido nem para o terapeuta, nem para o paciente.

Isto tudo faz parte do contexto em que vivemos, em que a ciência vem se desenvolvendo e com isto a exigência de evidências palpáveis para comprovação da eficácia de tratamentos vem aumentando. Entende-se por tratamentos baseados em evidências aqueles que tiveram sua intervenção submetida à pesquisa empírica e apresentaram eficácia (PHEULA; ISOLAN, 2007). Diferenciando os termos, Ollendick (1999) refere-se à efetividade como a capacidade de o tratamento funcionar na prática clínica, ao passo que eficácia relaciona-se com o benefício do tratamento em situações estruturadas de pesquisa. Sabe-se que, nos Estados Unidos, os tratamentos baseados em evidências têm sido um objetivo principal, havendo uma orientação clara de que são indicados para transtornos psiquiátricos mais prevalentes (PHEULA; ISOLAN, 2007).

A Psicologia e a Psiquiatria têm seguido esta mesma lógica, de estruturar protocolos de atendimento para cada tipo de problema a fim de garantir a qualidade do atendimento recebido. Neste sentido, Pheula e Isolan (2007) mencionam que o desenvolvimento de técnicas baseadas em evidências tem por objetivo poder, nas decisões sobre o cuidado individual do paciente, utilizar de forma consciente, distinta e criteriosa as melhores evidências. Por um lado, é claro que precisamos garantir

as melhores evidências para atender o paciente, por outro, será que as pesquisas baseadas em evidências conseguem controlar realmente todas as variáveis que fazem parte da vida e da saúde humanas? De acordo com a OMS, saúde é um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (OMS, 1946).

A reflexão que fica é: que visão de pessoa e de saúde estamos tendo quando priorizamos as evidências e deixamos de lado as individualidades? Até que ponto perdemos o foco da pessoa atendida e enxergamos somente a doença, a patologia?

Pheula e Isolan (2007) mencionam ainda que “o movimento da psicoterapia baseada em evidências objetiva, acima de tudo, o esforço em identificar, testar, desenvolver e estimular a disseminação de técnicas validadas em pesquisas científicas” (p. 75). Não nos contrapomos aos estudos, ao aprimoramento, às testagens das técnicas. A preocupação é: o que fazemos com tudo isto? Qual a formação que estamos proporcionando aos estudantes? Que poder pensamos adquirir mediante estes estudos? E quais são todas as sutilezas que podemos deixar de enxergar?

De acordo com Ollendick (1999), o paradigma da prática baseada em evidências não se relaciona especificamente a nenhuma orientação teórica, de forma que qualquer intervenção precisa estar fundamentada e comprovada por evidências objetivas e científicas, sendo a melhor delas aquelas obtidas através de ensaios clínicos randomizados. Neste ponto podemos questionar: é possível, realmente, controlar todas as variáveis quando falamos de pessoas? Podemos ter certeza de que o que realmente funcionou, ou o que realmente fez a diferença, foi a técnica? Será que o pesquisador, sedento por obter um resultado positivo quanto ao tratamento proposto, acabou por investir mais fortemente na relação terapêutica e na empatia? Será que podemos equiparar as pesquisas em psicoterapia às pesquisas que são necessárias para verificar o funcionamento de uma medicação? Não teriam outras maneiras de avaliar, em psicoterapia, se um tratamento funciona ou não?

Neste sentido, podemos resgatar as duas correntes em psicoterapia. Hubbe (1999, citado por ARAÚJO; WIETHAEUPER, 2003), menciona que existem duas correntes em psicoterapia, em constante discussão: a dos “fatores específicos”, as quais sustentam ser importante utilizar técnicas e abordagens diferentes no tratamento das diferentes patologias, e a dos “fatores

comuns”, para a qual a técnica é secundária aos demais fatores que fazem parte de todas as psicoterapias, independentemente da abordagem teórica. Dentre os fatores comuns citados pelo autor estão a aliança terapêutica, a identificação do terapeuta com a sua técnica, a empatia do terapeuta com o paciente, o tipo de intervenção, se mais diretiva ou menos diretiva, entre outros. O que vemos nas pesquisas é que não existe uma preocupação em atender a ambas as correntes, e isto pode estar enviesando os resultados.

Parece que alguns pesquisadores em psicoterapia estão procurando um modelo médico, o que pode ser entendido por vivermos num momento de ciência em que tudo precisa estar baseado em evidências. Perez (2007) menciona que a pesquisa epidemiológica em Psicologia Hospitalar é uma estratégia de inserção da subjetividade no mundo médico. Será que nossos tratamentos protocolados são uma tentativa de aproximação com a Medicina? No mundo médico as coisas funcionam desta forma, existem protocolos a serem seguidos, passos a serem dados, e não há perdão se o profissional não o faz. Sabemos que os protocolos têm sua validade, sua importância, sua razão de existir, qual seja, garantir que o paciente seja adequadamente diagnosticado e tratado. No entanto, ouve-se queixas de alguns profissionais médicos, os quais através do conhecimento adquirido ao longo dos anos, por meio do exame clínico e “feeling” conseguem ter segurança do diagnóstico. No entanto, se não seguirem o protocolo indicado, se não fizerem um exame para verificar a causa da sintomatologia, podem ser criticados. Nas pesquisas em psicoterapia, será que há espaço para a pessoa do terapeuta?

Neste sentido, Perez (2007, p. 100) aponta que no paradigma da Medicina baseada em evidências, há uma desvalorização da subjetividade do médico em prol da objetividade da ciência, visto que se preconiza a reprodução “dos ditames dos últimos postulados científicos”. Neste contexto, refere a autora, ao aplicarmos os resultados de uma pesquisa a um paciente, serão encontrados os mesmos resultados, “não importa muito que seja outro médico, nem que seja outro paciente”. Será que em psicoterapia o raciocínio pode ser este?

Drummond (2002, p. 5) traz uma citação do *Evidence-Based Medicine Working Group*<sup>2</sup> mencionando que este novo paradigma necessário na Medicina

<sup>2</sup> Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA, n. 268, v. 17, 2420-5, 1992.



[...] reconhece a importância da experiência clínica e mesmo da avaliação intuitiva, mas sublinha que o registro sistemático das observações, de maneira reproduzível e não preconceituosa, pode aumentar, consideravelmente, a certeza do diagnóstico, a eficácia terapêutica e a confiança no prognóstico; considera ainda a necessidade de conhecimentos fisiopatológicos, embora, por si só, nem sempre suficientes para orientar decisões clínicas; e, finalmente, enfatiza o valor das evidências externas, devidamente avaliadas, estimula a iniciativa e a criatividade pessoal, em detrimento da autoridade alheia, e promove, em consequência de tudo isso, a qualidade do atendimento.

Percebe-se, nesta citação, que há certa valorização da experiência clínica e da avaliação intuitiva do médico, mas a ideia que fica de muitas pesquisas em psicoterapia é que o importante é a técnica utilizada, não havendo este olhar sobre a pessoa do profissional.

Explorando ainda a citação e transportando-a para a psicoterapia, com certeza os registros sistemáticos dos atendimentos são indispensáveis, mas como ter, por exemplo, “certeza do prognóstico”? Neste sentido, não podemos esquecer que epidemiologia e clínica são coisas diferentes. A primeira estuda as probabilidades, os números, o tempo de vida estimado para uma pessoa que recebe o diagnóstico de câncer, por exemplo, e a segunda, pode ver melhor as especificidades de cada caso.

É possível fazermos uma analogia entre a diferença entre epidemiologia e clínica e o uso de protocolos em Psicologia versus o não uso, considerando a possibilidade de não termos a clareza total do que realmente funcionou no tratamento psicoterápico. Não estamos com isto negando os resultados dos ensaios clínicos randomizados, até porque são estudos criteriosos, e que servem de orientação para os clínicos. Como bem referem Soares e Castro (1998), o processo randômico foi utilizado pela primeira vez no final da década de 1940, com o objetivo de proporcionar aos participantes de um estudo a mesma probabilidade de receber a intervenção em teste ou o seu controle. Os autores mencionam que através de ensaios clínicos aleatórios é reduzida a probabilidade de serem encontrados dados tendenciosos nos estudos. Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde os descreve como “padrão-ouro” quando se trata de avaliação de questões terapêuticas em saúde.

No entanto, os questionamentos que ficam são: como saber se estes clínicos (médicos, psicólogos e demais profissionais da

saúde) estão habituados a considerar a singularidade de cada pessoa, suas formas de enfrentamento, suas capacidades, sua rede de apoio, suas crenças, e tantos outros aspectos que influenciam o prognóstico? Podemos mencionar que ser guiado por um protocolo de psicoterapia sem considerar todas estas variáveis, inclusive a do relacionamento profissional-paciente, equivale a ser determinista no prognóstico de um indivíduo com câncer, baseando-se na epidemiologia da doença.

Se colocarmos o foco especificamente no tema da relação profissional-paciente, quantos casos nos são familiares de pessoas que abandonam tratamentos (e mesmo intervenções de pesquisa) por não se adaptarem ao profissional, por não se sentirem acolhidos? A grande reflexão é qual visão de ser humano, de pessoa a Psicologia adota quando tenta se encaixar nos parâmetros daquilo que é baseado em evidências? Até que ponto estamos atendendo a pessoa quando trabalhamos com os protocolos, e até que ponto estamos atendendo uma patologia? E com isto, deixando de lado a visão de ser humano mais integral, com suas dimensões física, psicológica, social e espiritual?

Talvez seja necessário resgatar o lado humano neste tipo de tratamento, de maneira que exista espaço para a singularidade de cada pessoa, assim como para as especificidades da relação que se estabelece entre o profissional e o paciente.

### **Não testei minha intervenção: será que ela funciona?**

Será que quando se trata de sofrimento humano, é possível mensurar? Temos como considerar a influência das individualidades nos resultados dos tratamentos? Estes questionamentos são pertinentes na medida em que os estudos de efetividade de tratamentos vêm crescendo, num paradigma em que o que ajuda o paciente é a(s) técnica(s) e a teoria que a(s) embasa(m). Neste contexto, a relação que se estabelece entre terapeuta e paciente ocupa um segundo plano, pouco discutido e pouco investido. Será que é possível pensarmos numa relação que cura?

Muitos autores da psicoterapia enfatizam a importância da relação terapêutica, a qual ocupa um lugar fundamental no tratamento. De acordo com Hycner (1995), Irvin Yalom desde suas obras da década de 1980 justamente tem referido inúmeras vezes que “é a relação que cura”.

Yalom (2006, p. 29) menciona que “muitos de nossos pacientes têm conflitos no reino da intimidade e obtêm ajuda na

terapia simplesmente por vivenciar um relacionamento íntimo com o terapeuta”. Neste sentido, o autor salienta que sempre fica atento ao relacionamento, checando-o com o paciente, por meio de perguntas simples, como “de que forma você está sentindo o espaço entre nós hoje?” (YALOM, 2006, p. 29).

Para este psicoterapeuta, devemos transmitir ao paciente que a maior tarefa é que os dois, juntos, construam um relacionamento, pois este será o grande agente de mudança, e ao terapeuta cabe a espontaneidade. Argumenta ele num capítulo intitulado “crie uma terapia para cada paciente” que naturalmente, técnica tem para o novato um significado que é diferente daquele para o experiente. Uma pessoa precisa de técnica para aprender a tocar piano, mas, no final, quando se quer criar música, é necessário transcender a técnica aprendida e confiar nos próprios gestos espontâneos. (YALOM, 2006, p. 47).

Segundo Hycner (1995), o *self* do terapeuta é o “instrumento” utilizado na psicoterapia, devendo ser mantido sempre afinado, visto que no processo de cura, a inteireza e a disponibilidade do seu *self* são mais importantes que a orientação teórica do profissional. No que tange ao terapeuta como instrumento, May (1988, p. 23) cita que:

[..] o uso de si próprio como instrumento exige, é claro, uma tremenda autodisciplina por parte do terapeuta... Na verdade, quero dizer que a autodisciplina, a autopurificação (se assim vocês a entendem), colocar entre parênteses as próprias distorções e tendências neuróticas, até o limite possível para um terapeuta, parecem-me resultar em torná-lo capaz – em maior ou menor grau – de experienciar o encontro como uma forma de participar dos sentimentos e do mundo do paciente.

O autor coloca, então, a importância de o terapeuta estar bem consigo mesmo para que possa ajudar o paciente.

Rogers (1977) discorre sobre o terapeuta e a questão da competência e dos atributos pessoais, apontando que em qualquer tipo de trabalho, importa-nos principalmente a competência, mas que quando se fala em psicoterapia, isto é diferente. O autor complementa da seguinte forma “quanto mais a experiência cresce neste campo, mais a importância da personalidade do terapeuta parece impor-se sobre sua formação profissional” (ROGERS, 1977, p. 101), e esta ideia é provavelmente mais reconhecida pelos terapeutas rogerianos do que por outros, aponta ele.

Neste sentido, pode-se pensar que a relação interpessoal que o terapeuta vai estabelecer com o paciente vai ser mais importante do que as técnicas que ele vai empregar, na medida em que a relação estará atravessada por este *self*. Este paradigma diferencia-se muito dos tratamentos formatados e manualizados, em que as estratégias a serem empregadas parecem ser o fator determinante do sucesso ou fracasso do tratamento.

Hycner (1995, p. 63) posiciona-se em relação às técnicas, de que as mesmas precisam surgir do contexto da relação, do “entre”. Acredita que não há problemas com as técnicas propriamente ditas, “desde que não sejam impostas arbitrariamente na situação”.

Longe de um trabalho manualizado, o psiquiatra e expoente da Terapia Familiar Carl Whitaker e o psicólogo William M. Bumberry (1990, p. 29) mencionam que o processo de psicoterapia não acontece por meio de técnicas ou abstrações teóricas, mas por meio de pessoas e de relacionamentos, enfatizando que “o terapeuta, como ser humano, é básico”.

Para Hycner (1995, p. 125), “uma vez que a relação esteja estabelecida e aprofundada, as possibilidades na terapia são virtualmente infinitas. Com uma sólida relação estabelecida, o clínico pode correr grandes riscos na terapia. Ele pode explorar áreas excessivamente vulneráveis, em relação às quais, até então, o cliente poderia estar muito resistente à exploração”. Esta valorização da relação terapêutica demonstra que há espaço para respeitar o tempo de cada paciente, a especificidade de cada relação e do momento de cada intervenção, o que não fica exposto de maneira clara nos tratamentos protocolados.

Algumas frases podem contribuir para esta reflexão, como a de Carl Gustav Jung (1991, p. 112), psiquiatra suíço e fundador da psicologia analítica, na seguinte colocação: “Conheça todas as teorias. Domine todas as técnicas. Mas quando tocares uma alma humana, seja apenas outra alma humana”. Esta frase parece resgatar a humanidade do psicoterapeuta, sugerindo que ao mesmo tempo em que devemos ter um domínio teórico e técnico, devemos ser, acima de tudo, essencialmente humanos. Neste sentido, o autor aponta a importância da pessoa do psicoterapeuta, da sua subjetividade.

Miller e Rollnick (2001) também mencionam que as pesquisas indicam que certas características dos terapeutas estão relacionadas a tratamentos bem-sucedidos, dentre uma variedade de escolas psicoterapêuticas, sendo esta outra questão que aponta

a importância da pessoa do terapeuta. Os autores referem que a maneira pela qual o terapeuta interage com o paciente é tão ou mais importante do que a abordagem ou escola específica com a qual ele trabalha, de forma que fatores denominados “não-específicos”, como características de estilo do terapeuta, afetam a motivação do paciente e os resultados da terapia.

De acordo com pesquisas de Lambert e Barley (2001), os fatores vinculados ao sucesso terapêutico estariam organizados da seguinte forma: 30% a características como aceitação, apoio e esperança transmitidos e sentidos pelo terapeuta, aspectos intimamente ligados à condição afetivo-emocional do técnico (para os autores, tais habilidades devem ser estimuladas e desenvolvidas ao longo da formação, tendo como intuito a ampliação da possibilidade de melhora dos pacientes através do estabelecimento de uma satisfatória relação terapêutica); 15% da melhora do paciente corresponderia às técnicas utilizadas; 15% estariam relacionados às expectativas e aos placebos; e 40% a alterações ocorridas extra *setting* terapêutico.

Este estudo coloca outros aspectos, que não a técnica, como principais para um tratamento bem-sucedido.

### **Considerações finais**

A temática aqui discutida é complexa, polêmica e não facilmente esgotável. Existem profissionais que favorecem muito a técnica, independente da relação, e outros que consideram a relação terapêutica a chave de qualquer mudança.

Na Psicologia, muitas vezes, adota-se um posicionamento rígido, o qual exclui qualquer integração ou diálogo com um posicionamento diferente. Como referido anteriormente, é como se estivéssemos fanáticos por uma religião ou torcendo por um time em especial, de forma que o outro é considerado rival e excluído do diálogo.

Frente a esta realidade, considera-se importante o exercício de flexibilidade, troca e reflexão. Assim, talvez uma forma de aumentar a qualidade e humanidade dos manuais, seja buscar garantir, por parte do profissional, um embasamento teórico e técnico consistente, combinado com um preparo suficiente do ponto de vista pessoal. O terapeuta, até chegar no momento da aplicação da técnica propriamente dita, precisa entender seus pressupostos, seus objetivos e suas limitações, assim como deve

considerar o momento do paciente, se é o adequado ou não. A capacidade de identificar um bom momento tem uma ligação direta com a relação terapêutica, pois o profissional precisa ser empático o suficiente para ter esta percepção. Neste sentido, enquanto psicoterapeuta, é fundamental estar sempre atento à sua vida extra-profissional, pois esta função pressupõe não somente formação técnica, mas principalmente pessoal.

Considerando a Psicologia uma ciência humana, que, portanto pressupõe certa flexibilidade, poderíamos considerar um equilíbrio entre as duas correntes de psicoterapia. Não se pode valorizar a técnica em detrimento da relação terapêutica, e nem o contrário, mas talvez a técnica sem a relação tem menor poder do que a relação sem a técnica. O ser humano precisa se sentir olhado e compreendido, e muitas vezes a psicoterapia é o espaço em que isso se torna possível.

Outra questão a ser salientada é o cuidado que os formadores de psicólogos e psicoterapeutas devem ter, de que não é suficiente estudar as técnicas e sair aplicando-as sem um aprofundamento do aporte teórico que as embasa. Percebe-se muitas vezes uma interpretação errônea dos manuais por parte dos iniciantes, principalmente, no sentido de atribuir uma simplicidade demasiada ao tratamento, como se estivesse resumido à aplicação das técnicas indicadas. Faz-se necessário todo um preparo anterior. Talvez o grande desafio seja dos formadores e supervisores, no sentido de provocar a reflexão nos psicoterapeutas de todos os aspectos aqui salientados, a fim de evitar a simples reprodução de técnicas.

Além de ter um bom autoconhecimento, visto que a pessoa do profissional estará “atravessando” a relação terapêutica, é necessário ter uma aliança segura com o paciente, para que ele confie na técnica e possa realmente engajar-se.

## Referências

ANDRADE, Selma Maffei de; SOARES, Darli Antonio; CORDONI, Junior Luiz. **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina. Rio de Janeiro: Eduel, Abrasco, 2001. v. 1.

ARAÚJO, Marlene; WIETHAEUPER, Daniela. Considerações em torno das atuais correntes predominantes da pesquisa em psicoterapia. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, v. 5, n. 91, p. 33-52, 2003.

BURNS, David D., AUERBACH, Arthw. Empatia terapêutica em Terapia Cognitivo-Comportamental: ela realmente faz diferença? In: Salkovskis, Paul (Org.). **Fronteiras da Terapia Cognitiva**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 127-150.

DRUMMOND, José Paulo. O que é Medicina Baseada em Evidências? In: DRUMMOND, José Paulo; SILVA, Eliézer (Org.). **Medicina Baseada em Evidências: novo paradigma assistencial e pedagógico**. São Paulo: Editora Atheneu, 2002. p. 1-24.

EIZIRIK, Claudio Lacks; LIBERMANN, Zelig; COSTA, Flávia. A relação terapêutica: transferência, contratransferência e aliança terapêutica. In: CORDIOLI, Aristides Volpato. (Org.). **Psicoterapias: abordagens atuais**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 74-84.

FERREIRA, Ricardo; CALVOSO, Genilda Garcia; GONZÁLES, Carlos Batista Lopes. Caminhos da pesquisa e a contemporaneidade. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 15, n. 2, p. 243-250, 2002.

HYCNER, Richard. **De pessoa a pessoa: psicoterapia dialógica**. São Paulo: Summus editorial, 1995.

JUNG, Carl Gustav. Obras Completas. Volume VII. **Estudos Sobre a Psicologia Analítica**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

LAMBERT, Michael J.; BARLEY, Dean E. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. **Psychotherapy Theory Research Practice and Training**, n. 38, 357-361, 2001.

MAY, Rollo. **A descoberta do ser: estudos sobre a psicologia existencial**. Rio de Janeiro: Rocco, 1988.

MILLER, William. R.; ROLLNICK, Stephen. **Entrevista Motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

OLLENDICK, Thomas H. Empirically supported treatments: promises and pitfalls. **The Clinical Psychologist**, n. 52, p. 1-3, 1999.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Constituição**. New York, 1946.

PEREZ, Gloria Heloise. Medicina baseada em evidências. Psicologia baseada em evidências? Uma análise das relações entre psicologia hospitalar e pesquisa epidemiológica. **Epistemo-Somática**, v. 4, n. 2, p. 99-108, 2007.

PHEULA, Gabriel Ferreira; ISOLAN, Luciano Rassier. Psicoterapia Baseada em Evidências em crianças e adolescentes. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 2, p. 74-83, 2007.

ROGERS, Carl. R.; KINGET, Marian. **Psicoterapia e relações humanas**. Belo Horizonte: Interlivros, 1977.

ROGERS, Carl. **Grupos de Encontro**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

SANTOS, Cecília Borja. Abordagem Centrada na Pessoa: relação terapêutica e processo de mudança. **Psi-Logos – Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca**, v. 1, n. 2, p. 18-23, 2004.

SOARES, Karla Vanessa Souza; CASTRO, Aldemar Araújo. Projeto de pesquisa para ensaios clínicos randomizados. In: ATALLAH, Álvaro Nagib; CASTRO, Aldemar Araújo (Org.). **Medicina baseada em evidências: fundamentos da pesquisa clínica**. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

WHITAKER, Carl A.; BUMBERRY, William M. A pessoa do terapeuta: integridade pessoal e estrutura do papel profissional. In: WHITAKER, Carl A.; BUMBERRY, William M. (Org.). **Dançando com a família**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. p. 29-41).

YALOM, Irvin D. **Os desafios da terapia: reflexões para pacientes e terapeutas**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2006.

YOUNG, Jeffrey E.; KLOSKO, Jane. S.; WEISHAAR, Marjorie E. **Terapia do Esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2008.



## Abstract

The aim of this paper is to discuss the making of the psychologist in relation to psychotherapy, in regard to manualized treatments and non-manualized, and in relation to the relationship versus the therapeutic techniques. It begins by presenting a case, discuss the 'weight' of techniques and the therapeutic relationship to the success of a psychotherapeutic treatment. For this reflection, discusses the current paradigm of science, they are tangible evidence necessary to prove the efficacy of treatments, as well as the different schools of psychotherapy research, the specific factors and nonspecific factors. Addresses the question of psychotherapy research that do not release the person look at the professional, to make an analogy between the difference between epidemiology and clinical protocols and the use of psychology versus the non-use, considering the possibility of not having the absolute clarity of what really worked in psychotherapy. The goal is not to close the topic, finding a single truth, but question the work and training of psychotherapists, since this is a practice that requires constant reflection and ability to think.

**Keywords:** psychotherapy, techniques, therapeutic relationship, evidence-based medicine.

