

O Pássaro de Dodó e os Factores Comuns em Psicoterapia

Bruno Vale Trancas*, João Carlos Melo**, Nuno Borja Santos**

Resumo:

A exploração teórica da psicoterapia originou, desde o seu início, ideias diversas sobre os mecanismos subjacentes à sua efectividade. Os autores abordam um dos momentos chave da origem da teoria dos factores comuns em psicoterapia, atentando posteriormente à sua fundamentação teórica e evolução conceptual. As fragilidades do constructo e as críticas de que é alvo são também analisadas. São apresentadas algumas implicações deste conhecimento no treino e prática da psicoterapia.

Palavras-chave: Psicoterapia; Resultado do tratamento; Processo psicoterapêutico; Factores comuns; Mecanismo da mudança; Relação terapêutica; Factores não específicos.

The Dodo Bird and Common Factors in Psychotherapy

Abstract:

Since its inception, the theoretical exploration of psychotherapy has originated diverse ideas on the mechanisms underlying its effectiveness. The authors focus on one of the founding moments of the theory of common factors in psychotherapy and subsequently explore its theoretical grounds and conceptual evolution. Criticism to the construct and exposure of its fragilities are also approached. Some consequences of this knowledge relating to the practice and training of psychotherapy are put forward.

Key-words: *Psychotherapy; Treatment outcome; Psychotherapeutic process; Common factors; Mechanism of change; Therapeutic relationship; Non-specific factors.*

INTRODUÇÃO

“If any single fact has been established by psychotherapy research, it is that a positive relationship between patient and therapist is positively related to therapy outcome”.

Irvin D. Yalom¹

A arte ancestral da prática da psicoterapia conheceu no século XX a sua maior construção e expansão teórica, bem como uma aplicação prática vasta, largamente superior à verificada nas suas raízes históricas. Verificou-se, desde o princípio do século passado, um interesse crescente na investigação de factores terapêuticos independentes do modelo teórico de psicoterapia, frequentemente apelidados de factores comuns, inespecíficos ou implícitos. A investigação tem demonstrado, como veremos, a importância destes no processo terapêutico, o que realça a necessidade de investigação adicional neste campo, com reflexos naturais no ensino e na prática da psicoterapia. O presente trabalho pretende elaborar uma súpula da origem e evolução dos conceitos de factores comuns, bem como uma reflexão sobre os mesmos.

* Interno de Psiquiatria: Serviço de Psiquiatria, Hospital Fernando Fonseca.

** Assistente Graduado de Psiquiatria: Serviço de Psiquiatria, Hospital Fernando Fonseca.

1 – PSICOTERAPIA COMO INSTRUMENTO TERAPÊUTICO

Um método ancestral

Desde que existem seres humanos, sempre houve aqueles que, através da palavra, têm procurado aliviar o sofrimento dos seus semelhantes. Não se tratava de psicoterapia tal como a entendemos hoje, mas a atitude estava lá. Os métodos utilizados foram evoluindo e sofrendo vicissitudes, desenvolveram-se conceitos e elaboraram-se definições. Existem muitas formas de psicoterapia, umas mais abrangentes, outras mais restritivas, umas salientando os aspectos técnicos, outras os factores relacionais e, como tal, não é fácil conseguir uma definição que seja clara, consensual e operatória.

Psicoterapia e Psicoterapias

Quantos tipos de psicoterapias existem? Mais de 300!!!, dizem alguns autores, o que exige, desde logo, uma atitude crítica quando se aborda a questão. Porque, se é certo que algumas têm um espaço conquistado e reconhecido, sobre muitas outras o folclore que as envolve pode até obnubilar-nos. Algumas baseiam-se, ou procuram basear-se, em métodos científicos ou, pelo menos, tentam assentar os seus princípios em fundamentos o mais rigorosos possível. Outras não passam de formas habilidosas com que alguns charlatães procuram enriquecer à custa do sofrimento dos outros. Mas também há outras que, ainda que contribuam para o alívio

do sofrimento psicológico, os mecanismos subjacentes à sua eficácia são vagos e mal compreendidos. Haverá, então, que usar uma peneira.

Separar o trigo do joio

Em nome do rigor e seriedade, devemos, antes de mais, fazer uma selecção. Não nos cabe, obviamente, levar a cabo tal tarefa. Ainda assim, pensamos que é um trabalho importante a ser feito.

Uma outra questão pertinente é procurar compreender o que une e o que separa as diferentes psicoterapias. Existem factores terapêuticos que são comuns às diversas psicoterapias e existem outros que as diferenciam e que dotam cada um de especificidades próprias.

Com base num trabalho de Karasu², podemos considerar que as psicoterapias actuam basicamente em três domínios da vida psicológica: o afectivo, o cognitivo e o comportamental, com incidência e peso diferentes em cada um. E como estão os três interligados, a modificação de um acaba por acarretar transformações nos outros.

No entanto, são várias as particularidades que atribuem especificidade a cada tipo de psicoterapia e isso é relevante quer em termos de compreensão quer em termos de actuação terapêutica.

Neste sentido, cremos ser pertinente o que Cordioli³ defende: “Hoje em dia, cresce cada vez mais a convicção de que cada modelo

é mais adequado para a compreensão e abordagem de uma situação específica (por exemplo, a teoria comportamental para explicar as fobias, a cognitiva para explicar certas características do pensamento de pacientes depressivos ou com transtornos de ansiedade; a psicanalítica para explicar a origem de aspectos do carácter, dificuldades nas relações interpessoais, etc)”.

De qualquer forma, o objectivo do nosso trabalho é uma reflexão sobre os factores comuns às diferentes psicoterapias.

2 – FACTORES COMUNS

O início do estudo dos factores comuns

“... Após terem corrido cerca de meia hora, e estarem de novo secos, o Dodó gritou de repente: - Acabou a corrida! - E todos o rodearam, ofegantes, a perguntar: - Mas quem é que ganhou? – O Dodó só pôde responder a esta questão depois de pensar longamente (...) – Ganhámos todos e todos devemos receber prémios.” Carrol L. ⁴

O Dodó, imortalizado pela obra “As Aventuras de Alice no País das Maravilhas”, era um pássaro, incapaz de voar, que habitava as Ilhas Maurícias. Sem medo dos humanos, tornou-se presa fácil de caçadores o que, associado à destruição do habitat natural, levou à sua extinção no século XVI, pouco tempo depois de ter sido descrito pela primeira vez. Já no século XIX muitos acreditavam tratar-se de uma criatura mitológica.

O excerto da obra de Lewis Carrol foi utilizado por Saul Rosenzweig no seu artigo de 1936: “*Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy*”⁵, que se reveste hoje de propriedades quase proféticas. A alusão a esse episódio, muitas vezes erroneamente atribuída a Luborsky, Singer e Luborsky ⁶, sublinha uma das ideias que Rosenzweig defendeu no seu artigo: a relativa equivalência das diferentes técnicas de psicoterapia no *outcome* pretendido. O autor levantou então a hipótese de que “para além dos métodos utilizados intencionalmente e as suas bases teóricas conscientes, existem inevitavelmente alguns factores não reconhecidos [implícitos] numa qualquer situação terapêutica – factores que poderão ser mais importantes que os que estão a ser intencionalmente utilizados”⁵. O “Veredicto de Dodó”, como passou a ser conhecido, refere-se à proposição de que as várias técnicas psicoterapêuticas apresentam reduzida ou nenhuma diferença significativa no *outcome*. Os factores comuns, tidos como transversais às várias abordagens, surgem como possível explicação para esse fenómeno. Rosenzweig estabeleceu-se assim como o fundador da dicotomia entre factores terapêuticos específicos da técnica e factores terapêuticos comuns, inespecíficos a qualquer técnica.

Importa, contudo, definir os vários termos utilizados, frequentemente empregues como sinónimos ou conceitos claramente definidos, o que é impreciso e contribui para

alguma confusão, como referido por Louis Castonguay⁷. Os factores não específicos referem-se a: 1) variáveis não específicas a uma psicoterapia e comuns a todas ou muitas terapias; 2) elementos não técnicos, geralmente ligados ao relacionamento interpessoal; 3) aspectos da psicoterapia que mostram eficácia terapêutica mas não são referidos ou especificados no corpo teórico dessa psicoterapia ou ainda 4) potenciais ingredientes activos cuja natureza ou impacto ainda não foram determinados. A expressão “factores comuns” refere-se geralmente àqueles que são comuns a todas ou quase todas as psicoterapias e que contribuem para sua eficácia.

Dado que a sua utilização tem sido relativamente arbitrária ao longo da investigação poderíamos incorrer num risco grave de distorção se aplicássemos uma definição restritiva. Assim, utilizaremos a expressão factores comuns (F.C.), incluindo nestes os factores, relacionais ou não, que são transversais às várias terapias e contribuem para a sua eficácia.

Fundamentação dos factores comuns

O movimento teórico dos factores comuns está ligado a vários fundamentos teóricos. Estes dividem-se, de forma grosseira, em: evidência sobre a equivalência das psicoterapias, apreciação dos aspectos relacionais e percepção da relevância de factores não específicos.

O paradoxo da equivalência: o Veredicto de Dodó em números

Desde que Saul Rosenzweig levantou a hipótese da equivalência dos *outcomes*, têm surgido inúmeros estudos que tentam quantificar essa equivalência e refinar os métodos de comparação. A utilização da meta-análise tem sido um dos veículos principais, ainda que não isento de crítica.

Luborsky, Singer e Luborsky⁶, num estudo de 1975, reviram a evidência existente da eficácia das psicoterapias, quando comparadas com outros tratamentos ou entre si. Verificaram que, quando comparadas entre si, a maioria dos estudos encontrava diferenças não significativas entre a proporção de doentes que melhorava. Os autores propuseram que a explicação para esse facto devia residir nos componentes comuns às várias psicoterapias. Advertiram, contudo, que a quantidade de doentes que melhoraram não reflectia a qualidade e a natureza dessa evolução terapêutica. Shapiro e Shapiro, em 1982, fizeram uma revisão comparativa do *outcome* das psicoterapias, utilizando um método meta-analítico⁸. Os autores basearam-se num trabalho prévio de Smith e Glass, modificando-o levando em conta as críticas metodológicas apontadas por Kazdin, Wilson e Rachman^{9,10,11}. O estudo incluiu 143 ensaios clínicos publicados num período de 5 anos em que dois ou mais tratamentos psicológicos eram comparados com um grupo controlo. Os autores verificaram que as dife-

renças entre os métodos de tratamento não eram muito diferentes uns dos outros no que diz respeito aos *outcomes* (diferindo entre si, no máximo, em 10%), sendo que a maioria da variação existente no *effect size* não era atribuível a qualquer factor estudado. Wampold e colaboradores, em 1997, realizaram uma meta-análise comparando o *outcome* de psicoterapias, incluindo estudos publicados entre 1970 e 1995, que cumprissem vários critérios metodológicos e descritivos. Concluíram que o veredicto de Dodó não era questionado pelos resultados da diferença entre os *effect sizes*, que se aproximava de zero¹². Em 2001, Ahn e Wampold realizaram uma meta-análise de 20 estudos comparativos entre várias abordagens psicoterapêuticas, publicados entre 1990 e 1999¹³. Os estudos tinham que cumprir critérios apertados na descrição da técnica e execução e diziam apenas respeito a orientações que já tinham demonstrado a sua eficácia. O objectivo era desconstruir as terapias nos seus vários componentes e avaliar a sua eficácia respectiva. Os autores concluíram que não existia evidência que os ingredientes específicos dos tratamentos psicológicos fossem responsáveis pela evolução favorável encontrada. Sugeriram que os benefícios do tratamento eram provavelmente devidos a mecanismos comuns aos tratamentos psicológicos. Recentemente, Luborsky e colaboradores estudaram 17 meta-análises sobre comparação de psicoterapias¹⁴. Estas incluíam apenas comparação de tratamentos

activos e atentaram sobre os *effect sizes*. A principal conclusão foi que os *effect sizes* apresentavam diferenças pequenas ou não significativas e que essa assimetria era ainda menor quando se corrigia a afiliação do investigador. Este último parâmetro refere-se à tendência para que investigadores afiliados com determinada orientação psicoterapêutica têm para verificarem resultados mais favoráveis no seu campo de trabalho quando fazem estudos de comparação.

Assim, têm surgido nas últimas décadas trabalhos de investigação quantificados que apontam para a equivalência de eficácia entre as várias psicoterapias. Ainda que muitas críticas pertinentes se possam apontar, como veremos, não deixa de consubstanciar um corpo de evidência que não se pode ignorar.

O Projecto Vanderbilt e a relação humana benigna: a importância da relação

Num polémico e famoso estudo, frequentemente apelidado de projecto Vanderbilt, Strupp e Hadley propuseram-se comparar a eficácia psicoterapêutica entre cinco terapeutas experientes e cinco professores sem treino específico mas com reconhecida capacidade empática e relacional¹⁵. A cada um foi atribuído um doente, afecto de depressão neurótica ou reacção ansiosa, sendo comuns traços obsessivos e perturbações *borderline* da personalidade. Não havia diferença significativa entre os dois grupos de doentes atribuídos aos dois grupos de terapeutas.

No final do processo terapêutico, que incluía duas sessões por semana, até um máximo de 25, verificou-se que os doentes atribuídos aos professores melhoraram, em média, tanto como os atribuídos aos terapeutas experientes. Os autores concluíram então que “o estudo não fornecia suporte para a hipótese que, estando presente uma relação humana benigna, as competências técnicas do psicoterapeutas profissionais produzissem significativamente mais alterações terapêuticas”. Estas conclusões foram alvo de grande crítica, questionando-se o desenho do estudo e a sua metodologia, inclusive pelos autores. Strupp, que assumiu sempre uma atitude crítica em relação aos factores comuns e à sua “separação artificial” em contexto de investigação, sublinhou mais recentemente, contudo, que a psicoterapia é definida pelo “uso sistemático da relação humana com fins terapêuticos”, o que realça o papel da relação terapêutica no processo curativo¹⁶.

A relevância de factores não específicos

Alguns autores têm-se debruçado sobre a individualização e quantificação (em poder terapêutico) dos vários componentes de uma psicoterapia. John Norcross apresenta uma relação da importância dos vários componentes no resultado final da psicoterapia, atribuindo 30% ao psicoterapeuta, 60% ao paciente e menos de 10% às especificidades da técnica¹⁷. M. Lambert, num projecto semelhante, que envolveu uma revisão qualitativa

de vários trabalhos de investigação, atribuiu 40% ao cliente/factores extra-terapêuticos, 30% a factores relacionais, 15% a factores relacionados com efeito placebo, esperança e expectativa de mudança e 15% a factores relacionados especificamente com a técnica psicoterapêutica utilizada¹⁸. Bruce Wampold estimou que os factores específicos seriam responsáveis por 8% da variância no outcome das psicoterapias, os factores gerais (comuns) por 70% e outros factores, não explicados, por 22%¹⁹.

Embora se tratem de estudos laboratoriais estatísticos, apontam para um peso relativo substancial dos factores não específicos.

Busca dos factores comuns

Rosenzweig, no seu artigo histórico de 1936⁵, apontou cinco factores comuns ou processos gerais: 1) a relação entre o doente e o terapeuta; 2) a catarse emocional do doente; 3) o impacto da personalidade do terapeuta; 4) o desenvolvimento por parte do doente de um constructo consistente para atingir um certo nível de organização da personalidade através da adesão do terapeuta a um modelo específico ou ideologia; 5) complexidade dos eventos psicológicos e a natureza interdependente da personalidade levando a que qualquer intervenção significativa tenha um impacto no sistema total, iniciando-se o processo de reabilitação. Jerome Frank^{20,21} conceptualizou os factores comuns como impregnando todas as formas de terapia, apontando quatro prin-

principais factores: 1) o estabelecimento de uma relação emocionalmente significativa com um confidante e ajudante; 2) um ambiente adequado, seguro, confidencial, onde o doente se sinta protegido ao revelar aspectos da sua vida pessoal, e que ao mesmo tempo confira credibilidade e prestígio ao terapeuta; 3) o estabelecimento de um corpo teórico, científico ou não, que possa explicar os sintomas do doente e 4) um ritual ou procedimento terapêutico em que participem o doente e o terapeuta e que seja o meio para o restabelecimento da saúde. Estas conclusões surgem na sequência de um trabalho de pesquisa sobre os métodos de cura nas populações primitivas ou não ocidentais. De acordo com Frank, estes factores comuns facilitavam o combate à desmoralização, um conceito que inclui sentimentos e atitudes como a desesperança, a culpa, a vergonha, a depressão, a desvalorização pessoal ou a alienação²². De acordo com este modelo teórico, os factores comuns da terapia contribuiriam para o combate à desmoralização através de múltiplos mecanismos: 1) diminuir o sentimento de alienação e reforçar a relação terapêutica; 2) providenciar sentimento de esperança e manter a expectativa de ajuda; 3) fornecer novas experiências de aprendizagem ao doente, com alternativas diferentes de olhar sobre si mesmo e os seus problemas; 4) despertar emoções e demonstrar aos doentes que as podem suportar, mesmo as mais intensas e as que mais temem; 5) reforçar o sentimento

do doente de auto-controlo e auto-domínio, fornecendo um corpo teórico que explique os sintomas e forneça soluções e oportunidades para que sejam ultrapassados; 6) providenciar oportunidades para que o doente pratique os novos comportamentos. Sol Garfield partilha dos princípios fundamentais de Frank, sublinhando, contudo, que os factores comuns ou inespecíficos não são vistos como os únicos factores que contribuem para a mudança na psicoterapia²³. Defende que não se devem negligenciar factores comuns como a esperança, a expectativa da mudança, a confiança, a relação emocional, a facilitação da emoção, a catarse, a recepção de informação, o impacto social do terapeuta, entre outros, uma vez que poderão ser responsáveis por grande parte da mudança observada. Adverte que a percentagem da mudança na dependência de factores comuns não pode ser facilmente estimada, uma vez que muitas variáveis concorrem para o seu efeito. Quase vinte e cinco anos mais tarde, o mesmo autor volta a sistematizar os factores comuns, a propósito do papel destes na psicoterapia breve²⁴. Debruça-se sobre a explicação, interpretação e compreensão, sobre a relação terapêutica, a libertação emocional ou catarse, o reforço, a confrontação com o problema, a transmissão de informação, a restauração da confiança e fornecimento de apoio, o envolvimento emocional do doente, a promoção de *coping*, a aprendizagem terapêutica e, por último, sobre o tempo. Presente em todas as

experiências humanas, a passagem do tempo pode, por si só, alterar a qualidade ou a emoção afectas às memórias, acontecimentos ou relações.

Norcross e Grenavage reviram 50 publicações relacionadas com a pesquisa de factores comuns com o objectivo de encontrarem pontos semelhantes²⁵. Apesar das dificuldades metodológicas e de classificação e categorização de factores, os autores seleccionaram os cinco factores comuns mais frequentemente encontrados: 1) aliança terapêutica; 2) oportunidade para catarse; 3) aquisição e prática de novos comportamentos; 4) expectativas positivas do cliente; 5) qualidades benéficas do terapeuta; 6) fornecimento de um corpo conceptual para o processo de mudança.

Feixas e Miró sistematizaram quatro factores comuns fundamentais: 1) a capacidade do terapeuta de suscitar confiança e de propor ao doente ângulos diversos sobre ele próprio e o mundo; 2) a capacidade de estabelecer uma relação terapêutica, empática e revelando aceitação incondicional do doente; 3) o fornecimento ao doente de uma experiência emocional correctiva; 4) o estabelecimento da psicoterapia como um processo social onde há construção de uma relação de confiança significativa, uma explicação racional do mecanismo e estratégia terapêutica, a redefinição do problema, a expectativa e esperança pela ajuda, a facilitação da activação emocional e a experiência de sucesso durante a o processo terapêutico²⁶.

Karver e colaboradores, numa revisão sobre a aplicação dos factores comuns na terapia familiar e de jovens, centram a sua abordagem nos aspectos da relação terapêutica²⁷. Admitem que a relação terapêutica afecta o processo curativo através de vários processos entre os quais destacam: 1) características pré-tratamento dos clientes (pais, filhos, membros da família); 2) características pré-tratamento do terapeuta, como a orientação técnica, sofrimento pessoal, capacidades interpessoais, sentimentos conflituosos e complexidade cognitiva; 3) sentimentos, reacções e percepções do terapeuta; 4) capacidades interpessoais do terapeuta, no sentido de estabelecer relação empática, calorosa, orientadora, transmitindo confiança e valorização do cliente; 5) *self-disclosure*: relativo ao fornecimento, por parte do terapeuta, de pensamentos e emoções pessoais. 6) capacidade de influência directa do terapeuta incluindo, por exemplo, explicações claras sobre o tratamento ou planeamento da sessão, fornecimento de conselhos, experiências correctivas comportamentais ou emocionais; 7) credibilidade e capacidade de persuasão do terapeuta, que influencia directamente a esperança de mudança por parte do cliente; 8) autonomia: sem autonomia um cliente poderá ficar demasiado dependente do terapeuta e desinvestir no seu trabalho na terapia; 9) afecto dirigido ao terapeuta: é visto como um precursor para a capacidade do cliente jovem poder trabalhar com o terapeuta, influenciado a sua esperança na mudan-

ça; 10) vontade para a terapia e mudança por parte do cliente; 11) vontade parental para participar no tratamento; 12) participação do cliente e dos pais no tratamento; 13) relação terapêutica com o cliente jovem e por último a aliança terapêutica com o cliente jovem, pais e família.

O papel do terapeuta sob a perspectiva dos factores comuns é o tema de uma extensa revisão por Blow, Sprenkle e Davis²⁸. Reflectem sobre a variabilidade observada inter-terapeuta e comentam os dados existentes sobre a importância da crença do terapeuta no tratamento e na influência das características físicas, psíquicas e culturais do terapeuta no sucesso da terapia. Arthur Bohart estabelece o cliente como o mais importante factor comum das psicoterapias²⁹. Este autor apresenta o doente como alguém que activamente participa no processo curativo e que esse pode ser a explicação para o veredicto de Dodó: os clientes usam as diversas abordagens como facilitadoras da terapia, da qual são os principais motores. A relação empática e calorosa é útil neste contexto como cativadora e encorajadora.

Crítica ao Veredicto de Dodó e aos factores comuns

Strupp e Butler surgem como vozes discordantes do modelo dos factores comuns, argumentando que a dicotomia específico / não específico é artificial, uma vez que será impossível separar os factores interpessoais

da aplicação prática da teoria psicoterapêutica^{16,30}. Advertem também que a atribuição prematura do efeito observado a factores comuns poderá prejudicar a investigação e o conhecimento sobre as psicoterapias e criticam o método meta-analítico que concluiu pela relativa equivalência das psicoterapias no *outcome*. Referem que os instrumentos utilizados para a comparação apresentam pouca resolução para a diferença, podendo não detectar alterações clinicamente importantes, ou ainda que não foram desenhados para apreciar alterações que são válidas apenas nalguns tipos de terapias, como a aquisição de *insight* ou alteração de comportamentos, e que portanto a avaliação clínica final poderá ignorar estes ganhos significativos³¹. Broekman e colegas chamam precisamente a atenção para a necessidade de clarificar e otimizar os processos metodológicos, sublinhando a dificuldade que existe na operacionalização e comparação de *outcomes* entre as várias abordagens psicoterapêuticas.³² Defendem que os factores comuns poderão ser, em parte, artefactos ou interpretações erróneas, causados por falhas no desenho do estudo e na medição do resultado final. Haaga argumenta que os factores comuns não são significativos nem constituem uma boa linha de pesquisa³³. Refere que um factor dito comum investigado numa psicoterapia com uma determinada orientação pode não fazer sentido noutra. A catarse tem sido apontada como um desses exemplos. Jones, Cumming

e Horowitz reportam que uma das falhas principais da investigação favorável aos factores comuns é a classificação de factores comuns como factores específicos (por exemplo, a orientação pelo terapeuta através do fornecimento de conselhos), o que retira poder discriminativo entre as várias psicoterapias³⁴. Sublinham ainda que os estudos são realizados de forma simplista, associando a técnica ao *outcome* e ignorando o processo terapêutico e outras variáveis complexas da terapia. DeRubeis e colaboradores argumentam que a base de sustentação dos factores comuns não é sólida: que o facto da suposta equivalência de *outcomes* não implica que sejam os mesmos mecanismos responsáveis pela evolução positiva e criticam metodologicamente os estudos que associam a aliança terapêutica – um putativo factor comum – ao *outcome*³⁵. Terminam defendendo que a importância dos factores específicos pode ser substancialmente mais forte do que se crê.

3 – IMPLICAÇÕES NO ENSINO E NA SUPERVISÃO

Alguns autores advogam que, à luz da importância dos factores relacionados com o terapeuta, se deve atentar mais sobre as qualidades pessoais dos treinandos, reforçando as competências nos factores comuns^{36,37}. Stein e Lambert, na sua meta-análise sobre a formação e os *outcomes* obtidos, recomendam que os programas de formação continuem a ter um enfoque importante nos factores

comuns, nomeadamente nas qualidades da relação pessoal e na aliança terapêutica³⁷. Já a elaboração de um programa de formação baseado exclusivamente nos factores comuns é algo cuja concretização levanta obstáculos. Louis Castonguay identifica três grandes problemas na implementação de um projecto de formação em psicoterapia com abordagem por factores comuns³⁸. O primeiro concerne ao número e diversidade de factores comuns já identificados e à sua putativa importância relativa na psicoterapia. Um segundo problema está directamente ligado à ausência de um corpo conceptual de factores comuns que explique o funcionamento humano, pelo que é difícil desenvolver um plano de tratamento exclusivamente baseado nos factores comuns. O autor levanta ainda um outro problema: ainda que muitos factores comuns tenham sido identificados, estes não são os únicos ingredientes activos da terapia, pelo que não podem ser ensinados de forma isolada de uma técnica. Conclui que uma abordagem formativa apenas baseada nos factores comuns não é uma opção viável e que esta deverá por ora ser incluída como formação adicional de uma psicoterapia “pura”.

Morgan e Sprenkle estabeleceram recentemente o percurso histórico dos factores comuns nos modelos de supervisão³⁹. Partiram do princípio de que à semelhança da prática da psicoterapia, também deverão existir factores e processos transversais aos vários modelos de supervisão que contribuam para

a sua eficácia. Sugerem uma abordagem pela complementaridade e advertem que a supervisão é um processo relacional humano de extraordinária complexidade, não devendo ser objecto de generalizações e simplificações precipitadas.

4 – CONCLUSÕES

Independentemente da validade do “Veredicto de Dodó”, cuja argumentação não está isenta de críticas metodológicas importantes, os factores comuns são uma realidade concreta e são apoiados por evidência científica abundante. Encarados como elementos terapêuticos importantes, e não apenas como o remanescente da técnica, tem sido argumentado e demonstrado que a sua inclusão na prática clínica e na formação melhora os *outcomes*. Os autores sustentam que existe evidência suficiente para incrementar o treino nas competências relacionadas com os factores comuns, bem como estimular a investigação neste domínio.

NOTA: Todas as traduções dos originais em inglês foram feitas pelos autores.

BIBLIOGRAFIA

1. Yalom ID. Existential Psychotherapy. New York. Basic Books. p 401. 1980.
2. Karasu, B.T. The specificity versus nonspecificity dilemma: toward identifying therapeutic change

- agents. Am J Psychiatry, 1986; 143(6): 687-695.
3. Cordioli *et al* (1998), cit in: Leal, I. Iniciação às psicoterapias. Lisboa. Fim de Século, 2005.
4. Carrol L. As Aventuras de Alice no País das Maravilhas e Alice do Outro Lado do Espelho. Tradução de Margarida Vale de Gato. Editores Relógio D'Água. Lisboa. 2000.
5. Rosenzweig, S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. Am J Orthopsychiatry. 1936; 6: 412-415.
6. Luborsky L, Singer B, Luborsky L. Comparative studies of psychotherapies . Is it true that “everyone has won and all must have prizes”? Arch Gen Psychiatry. 1975; 32 (8): 995-1008.
7. Castonguay LG. “Common factors” and “nonspecific variables”: clarification of the two concepts and recommendations for research. Journal of Psychotherapy Integration. 1993; 3: 267-286.
8. Shapiro DA, Shapiro D. Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: a replication and refinement. Psychol Bull. 1982; 92(3): 581-604.
9. Smith ML, Glass GV. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. Am Psychol 1977; 32: 752-760.
10. Kazdin AE, Wilson GT. Evaluation of behaviour therapy: issues, evidence and research strategies. Cambridge, Mass. Ballinger. 1978.
11. Rachman SJ, Wilson GT. The effects of psychological therapy. Second enlarged edition. New York. Pergamon Press. 1980.
12. Wampold BE, Mondin GW, Moody M, Stich F, Benson K, Ahn H. A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: empirically, “all must have prizes”. Psychol Bull. 1997; 122(3): 203-215.
13. Ahn H, Wampold BE. Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component

studies in counselling and psychotherapy. *J Couns Psychol.* 2001; 48: 251-257.

14. Luborsky L, Rosenthal R, Diguier L, Andrusyna TP, Berman JS, Levitt JT, Seligman DA, Krause ED. The Dodo bird verdict is alive and well – mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 2002; 9(1): 2-12.

15. Strupp HH, Hadley SW. Specific vs non-specific factors in psychotherapy. A controlled study of outcome. *Arch Gen Psychiatry.* 1979; 36(10): 1125-36.

16. Butler SF, Strupp HH. Specific and non-specific factors in psychotherapy: a problematic paradigm for psychotherapy research. *Psychotherapy.* 1986; 23: 30-40.

17. Norcross, J.C. Eclectic Psychotherapy: an introduction and overview, in Norcross J.C. (Ed.) *Handbook of Eclectic Psychotherapy*, New York, Brunner/Mazel, 1986.

18. Lambert, M. J. Implications of outcome research for psychotherapy integration, in J. C. Norcross & M. R. Goldfried: *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York, Basic Books. 94-129, 1992.

19. Wampold BE. *The great psychotherapy debate: models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum. 2001.

20. Frank JD. Therapeutic components of psychotherapy. A 25-year progress report of research. *J Nerv Ment Dis.* Nov 1974; 159(5): 325-42.

21. Frank JD. Common features of psychotherapy. *Aust N Z J Psychiatry.* Mar 1972; 6(1): 34-40.

22. Frank JD. Psychotherapy: the restoration of morale. *Am J Psychiatry.* Mar 1974; 131(3): 271-4.

23. Garfield SL. Basic ingredients or common factors in psychotherapy?. *Journal of Counselling and Clinical Psychology.* 1973; 41(1): 9-12.

24. Garfield SL. Brief psychotherapy: the role of

common and specific factors. *Clinical Psychology and Psychotherapy.* 1997; 4(4): 217-225.

25. Grencavage, L. M., & Norcross, J. C. Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice.* 1990; 21: 372-378.

26. Feixas G, Miró MT. (1995) cit in Serra, J. *Psicoterapia Integrada: um modelo para o processo terapêutico*. Quarteto Editora, Coimbra. 2003.

27. Karver MS, Handelsman JB, Fields S, Bickman L. A Theoretical model of common process factors in youth and family therapy. *Ment Health Serv Res.* 2005; 7(1): 35-51.

28. Blow AJ, Sprenkle DH, Davis SD. Is who delivers the treatment more important than the treatment itself? The role of the therapist in common factors. *J Marital Fam Ther.* 2007; 33(3): 298-317.

29. Bohart AC. The Client is the most important common factor: client's self-healing capacities and psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration.* 2000; 10(2): 127-149.

30. Strupp HH. The nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness: a current assessment. *Am J Orthopsychiatry.* 1986 Oct; 56(4): 513-20.

31. Crits-Christoph P. Limitations of the Dodo Bird Verdict and the role of clinical trials in psychotherapy research: comment on Wampold et al. *Psychol Bull.* 1997; 122(3): 216-220.

32. Broekman TG, Schaap C, Lange MM. Evaluating the effects of psychotherapies. In M.A. van Kalmhout, C. Schaap, & F.L. Wojciechowski (Eds.), *Common factors in psychotherapy: Essays in honor of Emeritus Prof. Dr. M.M. Nawas* (pp. 101-122). Lisse: Swets & Zeitlinger. 1985.

33. Haaga DA. A review of the common principles approach to integration of psychotherapies. *Cognit Ther Res.* 1986; 10: 527-538.

34. Jones EE, Cumming JD, Horowitz MJ. Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988; 56(1): 48-55.
35. DeRubeis RJ, Brotman MA, Gibbons CJ. A Conceptual and Methodological Analysis of the Nonspecifics Argument. *Clinical Psychology: Science & Practice*. 2005; 12(2): 174-183.
36. Chwalisz K. A common factors revolution: let's not "cut off our discipline's nose to spite its face". *J Couns Psychol*. 2001; 48(3): 262-267.
37. Stein DM, Lambert MJ. Graduate training in psychotherapy: are therapy outcomes enhanced. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1995; 63(2): 182-196.
38. Castonguay, LG. A common factors approach to psychotherapy training. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2000; 10(3): 263-282.
39. Morgan M, Sprenkle DH. Toward a common-factors approach to supervision. *J Marital Fam Ther*. 2007; 33(1): 1-17.