

PSICOTERAPIAS BREVES: CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO E AS ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS

Elisa Medici Pizão Yoshida
PUCCAMP

Maria Leonor Espinosa Enéas
Mestre PUCCAMP

Tereza Iochico Hatae Mito
Doutoranda JUSP

Maria Terezinha Cassi Pereira Yukimitsu
Doutoranda IPUSP

RESUMO

YOSHIDA, E.M.P.; ENÉAS, M.L.E.; MITO, T.I.H. e YUKIMITSU, M.T.C.P.
Psicoterapias breves: critérios de indicação e as estratégias terapêuticas. Estudos de Psicologia, 10(1): 53 - 64, 1993

Objetivou-se sistematizar estratégias psicoterápicas apoio (A), esclarecimento (E) e interpretativa (I) baseadas nas hipóteses psicodinâmicas e configuração adaptativa dos sujeitos (EDAO). Obteve-se a) nítida associação entre o critério adaptativo e as indicações das estratégias; b) o Gr.III tende a concluir mais que o Gr.V; c) não houve diferença quanto aos casos concluídos (C) e interrompidos (I), nas estratégias (A) e (E). Na (I) a probabilidade de conclusão foi significativa. Conclui-se que há tendência em se adotar (A) para os do Gr.V, enquanto (E) e (I) o são para o Gr.III. Os do Gr.III tendem a ser (C) quando a estratégia indicada é (I) e não (E).

Palavras chave: psicoterapia breve; estratégias psicoterapêuticas e critérios psicodiagnósticos

INTRODUÇÃO

Os trabalhos mais recentes de revisão da literatura sobre as psicoterapias psicodinâmicas breves vêm apontando a necessidade de maior sistematização das técnicas, visando a maximização dos esforços e efetividade dos resultados (URSANO E HALES, 1986; MACKENZIE, 1988).

A ênfase no papel dos critérios psicodiagnósticos sobre os resultados dos atendimentos verificada na década de 70 (MALAN, 1976a; SIFNEOS,

1972 e DAVANLOO, 1980), parece ter dado lugar à preocupação com o estabelecimento de uma boa aliança terapêutica e com a formação específica dos terapeutas para essa modalidade terapêutica (STRUPP, BUTLER e ROSSER, 1988; HOROWITZ et alii, 1984).

Como consequência deste novo enfoque, pacientes que eram inicialmente contra-indicados para psicoterapias breves, passaram a ser aceitos, mesmo por terapeutas que possuíam inicialmente critérios estritos, como os de Sifneos (1972; 1987). Este autor, refere em um de seus últimos trabalhos (SIFNEOS, 1990), estar aplicando sua técnica (STAPP - Short-Term Anxiety Provoking Psychotherapy) a alguns pacientes **borderline**, "que se beneficiam com uma abordagem mais focalizada de psicoterapia" p. 326. São indivíduos capazes de obter sucesso em ao menos uma área de suas vidas, como por exemplo no trabalho ou no desempenho acadêmico, além de apresentarem o que ele chama de motivação para mudança.

A par do abrandamento dos critérios de seleção, verifica-se na literatura internacional maior diversidade de técnicas, em que prevalece uma atitude mais eclética onde se integram aspectos das teorias psicodinâmicas, conhecimentos advindos da aplicação de método sistêmico, o uso de técnicas cognitivas e comportamentais e até mesmo a hipnose, como proposto pelo grupo ligado à Fundação Milton H. Erickson, de Fênix, Arizona (ZEIG e GILLIGAN, 1990).

Em nosso meio, verifica-se igualmente a tendência a adotar recursos técnicos que incluem reassseguramento, orientação direta, esclarecimento (KNOBEL, 1986; ENÉAS, 1990; YOSHIDA, 1990 e YUKIMITSU, 1991), além do recurso a técnicas psicodramáticas como as propostas de Lemgruber (1985) e Ferreira Santos (1990). Talvez o grupo mais "ortodoxo" em termos técnicos, seja aquele ligado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EIZIRIK, AGUIAR e SCHESTASTSKY, 1989).

O recurso a estratégias mais ecléticas decorre de um lado, da necessidade imposta pela demanda, e de outro, da formação geralmente não específica dos terapeutas atuais, que tendem a desenvolver uma concepção mais abrangente do homem e de seu sofrimento, assim como a adotar técnicas que integram contribuições de diferentes enfoques teóricos.

Se de um lado, maior flexibilidade técnica pode constituir uma vantagem, de outro, exige maior discernimento, frente aos diferentes modelos conceituais, ao se optar por uma determinada estratégia. Sua escolha deve pautar-se nos objetivos do atendimento e nos recursos do paciente. Dentre estes últimos incluem-se: o estilo de personalidade (HOROWITZ et alii, 1984), a configuração adaptativa (SIMON, 1983), assim como sua origem sócio-cultural, tanto mais relevante "quanto maior for a distância entre as origens sócio-culturais do psicólogo e as de seu paciente" (YOSHIDA, 1991).

Além das características intrínsecas aos pacientes, há que se considerar a existência da empatia por parte do terapeuta, que facilita a ocorrência da aliança terapêutica, fator relevante nos resultados obtidos (LUBORSKY et alii, 1985; CORDIOLI, CALICH e FLECK, 1989 e STRUPP, 1990).

Respaldados nos trabalhos de SPLIKA e KNOBEL (1968); KNOBEL (1986); FIORINI (1976) e SIMON (1983), o Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicoterapia Breve (NEPPB) no final de 1987, iniciou atendimento à comunidade, tendo como um de seus objetivos, o desenvolvimento de estratégias terapêuticas compatíveis com a realidade brasileira, aceitando ampla gama de pacientes com as mais diversas queixas e patologias.

Inicialmente, os atendimentos variavam entre 20 e 30 sessões, conforme proposta da MALAN (1976a) para terapeutas inexperientes em psicoterapias breves. Mas, posteriormente, reduziu-se para atendimentos em torno de 15 sessões, por se considerar que aqueles tendiam a se descaracterizar pela ampliação excessiva das áreas investigadas, com repercussões sobre os objetivos que se diluíam, ensejando o decréscimo da motivação e a falta de nitidez dos resultados alcançados.

A etapa psicodiagnóstica, realizada em três sessões, consiste da delimitação do foco da terapia em termos de comportamentos observáveis, segundo sugestão dos autores BINDER, HENRY e STRUPP (1987). Para tanto considera-se a hipótese psicodinâmica relativa aos motivos subjacentes ao foco e a configuração adaptativa das respostas do sujeito, aferida através da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) (Simon, 1983).

Quanto aos objetivos, estes são definidos em termos de respostas adaptativas mais eficazes, dentro do critério operacionalizado de Simon (1983), para se considerar a eficácia das respostas do sujeito.

Em relação à estratégia, partiu-se da proposta de FIORINI (1976), de considerar as estratégias das terapias de apoio, esclarecimento e psicanalítica.

Para ele, o objetivo precípua de terapia de apoio é o alívio da ansiedade e, eventualmente, a remissão dos sintomas, favorecida pela adoção da atitude de encorajamento e aceitação, que possibilitam viver junto ao terapeuta uma "experiência emocional corretiva".

A estratégia de esclarecimento pretende desenvolver no paciente a possibilidade de auto-observação e a compreensão dos nexos entre seus sintomas e os conflitos subjacentes, através do estabelecimento de um "contexto de discriminação", onde o terapeuta age fundamentalmente como um "docente especializado".

Quanto à estratégia psicanalítica, FIORINI destaca o papel da interpretação transferencial, indicando-a apenas como recurso eventual num

contexto de esclarecimento quando a terapia for breve ou ocorrer num ambiente institucional.

Outros autores (MALAN, 1976a e 1976b; SIFNEOS, 1987; DAVAN-LOO, 1980 e MANN, 1973) defendem o uso de recursos técnicos da psicanálise em processos breves, visando a maximização dos resultados. Assume destaque então a interpretação transferencial baseada na explicitação dos triângulos de conflito e de **insight**. O primeiro inclui o sentimento ou o impulso subjacente ao conflito focal, o tipo de ansiedade despertada e as defesas erigidas para evitá-la. E o segundo, descrito por MENNINGER (1958, apud MALAN, 1976b), refere-se ao conteúdo atualizado na transferência e relacionado às figuras do passado, geralmente pais, figuras do presente e o terapeuta.

Além das estratégias de apoio e de esclarecimento, adotou-se no NEPPB, esta última estratégia, aqui chamada de interpretativa.

Decorridos quatro anos de atividades no NEPPB, sentiu-se a necessidade de reflexão mais abrangente e não apenas aquela calcada em impressões fragmentadas, propiciadas pelo trato diário dos casos.

Foram então, levantadas as seguintes questões: a) A indicação das estratégias teria se pautado de forma significativa sobre o critério da qualidade da adaptação? b) Haveria diferença significativa entre as três estratégias, quanto ao fato dos casos chegarem ou não a serem concluídos? c) Haveria diferença significativa entre os casos que foram concluídos, quando comparados aos interrompidos, em função da configuração adaptativa apresentada no início da terapia?

MÉTODO

População/Amostragem

Foi feito levantamento da população atendida no período de 1988 a 1991, obtendo-se o total de $N=230$, assim divididos: casos concluídos (C) $N=60$; interrompidos (I) $N=56$; desistentes (D) $N=38$ (sujeitos que passaram pela triagem mas, não compareceram quando convocados para o atendimento); encaminhados (E) $N=47$ (pacientes considerados contra indicados para psicoterapia breve na triagem); e nada consta (NC) $N=29$ (quando não há registro quanto ao destino no caso).

Do total da população ($N=230$) $N=170$ são mulheres e $N=60$ são homens, com idade variando entre 18 e 60 anos, escolaridade desde nenhuma a superior completo.

Visto ser o propósito deste trabalho a questão das estratégias terapêuticas, a amostra foi composta pelos sujeitos das categorias: concluído (C) e interrompido (I), já que para as demais, nenhuma estratégia foi utilizada. Ficando a amostra configurada conforme Tabela 01.

Tabela 1 - Distribuição da amostra quanto as estratégias e o destino do caso

Estratégia Destino do caso	Apoio (A)	Esclareci- mento (E)	Interpreta- tiva (I)	Nada Consta	TOTAL
Concluído	07	21	25	07	60
Interrompido	08	21	09	18	56
TOTAL	15	42	34	25	116

Pode-se observar na Tabela 01, que dos 116 casos, 25 não dispõem do registro da estratégia adotada (N=07 concluído e N=18 interrompido). Desta forma a amostra utilizada no teste da hipótese 02 ficou reduzida a N=91 (N=53 concluído e N=38 interrompido).

Para se verificar a relevância do critério adaptativo na indicação da estratégia terapêutica (hipótese 01), considerou-se a configuração adaptativa apresentada no início dos atendimentos, avaliada através da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO). Segundo esta escala, os sujeitos podem apresentar: adaptação eficaz (Gr.I); adaptação não-eficaz moderada (Gr.III); adaptação não-eficaz severa (Gr.V). Para cada uma das configurações há grupos, que correspondem respectivamente a situações de crise: Gr. II, Gr. IV e Gr. VI. O Gr. VII é reservado a casos em que a insuficiência de dados impede o diagnóstico.

Considerando as estratégias adotadas e a configuração adaptativa tem-se a distribuição na Tabela 02.

Tabela 2 - Distribuição dos sujeitos de acordo com a EDAO e as estratégias psicoterapêuticas

Estratégias \ EDAO	Grupo III	Grupo V	Nada Consta	TOTAL
Apoio	02	12	01	15
Esclarecimento	23	11	08	42
Interpretativa	24	10	---	34
TOTAL	49	33	09	91

O exame da Tabela 02 revela que: N=49 apresentava adaptação não-eficaz moderada no início da psicoterapia; N=33 adaptação não-eficaz severa e N=09 não possuía registro quanto à adaptação.

Cabe ressaltar aqui, que a avaliação pela EDAO exige uma entrevista completa que envolve a investigação de quatro setores da personalidade: Produtividade, Afetivo-relacional, Sócio-cultural e Orgânico, tornando inviável o seu uso na entrevista da triagem, mais focalizada no motivo da consulta. Daí resulta que ao ser chamado para o atendimento o sujeito já superou a fase crítica, não se encontrando portanto casos dos grupos (IV e VI). Outro ponto, diz respeito à ausência de sujeitos dos grupos (I e II), ocorrência esperada quando se considera que a adaptação eficaz pressupõe respostas adequadas nos quatro setores da personalidade, indicando que o sujeito está sendo capaz de responder eficazmente às contingências da vida e portanto não necessitando de terapia.

Voltando à Tabela 02, desprezando-se os casos em que não consta a avaliação da EDAO, tem-se um total de N=82, amostra com a qual se trabalhou no teste da primeira hipótese.

Para o teste da terceira hipótese, referente à relação entre a configuração adaptativa e o fato dos procesos terem sido concluídos ou interrompidos, tinha-se a amostra registrada na Tabela 03.

Tabela 3 - Distribuição dos sujeitos quanto a EDAO em relação à conclusão ou interpretação do atendimento.

Destino do caso \ EDAO	Grupo III	Grupo V	TOTAL
Concluído	38	16	54
Interrompido	13	22	35
TOTAL	51	38	89

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para responder à primeira questão em que se pretendia verificar se o critério adaptativo constituiu fator relevante na indicação das estratégias, recorreu-se à prova estatística de qui-quadrado para N=82, onde se considerou o n.g.l.=2, o n.sig.=0,05 e prova bilateral e $\chi^2_c = 5,99$. Obteve-se $\chi^2_o = 13,82$, cuja probabilidade de ocorrência é de 0,001, podendo-se concluir pela rejeição da H_0 . Isto é, os dados permitem supor a associação entre o critério

adaptativo e a indicação das estratégias terapêuticas. A estratégia de apoio, foi significativamente mais indicada para os que apresentavam adaptação não-eficaz severa (do N=14, 12 pertenciam ao Gr. V). Nas estratégias de esclarecimento e interpretativa, prevaleceram os sujeitos com adaptação não-eficaz moderada (para a estratégia de esclarecimento tinha-se N=34, dos quais 23 do Gr. III e para a estratégia interpretativa, N=34 dos quais 24 do Gr. III).

Tem-se que, para os casos em que faltam recursos egóicos que permitam um bom nível de adaptação, a opção tem sido por uma estratégia mais suportiva, onde o paciente não é confrontado mas, aceito e compreendido. Quanto às estratégias de esclarecimento e interpretativa, os dados indicam uma equivalência das amostras (N=34, para ambas) e uma nítida tendência para indicá-las a casos de adaptação não-eficaz moderada (N=23 e N=24, respectivamente). Com base apenas nesses dados, não se pode discriminar que variáveis estariam determinando a opção por uma ou por outra, visto que ambas as distribuições estão muito equilibradas.

O fato da população estar distribuída em dois grupos adaptativos, não-eficaz moderado e não-eficaz severo, leva necessariamente à dicotomização da amostra e à impossibilidade de relacioná-la ponto a ponto com as estratégias adotadas em número de três. Havendo portanto, a necessidade de se precisar quais casos dentre os do Gr. III estão sendo indicados para terapias de esclarecimento e quais o estão para as interpretativas. No momento, pode-se apenas hipotetizar com base na experiência clínica, que nestes casos estão vigorando considerações relativas à hipótese psicodinâmica. Isto é, além do critério adaptativo, estariam sendo consideradas as defesas egóicas predominantes, a natureza do conflito subjacente ao foco e as evidências transferenciais presentes nas entrevistas psicodiagnósticas.

A segunda questão formulada, pretendia verificar o destino dos casos, se foram concluídos ou interrompidos, em função da estratégia adotada.

A distribuição de frequência da amostra (N=91) Tabela 02, indica que para as estratégias de apoio e esclarecimento não há diferença significativa quanto ao número de casos concluídos e interrompidos (apoio: N=15 sendo N=07 concluídos e N=08 interrompidos; esclarecimentos: N=42 sendo N=21 concluídos e N=21 interrompidos). Quanto à estratégia interpretativa tinha-se: N=34, sendo N=25 concluídos e N=09 interrompidos. O X^2 para o n.g.l.=1, prova unilateral igual a 7,52 $X^2_c = 2,71$, indica que nesta estratégia a probabilidade de se concluir o atendimento é significativamente maior do que a de se o interromper.

O fato de se concluir uma terapia, não garante naturalmente, sua eficácia. Contudo, permite supor que entre terapeuta e paciente foi possível manter o contrato de trabalho até o prazo estipulado. Isto é, deve ter sido

possível para ambos encontrar gratificação na relação de forma a justificar levar a termo o atendimento.

Como foi visto, dentre os casos indicados para a estratégia interpretativa, prevaleceram os sujeitos considerados adaptados não-eficaz moderado. Estes também o foram para a estratégia de esclarecimento, onde o número de sujeitos que concluíram, foi igual ao dos que interromperam. Dentro desta perspectiva, pode-se cogitar que talvez a estratégia interpretativa corresponda mais eficazmente às necessidades dos sujeitos com adaptação moderada, na medida em que os confronta com os motivos subjacentes à situação conflituosa, ultrapassando o limiar "pedagógico" da terapia de esclarecimento e atingindo os motivos subjacentes ao conflito focal.

Uma terapia cujo alvo implica como o afirma MALAN (1979) "em chegar por debaixo da defesa e da ansiedade, até o sentimento encoberto, e então, investigar este sentimento recuando do presente até suas origens no passado, geralmente na relação com os pais" p.114, supõe um envolvimento ativo do paciente no enfrentamento do conflito, maior motivação para a mudança, mas também costuma gerar maior gratificação, na medida em que o paciente recupera os vínculos ofuscados pela ação das defesas e vislumbra um sentido para o sintoma e o comportamento "patológico" que o angustiavam, e para os quais não encontrava solução. O *insight*, mesmo que cognitivo, como o sugerem SPILKA e KNOBEL (1968), confere um sentido para o sofrimento e libera energia egóica para a retomada do processo evolutivo. Possivelmente este ganho mais afetivo, justifique a maior probabilidade dos sujeitos do Gr. III concluírem as terapias em que são utilizadas a estratégia interpretativa, quando comparadas com as de estratégia de esclarecimento.

Quanto à terceira questão, pretendia-se verificar se haveria relação entre o grupo adaptativo e o fato de se concluir ou não os atendimentos. O teste do X^2 , n.gl. = 1, bilateral, indicou $X^2_o = 8,273$, para $X^2_c = 2,71$, permitindo a rejeição da H_o . Isto é, os dados indicam que os sujeitos do Gr.III tendem a concluir as psicoterapias numa freqüência significativamente maior do que os do Gr.V. Ou seja, melhor configuração adaptativa parece capacitar melhor os sujeitos a levarem a termo as psicoterapias, quando comparados aos com adaptação não-eficaz severa.

Estes dados vêm de encontro à expectativa teórica de que maiores recursos adaptativos, e portanto funções egóicas mais preservadas, permitem lidar melhor com situações ansiógenas, tolerar mais frustrações e portanto, enfrentar as situações terapêuticas.

Resta a questão de quais estratégias deveriam ser utilizadas para os de configuração adaptativa não-eficaz severa de forma a aumentar a probabilidade de virem a concluir os atendimentos.

Como se viu, adotou-se para esta população preferivelmente a estratégia de apoio, que visa basicamente a busca de "experiências emocionais corretivas", em que o terapeuta assume deliberadamente uma atitude que enseja a "correção" de uma experiência emocional vivida no passado (ALEXANDER e FRENCH, 1946). Trata-se de um recurso que se de um lado permite a remissão dos sintomas, pela diminuição da ansiedade, pode por outro, facilitar a regressão e estimular a transferência idealizada e a dependência do terapeuta. Desta forma pode-se supor que a interrupção do tratamento estaria respondendo primariamente a uma atitude defensiva do paciente, que vislumbrando o sofrimento pela perda prematura do objeto idealizado, abandoná-lo-ia antecipadamente.

Em oposição à tática de se buscar "experiências emocionais corretivas", alguns autores defendem um "papel provocativamente crítico", visando a mobilização da transferência negativa e o início precoce da elaboração (SIFNEOS, 1987; DAVANLOO, 1980). Se no primeiro caso o risco era a idealização defensiva, a atitude confrontativa pode levar à "retraumatização manipulativa" (HOROWITZ et alii 1984).

Argumentações deste tipo têm levado a conclusões que indicam para estes casos atendimentos longos, onde ao tempo mais extenso soma-se a neutralidade do terapeuta permitindo a elaboração tanto da transferência negativa, quanto da idealização.

Mesmo não se considerando os estudos de ALEXANDER e FRENCH (1946) que apontam para a falta de correlação entre o tempo e profundidade da terapia, há fatores de ordem prática que inviabilizam a indicação de terapias longas na assistência comunitária. Restando pois, a responsabilidade de se continuar pesquisando em busca de estratégias efetivas dentro dos limites impostos pela realidade.

Talvez uma alternativa seja a de se adotar a estratégia interpretativa para os pacientes Gr. V e comparar com um grupo controle, verificando o índice de desistência de ambos.

Outra questão a ser respondida em pesquisa futura, diz respeito a quais critérios estariam realmente sendo utilizados para a indicação das estratégias de esclarecimento e interpretativa, para os do Gr. III.

Concluindo, há que se reafirmar que os dados ora apresentados decorrem de um primeiro levantamento realizado, devendo ser complementados pelos de outra pesquisa, já em andamento no NEPPB, que visa o acompanhamento dos atendimentos. Ocasão em que se espera poder responder não apenas quem chega ou não a concluir atendimentos, mas qual a qualidade dos resultados obtidos.

BRIEF PSYCHOTHERAPIES: INDICATION CRITERIA AND THE THERAPEUTIC STRATEGIES

SUMMARY

YOSHIDA, E.M.P.; ENÉAS, M.L.E.; MITO, T.I.H. E YUKIMITSU, M.T.C.P. *Brief Psychotherapies: indication criteria and the therapeutic strategies. Estudos de Psicologia, 10(1): 53 - 64, 1993*

This work has aimed to systematize the brief psychotherapeutic procedures based on supporting (S), clearing (C) and interpretative (I) strategies, from the psychodynamic hypothesis and from the adaptative configuration of the subjects (EDAO). Results: a) a clear association between the adaptative criterion and the indication of the strategies; b) Gr.III tends to conclude more significantly, than that of Gr.V.; c) there is not significant difference between finished (F) and unfinished (U) ones related to (S) and (C) strategies. With (I) strategy, the probability of conclusion is significant. We can conclude that there is a tendency to adopt (S) strategy to Gr.V; (C) and (I) strategies to Gr.III. The group III cases tend to be concluded when the strategy is (I).

KEY-WORDS: *Brief-psychotherapy; psychotherapeutic strategies; psychodiagnostic criteria*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEXANDER, F. e FRENCH, T. (1946) **Terapêutica Psicoanalítica**. Trad. Luis Fabricant, Paidós. Buenos Aires, 1956.
- BINDER, J.L.; HENRY, W.P. e STRUPP, H.H. (1987) An appraisal of selection criteria for dynamic psychotherapies and implications for setting time limits. **Psychiatry, 50**: 154-166.
- CORDIOLI, A.V.; CALICH, J.C. e FLECK, M.P.A. (1989) Aliança terapêutica: uma revisão do conceito; in Eizirik, C.; Aguiar, R.; Schestatsky, S. e cols. **Psicoterapia de Orientação Analítica: teoria e prática**. Artes Médicas, Porto Alegre.
- DAVANLOO, H. (org.) (1980) **Short-term Dynamic Psychotherapy**. Jason Aronson, Northvale.

- EIZIRIK, C. ; AGUIAR, R. ; SCHESTATSKY, S. e cols. (1989) **Psicoterapia de Orientação Analítica: teoria e prática**. Artes Médicas, Porto Alegre.
- ENÉAS, M.L.E.; VASCONCELOS, A.S.M.; RILLO, C. e DUARTE, K.M.M. (1990) **Uma proposta de trabalho em psicoterapia breve**. (no prelo).
- FERREIRA-SANTOS, E. (1990) **Psicoterapia Breve-abordagem psicodramática de situações de crise**. Flumen, São Paulo, 1990.
- FIORINI, H.J. (1976) **Teoria e Técnica de Psicoterapias**. Trad. Carlos Sussekind. Francisco Alves, Rio de Janeiro, 1982.
- HOROWITZ, M.; MARMAR, C.; KRUPNICK, J.; WILNER, N.; KALTREIDER, N. e WALLERSTEIN, R. (1984) **Personalities styles and brief psychotherapy**. Basic Books, Inc. New York.
- KNOBEL, M. (1986) **Psicoterapia Breve**. EPU, São Paulo, 1986.
- LEMGRUBER, V.B. (1985) Teoria e Técnica de Psicoterapia Breve. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 34(3): 173-175.
- LUBORSKY, L.; McCLELLAN, A.T.; WOOD, G.E. et alii. (1985) Therapist success and its determinants. **Archives of General Psychiatry**, 42: 602-614.
- MACKENZIE, K.R. (1988) Recent developments in brief psychotherapy. **Hospital and Community Psychiatry**, 39(7): 742-752.
- MALAN, D.H. **A study of brief psychotherapy**. Tavistock Publication, London, 1963.
- MALAN, D.H. (1976a) **As fronteiras da psicoterapia breve**. Trad. Lais Knijnik e Maria Elisa R. Shestsky. Artes Médicas, Porto Alegre, 1981.
- MALAN, D.H. (1976b) **Toward the validation of dynamic psychotherapy: a replication**. Plenum Medical Book Company, New York and London.
- MALAN, D.H. (1979) **Psicoterapia individual e a ciência da psicodinâmica**. Trad. Clarisse Juchem. Artes Médicas, Porto Alegre, 1983.
- MANN, J. (1973) **Time-limited psychotherapy**. Harvard University Press, Massachusetts.
- SIFNEOS, P.E. (1972) **Short-term psychotherapy and emotional crisis**. Harvard University Press, Massachusetts.

- SIFNEOS, P. E. (1987) **Psicoterapia dinâmica breve**. Trad. Alceu Edir Fillmann. Artes Médicas, Porto Alegre, 1989.
- SIFNEOS, P.E. (1990) Short-term Anxiety Provoking Psychotherapy (STAPP) termination-outcome-and videotaping; in Zeig, J.K. e Gilligan, S.G. (eds). **Brief therapy: myths, methods and metaphors**, cap. 24. Brunner/Mazel, New York.
- SIMON, R. (1983) **Psicologia Clínica Preventiva: novos fundamentos**. EPU, São Paulo, 1989.
- SPIILKA, J.I. e KNOBEL, M. (1968) Acerca de la psicoterapia breve. **Acta Psiquiátrica Psicológica América Latina**. Buenos Aires, 14(2): 116-123.
- STRUPP, H.H.; BUTLER, S.F. e ROSSER, C.L. (1988) Training in psychodynamic psychotherapy. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 56: 689-695.
- STRUPP, H.H. (1990) Time-limited dynamic psychotherapy: development and implementation of a training program; in Zeig J.K. e Gilligan, S.G. **Brief therapy: myths, methods and metaphors**, Cap.25. Bruner/Mazel, New York.
- URSANO, R.J. e HALES, R.E. (1986) A review of brief individual psychotherapies. **American Journal of Psychiatry**, 143(12): 1507-1517
- YOSHIDA, E.M.P. (1990) **Psicoterapias Psicodinâmicas Breves e critérios psicodiagnósticos**. EPU.
- YOSHIDA, E.M.P. (1993) A psicoterapia breve na realidade brasileira. **Mudanças: psicoterapia e estudos psicossociais**, 1(1): 23-35.
- YUKIMITSU, M.T.C.P. (1991) **Psicoterapia Breve: conceito e prática através da técnica Delphi**. Dissertação de Mestrado, Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas.
- ZEIG, J.K. e GILLIGAN, S.G. (1990) **Brief therapy: myths, methods and metaphors**. Bruner/Mazel, New York.