

- LIPP, M. A.S.F. — Romano, M. A Covolan e M. J. Nery. *Como Enfrentar o stress*, Icone, 1987 (2ª ed).
- LIPP, Marilda N. — Stress e suas implicações. *Estudos de Psicologia*, 1984, 1 (3-4) 5-19.
- LUBORSKY, L. J. P. Docherty e S. Penick. — Onset condition for psychosomatic symptoms. *Psychosom. Med.* 1973, 35, 187-204.
- MECHANIC, D. — Discussion of research programs on relations between stress ful life events and episodes of physical illness. In Dohrenwend, B.S (ed) *Stressful Life Events* Wiley, Ny. 1974. 87-97.
- PETERSEN, A. C e B. Taylor. — The Biological Approach to Adolescence. In J. Adelson (ed) *Handbook of Adolescent psychology* Ny Wiley, 1980.
- PETERSEN, A. e R. Spiga. — Adolescence and Stress, in leo Goldberger e S. Breznitz (ed) *Handbook of stress*, Ny the Free Press, 1982, 515-528.
- ROBERTSON, J. — *Young Children in Hospital*. London: Tavistock Publication 1958.
- SELYE, Hans — *The Stress of Life* (ed. revista da 1927) Mcgraw Hill Book Co Ny. 1978.
- SPIELBERGER, Charles. — *Understanding Stress and Anxiety* San Francisco Harper & Row Publishers 1979.
- WOLFF, Sula. — *Children Under Stress* (2ª ed) Penguin Books, 1981.

## OUTROS ASPECTOS CRIATIVOS EM PSICOTERAPIA

Dr. John K. Wood\*

### RESUMO

Rogers enunciou a hipótese de que uma terapia efetiva acontece quando o terapeuta é congruente no relacionamento com o cliente, experiencia uma aceitação não-julgadora do cliente e uma compreensão empática da estrutura de referência do cliente e quando o cliente (que está ansioso e vulnerável e cuja experiência orgânica está incongruente com o conceito de self) percebe a consideração positiva incondicional e a compreensão empática do terapeuta.

Embora a maioria dos terapeutas aceite as condições que Rogers especifica na sua hipótese como necessárias, poucos as consideram suficientes. As pesquisas dos últimos 50 anos tem, em geral, confirmado a teoria mas ainda falta prová-la: principalmente devido ao excessivo interesse no terapeuta e falta de interesse no fenômeno da psicoterapia efetiva.

Este artigo examina vários aspectos do fenômeno que incluye a técnica usada, a cultura, crenças, o relacionamento terapêutico e o cenário. O autor incita a um exame preciso deste fenômeno com uma atenção especial para aspectos que não tem sido pesquisados cuidadosamente, tal como a capacidade de auto-cura do cliente.

O grande psicólogo norte-americano Carl Rogers começou sua carreira nos anos 30 numa clínica de aconselhamento infantil em Rochester, New York. Ele fora educado nas teorias da época e dominava seus métodos: escrever longas histórias-de-caso com as quais interpretava o comportamento dos pais o qual supostamente implicava os problemas de seus filhos.

Rogers teve seu primeiro momento de virada, enquanto psicólogo profissional, quando o renomado Alfred Adler visi-

(\*) Pós-Graduação em Psicologia — PUCCAMP.

tou a Clínica Rochester. Adler, antigo paciente de Freud e seu principal rival no controle do grupo psicoanalítico de Viena, sugeriu que histórias-de-caso não eram necessárias para um tratamento bem sucedido.

Parece que, embora Rogers não tenha se entusiasmado muito com Adler como pessoa, nem com suas teorias, ele de fato aceitou sua sugestão. As histórias-de-caso e as interpretações foram abandonadas e Rogers começou a escutar o que os pacientes diziam sobre suas experiências pessoais e sobre o que estas significavam para eles. Ele também começou a se perguntar seriamente "Como um paciente de psicoterapia perde seus sintomas, é considerado mais saudável, se sente melhor a respeito de si próprio, aproveita a vida melhor?" Mais especificamente, ele perguntava, "Quais são as condições que conduzem à uma psicoterapia efetiva?"

Rogers passou grande parte de sua carreira como psicólogo lidando com essa questão. Embora ainda não esteja resolvida, ele e seus colegas forneceram informação considerável sobre esse assunto.<sup>1</sup> Através de observação direta, gravações e filmes, eles foram capazes de deduzir pelo tom de voz, comportamentos verbais, posturas e gestos, quando que o terapeuta estava entendendo o cliente acurada e sensivelmente. Eram capazes de avaliar o calor e a aceitação incondicional da realidade do cliente, pelo terapeuta. Eram capazes de determinar quão ajustada era a experiência que se desenrola no interior do terapeuta ao seu comportamento externo. E através dos depoimentos do cliente eram capazes de analisar as percepções que tinham do terapeuta.

Por volta de 1959 eles sentiram que tinham evidência suficiente para estabelecer uma relação entre esses fatores: A capacidade inerente de cura do cliente é liberada numa relação interpessoal, na qual o terapeuta é congruente no relacionamento, está experienciando uma aceitação não crítica do cliente e uma compreensão empática da estrutura de referência interna do cliente, e quando o cliente (que está ansioso ou vulnerável e está

experienciando uma discrepância entre o self como ele o percebe e a experiência real do organismo) percebe a consideração positiva incondicional e a compreensão empática do terapeuta. (Rogers 1959).

Cinquenta anos de pesquisas deram suporte considerável a esta hipótese. Por exemplo, um estudo de nove anos de acompanhamento de pacientes esquizofrênicos mostrou que aqueles cujos terapeutas eram superiores em compreensão empática, calor e genuinidade se mantiveram fora de hospitais psiquiátricos mais tempo do que aqueles cujos terapeutas eram considerados fracos nestas qualidades. O grupo de controle para o caso apresentou um registro intermediário, sugerindo que aqueles cujas relações terapêuticas eram baixas em empatia, calor e genuinidade poderiam ter se saído melhor sem terapia nenhuma. Os autores deste estudo, depois de revisar todo o material publicado na época, sobre a eficácia da psicoterapia, concluíram que, independentemente da sua orientação, o terapeuta que é empático, genuíno e abdica de julgar o cliente é efetivo. (Truax & Mitchell, 1971).

## TÉCNICA

A despeito do entusiasmo que provocaram e da larga aceitação da sua necessidade, nunca se provou serem suficientes em si mesmas para uma terapia efetiva essas condições do terapeuta (Watson, 1984). Assim, psicoterapeutas (incluindo-se muitos Rogerianos) voltaram-se para a invenção de métodos para apoiar as "condições básicas do terapeuta." Em 1984 somente nos Estados Unidos, foram documentados 481 métodos terapêuticos. Em tempos não muito antigos, imersão em água fria, sovas, desorientação do paciente balançando-o em várias direções, choques elétricos, perfurações dos lobos frontais do cérebro com um palito de gelo, surgiram como tratamentos populares e "efetivos" para desordens psicológicas.

Muitos métodos desfrutaram de grande sucesso por uns tempos e depois foram abandonados e desvalorizados e, o que é mais sério ainda, considerados nocivos. Aparentemente a psicoterapia pode ser praticada com sucesso usando qualquer

(1) Rogers (1959) dá crédito às seguintes pessoas como o **group enterprise** que desenvolveu a teoria da terapia centrada-no-cliente: Victor Raimy, Richard Hogan, Stanley Standel, John Butler, Thomas Gordon, Oliver Bown, Desmond Cartwright, Arthur Combs, Eugene Gendlin, Abraham Maslow, Julius Seeman, John Shlien e Donald Snygg.

número de métodos. Com qualquer método dado, alguns terapeutas são mais efetivos que outros. Verificou-se que terapeutas eficientes usando métodos diferentes comportam-se de uma forma muito mais similar entre si do que terapeutas menos experientes usando os mesmos métodos (Fiedler, 1950).

Foi demonstrado que pessoas sem treinamento em psicoterapia podem ser tão eficientes quanto psicoterapeutas treinados e experientes. Trinta e cinco jovens necessitados de tratamento foram designados numa base rotativa para três grupos de terapeutas. Dez pacientes foram atendidos por psiquiatras com uma média acima de 23 anos de experiência em psicoterapia analítica; outros dez foram atendidos por psicólogos com uma média de 15 anos de experiência em terapias de tipo Rogeriana; os remanescentes 15 tiveram entrevistas com professores universitários (dos departamentos de matemática, línguas, história e filosofia) com uma média de 17 anos de experiência em ensino. Os professores universitários tinham uma reputação de serem pessoas com quem se podia falar de problemas pessoais, mas não tinham treinamento em nenhum método psicoterapêutico.

O processo de terapia diferiu consideravelmente nestes três grupos: os terapeutas profissionais passavam mais tempo que os professores universitários nas origens psicodinâmicas dos problemas dos pacientes. Os professores e os psicólogos de linhas relacionadas com a Rogeriana eram mais calorosas e mais pessoais nos seus relacionamentos com os pacientes do que os terapeutas analíticos. A conclusão: professores universitários (não treinados) promovem tanta melhora quanto psicólogos e psiquiatras experientes (Gomes-Schwartz, 1978). Assim, deduz-se que o método só não pode ser responsável pelo sucesso em psicoterapia.

## CULTURA

Abraham Maslow (1971), um dos pais da psicologia humanista, achava que a prática da arte poderia ser importante, não para produzir obras ou formar artistas, mas para produzir pessoas melhores. Psicoterapia talvez seja essencialmente a prá-

tica de uma arte, tanto para o terapeuta quanto para o cliente. Nesta prática o uso criativo do método pode ser muito importante.

O processo terapêutico acontece dentro de um contexto cultural. A aparência do psicoterapeuta, sua aplicação de um procedimento confiável, suas atitudes, as expectativas e esperanças do cliente, o que ambos acreditam sobre a cura são partes da cultura. Um poderoso ritual é criado dentro das possibilidades culturais — um ritual que tanto o doutor quanto o paciente sentem que devem desempenhar para que a cura aconteça.

Por exemplo, nas Filipinas, presenciei o seguinte: os pacientes declaravam suas queixas ou problemas na vida e o doutor "sondava" com as palmas das mãos o corpo do paciente para localizar os pontos com distúrbios. Ele então "escavava" nesses pontos com as pontas dos dedos e finalmente arrancava a "infecção": um material de tipo orgânico embebido em líquido cor de sangue. Depois de alisar e limpar a pele não há mais sinal da "cirurgia".

Alguns pacientes relataram alívio dos sintomas e outros não tinham comentários. Vi declarações de desaparecimento de tumores registrados clinicamente. Entretanto, do que pude avaliar pela observação daquela prática, o curador usou truques mágicos para produzir das suas próprias mãos pedaços de algum animal ou coisa similar. Ele certamente não realizou nenhuma cirurgia. Isso levou comentaristas de televisão, presunçosos, nos Estados Unidos, a rotularem essas práticas como fraude. Obviamente algumas podem muito bem até ser, tal como em qualquer outro campo. A questão para os psicólogos não é se esses procedimentos se conformam ou não às nossas expectativas, mas sim se elas são efetivas ou não. A representação deste ritual aparentemente foi bem sucedida em alguns casos.

E também, antes de denunciarmos esta gente ingênua que acredita nesta prática, é preciso considerar a seguinte pesquisa realizada nos Estados Unidos. Todos os pacientes estavam preparados exatamente da mesma forma, para uma cirurgia para aliviar angina pectoris. No momento em que a operação deveria começar o cirurgião era instruído sobre se ele deveria realizar uma operação verdadeira ou simulada. Na simulação, o peito era

aberto e sem fazer nada mais era fechado novamente. Na operação real, o peito era aberto e uma artéria era cuidadosamente atada, e o peito fechado de novo. Verificou-se que benefícios iguais no alívio das dores no peito foram conseguidos com a operação simulada e a verdadeira. (Beecher, 1961; Cobb et al, 1959; Dimond et al, 1958, 1960). O elaborado ritual ocidental da cirurgia moderna era um fator comum em ambos os procedimentos.

Parte da eficiência da psicoterapia aparentemente depende não só de se conformar às expectativas culturais, quanto também de alterá-las. Por exemplo, fora espera-se que se escondam os verdadeiros sentimentos; dentro da cultura de terapia, expressá-los honesta e completamente é o esperado. Fora, o "bate papo" pode ser socialmente desejável; dentro da terapia, ele impede o progresso, e assim por diante. Nesse processo vemos o que deve acontecer na sociedade em geral: nossa consciência individual deriva da cultura; nosso comportamento coletivo determina essa mesma cultura. Assim, somos criados por algo que estamos criando.

## CRENÇA

A possível conexão entre a crença do terapeuta em seu método e o sucesso é sugerida por outra evidência. Um estudo sugere que o interesse do terapeuta no paciente não era tão importante na ajuda ao paciente quanto seu interesse em validar a sua abordagem, sendo bem sucedido no tratamento. (Mc Nair et al, 1963).

A pesquisa de Combs (1986) sugere uma associação entre a consistência do sistema de crenças do terapeuta e quão bem sucedido ele é em facilitar uma terapia efetiva. Uma das histórias mais surpreendentes a respeito do efeito da crença é o seguinte: um médico ao notar os efeitos positivos de uma nova droga experimental no alívio dos sintomas de asma de um paciente, substituiu-a por placebo na esperança de estabelecer a validade da droga. Quando o paciente reclamou da reincidência dos sintomas, o médico se satisfez quanto ao fato de não estar observando o efeito de placebo e encomendou mais desse medi-

camento. O laboratório farmacêutico informou-o que a droga original que ele estivera usando era de fato um placebo. (Ornstein & Sobel, 1987) O paciente estivera recebendo placebo o tempo todo. Quando o médico acreditava que era uma droga ativa o paciente progredia; quando o médico acreditava o contrário, o paciente piorava.

Assim, além de sua compreensão empática, genuinidade e aceitação do cliente, a crença do terapeuta no seu tratamento e a decorrente habilidade que lhe dá para ajudar seu paciente podem ser um fator influenciante, ainda que seu método, propriamente, possa até não ser suficiente para uma terapia efetiva.

## O RELACIONAMENTO TERAPÊUTICO

As crenças, atitudes e comportamentos do terapeuta não ocorrem isoladamente, mas num relacionamento com o cliente. Empatia, por exemplo, é um aspecto do relacionamento. Mesmo em terapia comportamental, foi mostrado que a percepção do cliente da relação terapêutica está relacionada com o proveito do cliente. Pacientes relataram que a calma, a escuta complacente, o suporte e aprovação do terapeuta, seu conselho e "fé" foram o que eles consideraram de maior ajuda num bom relacionamento (Ford, 1978).

Surpreendentemente, entretanto, o nível de compreensão empática que um terapeuta mostra depende mais do cliente do que do terapeuta. Ficou mostrado através de pesquisa que o mesmo terapeuta expressa níveis diferentes de empatia com diferentes clientes e que alguns clientes podem evocar níveis mais altos de empatia em cada terapeuta. (Moos & MacIntosh, 1970).

Nossas percepções, emoções, tensões musculares, respiração, batidas cardíacas e pressão arterial são afetadas por aqueles a nossa volta. Somos tão fortemente conetados uns aos outros que um pesquisador fisiológico foi levado a dizer: "O sistema nervoso autônomo é tanto uma estrutura social quanto é vegetativa" (Kamiya, 1981).

A experiência de terapia pode envolver uma relação transpessoal também. Rogers, por exemplo, quando estava enga-

jado numa terapia, relatava estar numa completa concentração que excluía tudo, exceto aquilo sobre o que estava completamente focalizado: tentando entender tudo o que o cliente estava dizendo. Rapidamente ele perdia toda a consciência do que estava acontecendo ao seu redor, mesmo quando estava sendo filmado. Ele também contava que perdia a consciência de tempo. E, no final da entrevista, ele não podia se lembrar muito do que havia passado. O que ele descreve é um estado alterado de consciência. Ele disse: "Sinto que nos melhores momentos de terapia há um mútuo estado alterado de consciência. Que nós, verdadeiramente, ambos, de alguma forma transcendemos um pouco o que somos ordinariamente." (Heppner et al, 1984).

Rogers (1980) também sentia que "Além da mensagem imediata da pessoa, não importa qual seja, há o universal... Assim, há tanto a satisfação de escutar esta pessoa quanto a satisfação de estar em contato com o que é universalmente verdadeiro."

## CENÁRIO

Existem muitas influências sutis no processo psicoterapêutico que devem ser considerados mais extensamente. A organização do espaço, por exemplo. Caminhando através do Sena minha consciência pode se alçar até as nuvens e o espaço além, mas não vai. Minha atenção se dirige para o rio, a folhagem verde das suas margens, para a calçada irregular sob meus pés, para as faces das pessoas que passam.

Mas assim que viro e entro na catedral de Notre Dame, apesar da multidão e dos turistas barulhentos, meus ombros relaxam e minha consciência alça vôo. Sem limitar-se pelos cantos escuros e embolorados do edifício, vai até o espaço ilimitado, para refletir sobre o significado da vida, meu lugar no universo.

Maslow and Mintz (1956) conduziram uma experiência sobre o efeito da organização do espaço que é especialmente relevante para a psicoterapia. Eles construíram três quartos: um bonito, confortável, arejado e iluminado: outro limpo, mas não atraente; e outro feio, sujo e empoeirado, cortinas rasgadas, uma única lâmpada no teto, com caixas e lixo espalhados. Uma série

de entrevistas sobre percepção foram conduzidas nesses quartos. Além da descoberta já esperada que as percepções tendiam a ser mais positivas no quarto bonito do que no feio, outra observação interessante foi feita. Os experimentadores consistentemente experienciavam "monotonia, fadiga, dores de cabeça, sono, descontentamento, irritabilidade, hostilidade", quando usavam o quarto feio. Embora soubessem que tinham esses sentimentos e que não gostavam do quarto feio, era difícil para eles aceitar seriamente a noção de que o quarto feio causava aquela mudança no humor (Mintz, 1956). A organização do espaço ao redor deles lhes afetava consistentemente a consciência.

A mera redução da luz, como a que ocorre na mudança sazonal do sol em latitudes mais próximas dos polos, pode causar profundas mudanças de humor. Muitas pessoas sofrem de depressão durante o inverno por causa dessa falta de luz solar. "Desordem afetiva sazonal", como é chamada, é tratada com sucesso pela exposição a um completo espectro de luz. (Rosenthal et al, 1984) A cor também parece afetar o humor. Cor-de-rosa, por exemplo, assegura-se que acalma pessoas em estados agressivos. Todos concordam que sons afetam humores, mas odores também podem afetar a consciência. O cheiro de maçã apimentada, por exemplo, acredita-se que reduza a pressão do sangue na mesma medida daquela causada pela meditação.

Na Califórnia donde venho, há uma frente térmica seguida por ventos fortes que se chama Santa Ana. Quando esses ventos sopram através da terra, um número substancial de pessoas experimentam irritabilidade, enxaqueca, náuseas e congestão respiratória. Esses "ventos mal afamados" ocorrem em outros lugares também: no Oriente Próximo (o Sharav), na Europa Central (o Foehn), no Brasil (o noroeste). Esse tipo de vento empurra ar com grande concentração de íons positivos. Inalar ar que contém grande número de íons negativos, por outro lado, alivia sintomas e induz humores relaxados. Quantidades enormes de íons negativos são encontrados no ar puro que circunda praias, cachoeiras e altas montanhas. Talvez não seja coincidência que esses lugares estejam associados com experiências inspiradoras.

O cenário terapêutico organiza o espaço do cliente. Ele contém imagens, sons, cheiros, cores, mudanças na luz solar e na temperatura e pode afetar o humor do cliente (e do tera-

peuta), suas percepções, cognições e reações emocionais. Uma mudança sutil no ar, uma reorganização do espaço podem transformar uma evitação irritada em inspiração relaxada. O ambiente pode facilitar uma pessoa a perceber além de si própria, refletir sobre sua vida, obter insight sobre problemas pessoais, chegando a novas percepções de seu relacionamento com o mundo-exatamente o que a psicoterapia freqüentemente visa a realizar.

## O FENÔMENO DE UMA TERAPIA EFETIVA

Há assim ainda muito a aprender sobre as atitudes, crenças e comportamentos do terapeuta; sobre o relacionamento terapêutico num cenário, dentro de uma cultura. E há muito a aprender sobre o cliente e sua experiência. Quem é mais central neste fenômeno do que o próprio cliente? Suas atitudes, expectativas são vitalmente importantes para um resultado bem sucedido da psicoterapia. Sua ansiedade é um pré-requisito necessário para a terapia. Uma atitude negativa de desamparo, entretanto, pode acelerar a doença e a morte. (Seligman, 1975) Ao contrário, uma atitude positiva para com o terapeuta e um comprometimento com o trabalho de mudar-se a si mesmo (como relatado também no estudo envolvendo professores universitários mencionado anteriormente) pode prognosticar sucesso. Temos mesmo evidência, advinda da terapia de grupos na Alemanha, que a capacidade do cliente para uma compreensão empática é um melhor prognosticador de sucesso em psicoterapia do que do terapeuta (Mente & Spittler, 1980).

Médicos e terapeutas se apóiam igualmente numa capacidade autocurativa do organismo humano. O organismo é capaz de usar estimulantes químicos para curar-se. É capaz de usar o relacionamento com um psicoterapeuta para curar-se. Pode usar substâncias inertes tais como placebos para curar-se. Esta capacidade de autocura aparentemente bastante poderosa quando provocada. É, até mesmo, capaz de reverter efeitos de medicamentos para efetuar uma autocura. Por exemplo, a uma paciente que sofria de náusea e vômitos foi ministrado uma droga extremamente poderosa que os médicos diziam ter certeza que a ajudaria. Os sintomas desapareceram imediatamente, tanto por

verificações clínicas quanto através do seu depoimento. Isto, a despeito do fato de que a "poderosa droga" que lhe foi dada era na verdade um medicamento para induzir vômitos (Wolf, 1950).

Como é engajada a capacidade de autocura no processo terapêutico bem sucedido? Talvez nós façamos menos do que imaginamos fazer para efetuar mudanças em nossos clientes, mas talvez possamos fazer muito mais para melhorar as condições que facilitem a mudança terapêutica. Para pistas de como isso pode ser conseguido, uma abordagem centrada na pessoa hoje poderia dirigir seu foco não somente para vários fragmentos, mas para o fenômeno da terapia efetiva: um processo que engaja a capacidade de autocura do cliente numa relação com o terapeuta, num cenário, dentro de uma cultura.

## ABSTRACT

*Rogers has hypothesized that effective therapy takes place when therapist is congruent in the relationship with the client, is experiencing non-judgemental acceptance of the client and empathic understanding of the client's frame of reference and when the client (who is anxious and vulnerable and the organismic experience is incongruent with the concept of self) perceives the unconditional positive regard and the empathic understanding of the therapist.*

*Though most psychotherapists accept the conditions Rogers specifies in this hypothesis as necessary, few regard them as sufficient. Research over some fifty years has generally supported the theory but has yet to prove it; largely due to excessive interest in the therapist and lack of interest in the phenomenon of effective psychotherapy.*

*This article examines various aspects of the phenomenon which includes the technique used, culture, belief, the therapeutic relationship and setting. The author urges a careful examination of this phenomenon with particular attention to aspects which have not been researched carefully, such as the self-healing capacity of the client.*

## BIBLIOGRAFIA

- BEECHER, H. K. (1961) — Surgery as placebo. *Journal of the American Medical Association*, 176 (13) 1102-1107.
- COBB, L. A., THOMAS, G. I., DILLARD, O. H., et al (1959) — Evolution of internal-mammary-artery ligation by double-blind technique. *New England Journal of Medicine*, 260 1115-1118.
- COMBS, A. (1986) — Person-centered assumptions for counselor education. *Person-Centered Review*, 1 February, 72-82.
- DIMOND, E. G., KITTLE, C. F. & CROCKETT, J. E. (1958) — Evaluation of internal mammary artery ligation and sham procedure in angina pectoris. *Circulation*, 18 712-713.
- DIMOND, E. G. et al (1960) — Comparison of internal mammary artery ligation and sham operation for angina pectoris. *American Journal of Cardiology*, 5 484-486.
- FIEDLER, F. E. (1950) — A comparison of therapeutic relationships in psychoanalytic, nondirective and Adlerian therapy. *Journal of Consulting Psychology*, 14 436-445.
- FORD, J. D. (1978) — Therapeutic relationship in behavior therapy: An empirical analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46 (6) 1302-1314.
- GOMES-SCHWARTZ, B. (1978) — Effective ingredients in psychotherapy: Prediction of outcome from process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46 (5), 1023-1035.
- HEPPNER, P. P., ROGERS, M. E. & LEE, L. A. (1984) — Carl Rogers: Reflection on his life. *Journal of Counseling and Development*, 63 14-20.
- KAMIYA, J. (1981) — Symposium on healing. Los Angeles, March 21.
- MASLOW, A. H. (1971) — *The further reaches of human nature* N. Y.: The Viking Press.
- MASLOW, A. H. & MINTZ, N. L. (1956) — Effects of esthetic surroundings: I. Initial effects of three esthetic conditions upon perceiving "energy" and "well-being" in faces. *The Journal of Psychology*, 41 247-254.

- MINTZ, N. L. (1956) — Effects of esthetic surroundings. II Prolonged and repeated experiences of a "beautiful" and an "ugly" room. *The Journal of Psychology*, 41 459-466.
- McNAIR, D. M., LORR, M., CALLAHAN, D. M. (1963) — Patient and therapist influences on quitting psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 27 10-17.
- MENTE, A. & Spittler, H. D. (1980) — *Erlebnisorientierte gruppenpsychotherapie* Paderborn: Junfermann.
- MOOS, R. H. & MACINTOSH, S. (1970) — Multivariate study of the patient-therapist system: A replication and extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35 298-307.
- ORNSTEIN, R. & SOBEL, D. (1987) — *The Healing Brain* N. Y.: Simon & Schuster.
- ROGERS, C. R. (1959) — A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (ed.) *Psychology: A Study of a science* Vol. 3 Formulations of the person and the social context. N. Y.: McGraw Hill.
- ROGERS, C. R. (1980) — *A Way of Being*. Boston: Houghton Mifflin.
- ROSENTHAL, N. E., SACK, D. A., GILLIN, J. C., et al (1984). — Seasonal affective disorder: A description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. *Archives of General Psychiatry*, 41 72-80.
- SELIGMAN, M. (1975) — *Learned helplessness*. San Francisco: Freeman & Co.
- TRUAX, C. B. & MITCHELL, K. M. (1971) — Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior changes*. N. Y.: John Wiley & Sons.
- WATSON, N. (1984) — The empirical status of Rogers's hypotheses of the necessary and sufficient conditions for effective psychotherapy. In R. F. Levant & J. M. Shlien (eds) *Client-centered therapy and the person-centered approach: New directions in theory, research and practice*. N. Y.: Praeger Press.

WOLF, S. (1950) — Effects of suggestion and conditioning on the action of chemical agents in human subjects: The pharmacology of placebo. *Journal of Clinical Investigation*, 29 100-109.