



**Este trabalho** está licenciado sob uma licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações a criação de obras derivadas 4.0 Internacional.

**Você tem direito de:**

Compartilhar — copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato.

**De acordo com os termos seguintes:**

Atribuição — Você deve dar o **crédito apropriado**, prover um link para a licença e **indicar se mudanças foram feitas**. Você deve fazê-lo em qualquer circunstância razoável, mas de maneira alguma que sugira ao licenciante a apoiar você ou o seu uso.

Não Comercial — Você não pode usar o material para **fins comerciais**.

Sem Derivações — Se você **remixar, transformar ou criar a partir** do material, você não pode distribuir o material modificado.

**Sem restrições adicionais** — Você não pode aplicar termos jurídicos ou **medidas de caráter tecnológico** que restrinjam legalmente outros de fazerem algo que a licença permita.



**This work** is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License.

**You are free to:**

Share — copy and redistribute the material in any medium or format

**Under the following terms:**

Attribution — You must give **appropriate credit**, provide a link to the license, and **indicate if changes were made**. You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggests the licensor endorses you or your use.

NonCommercial — You may not use the material for **commercial purposes**.

NoDerivatives — If you **remix, transform, or build upon** the material, you may not distribute the modified material.

**No additional restrictions** — You may not apply legal terms or **technological measures** that legally restrict others from doing anything the license permits.

# **Psicologia Clínica e Cultura Contemporânea 2**

**Maria Inês Gandolfo Conceição**

**Maria Izabel Tafuri**

**Daniela Scheinkman Chatelard**

(Organizadoras)

Brasília

2015

PDF



# 18

## Grupos anônimos de apoio: uma leitura dos fatores terapêuticos a partir da análise dos atos de fala

**Valeska Zanello**

**Graciela Hosel**

**Larissa Sorayane Bezerra Soares**

**Luana Aline Afonso**

**Mayara Soares dos Santos**

Cada cultura, em um determinado momento histórico, apresenta paradigmas específicos (muitas vezes multifacetados), que fornecem enquadres interpretativos às mais diversas experiências humanas, dentre as quais o adoecer é uma delas (Laplantine, 2004). Estes enquadres privilegiam formas etnoculturais de tratamento, nas quais encontram-se as psicoterapias. Até 1980 foram listadas, no mundo ocidental, ao menos 300 tipos de terapias diferentes (Sampson, 2001), dentre elas:

*La psicossíntesis de Roberto Assagioli, el análisis transaccional de Eric Berne, la terapia racional-emotiva de Albert Ellis, la EST de Werner Erhard, la logoterapia de William Glasser, la terapia primal de Arthur Janov, la terapia psicodélica de Timothy Leary, la terapia bioenergética de Alexander Lowen, la psicología humanista de Abraham Maslow, la psicoci-*

*bernética de Maxwell Maltz, el psicodrama de Jacob L. Moreno, la psicología de las profundidades de Ira Progoff, la integración estructural o Rolfing de Ida Rolf, além de “el realismo estético, el entrenamiento para la asertividad, la proyección astral, Meher Baba, el método de Bates, modificación del comportamiento, bioritmo, terapia de danza, Esalen, terapia familiar, el método de Kelley, terapia zonal, terapia de grupo nudista, la meditación trascendental y, por supuesto, las importaciones orientalizantes: yoga, zen, I Ching, y las artes marciales que, al decir de sus partidarios, paradójicamente fomentarían el pacifismo (Sampson, 2001, p. 359-368).*

Os grupos de autoajuda configuram-se atualmente como etnoterapias disponíveis em nossa cultura. O mais correto seria denominar-lhes de grupos de ajuda mútua. Somente no Brasil há pelo menos dezessete grandes associações de ajuda mútua, as quais congregam em torno de 5.700 grupos e 120.000 membros. Em relação ao número mundial de membros contabilizou-se, só nos EUA, uma média de 15 milhões de pessoas, em um levantamento realizado em 1990. Estes membros participam de GAA (Grupos Anônimos de Apoio) em suas diversas especificidades: Alcoólicas Anônimas, Narcóticos Anônimos, Comedores Compulsivos Anônimos, Mulheres que Amam Demais Anônimas, Dependentes de Amor e Sexo Anônimos etc.

Segundo Ferreira (2008), os GAA (Grupos Anônimos de Apoio) surgiram após a Segunda Guerra Mundial. Sua proliferação deu-se depois da experiência pioneira dos grupos Alcoólicos Anônimos, nos EUA, em 1935 (Roehe, 2004, 2005). Na estruturação do grupo há 12 passos, os quais contemplam os seguintes aspectos (Loeck, 2009): aceitação pelo sujeito de que ele está doente e impotente frente à doença; aceitação de que há um poder maior que ele<sup>1</sup>; deve-se fazer uma recapitulação sobre os erros do passado e atitudes relacionadas à doença que possam

---

(1) A relação dos grupos com a religiosidade não será tratada neste artigo, mas pode ser encontrada em Roehe (2003, 2004, 2005) e Loeck (2009).

ter prejudicado outras pessoas; deve-se admitir perante o grupo os erros cometidos naquele período conturbado; deve-se pedir ao “Poder Superior” ajuda para superar os “defeitos” relacionados à doença que ainda estão presentes; deve-se reparar, da maneira que for possível, os danos que se causou às pessoas por causa da doença; deve-se lembrar que a recuperação nunca é definitiva; deve-se orar, como forma de contato com o “Poder Superior”; e, por último, deve-se levar a mensagem para aqueles que sofrem da mesma doença mas ainda não conhecem o grupo.

Segundo Roehe (2005), os critérios mais utilizados nestes grupos são: auto-sugestão, independência de instituições e profissionais de saúde, participação voluntária, nenhum interesse financeiro, foco (são dirigidos para um único problema) e têm as experiências pessoais como principal fonte de ajuda. As relações simétricas são possíveis pela similaridade das experiências dos membros do grupo e por não haver hierarquias, tais como aquelas presentes na relação do paciente e do terapeuta, na maior parte das psicoterapias tradicionais<sup>2</sup>. Há um rodízio do papel de mediador dos encontros entre os próprios membros, sobretudo dentre aqueles que estão há mais tempo no grupo ou que têm mais experiência.

O anonimato é um dos pilares do funcionamento do grupo e possui duas funções (Loeck, 2009): de um lado, permite a identificação entre os participantes através do problema comum, compartilhado (não há necessidade de dar detalhes da vida pessoal); por outro, aponta a necessidade de sigilo (tanto do que se ouviu, quanto acerca da identidade de outros membros) fora dos limites grupais. No grupo, há também regras em relação a falar: não se deve referir ao depoimento de outra pessoa, nem devem ser dados conselhos, opiniões, sugestões ou consolo. Não são permitidas interrupções durante o depoimento de um dos membros. Cada um deve esperar a palavra ser aberta pelo mediador e solicitar a permissão para falar.

---

(2) Nas psicoterapias de grupo a igualdade de status (simetria) entre os membros também se mostra como um aspecto importante e indispensável (Ver Bechelli & Santos, 2005)

Segundo Roehe (2005), entrar em um GAA significa comprometer-se com a mudança pessoal. Neste sentido, o sujeito deve assumir um protagonismo em relação à sua recuperação ou mudança.

Apesar de não ser uma psicoterapia de grupo, os grupos anônimos de apoio parecem possuir alguns fatores terapêuticos presentes naquela, podendo constituir-se como importante objeto de pesquisa para a própria psicologia clínica. Como afirma Roehe (2005, p. 12), “psicólogos tendem a manter-se afastados e a ter pouco conhecimento a respeito dos GAA”. O autor aponta a necessidade de se pesquisar os GAA: “O profissional pode realizar estudos sobre temas tais como efetividade, mecanismos de funcionamento, formas de organização e liderança e mudanças produzidas nos integrantes, assim como no próprio grupo” (Roehe, 2005, p. 14)

As pesquisas sobre eficácia e efetividade das psicoterapias bem como os fatores terapêuticos envolvidos no processo de melhora ou cura principiaram, sobretudo, a partir da crítica de Eysenck, em 1950, o qual afirmou que as mudanças ocorridas durante uma psicoterapia eram devidas a própria passagem do tempo e não às técnicas utilizadas (Sales, 2009).

A partir destas pesquisas, houve concordância de que boa parte dos efeitos se dava ao uso de técnicas específicas, próprias a cada abordagem, e, por outro lado, a fatores comuns ou inespecíficos, presentes em todas as abordagens (Cordioli, 2008; Salles, 2009). Os fatores comuns ou inespecíficos abarcariam uma série de elementos, os quais parecem estar presentes também em outras etnoterapias, que não apenas a psicoterapia, como é o caso dos GAA.

Para Cordioli e Giglio (2008) pode-se classificar os fatores comuns/ inespecíficos em quatro grandes grupos: os de natureza cognitiva; os fatores comportamentais (aprendizagem); os fatores inerentes à relação terapêutica (experiência afetiva); e, por último, os fatores sociais, grupais ou sistêmicos. Dentre os fatores de natureza cognitiva, teríamos: a psicoeducação, a reestruturação cognitiva e a ocorrência de *insight*. Já dentre os fatores comportamentais haveria o processo de

aprendizagem implícita em toda e qualquer terapia, levando a mudanças comportamentais. Na relação terapêutica encontramos a importância do vínculo afetivo, da aliança de trabalho, da identificação com o terapeuta, do apoio e da catarse. E, por último, os fatores sociais, os quais valorizam o contexto grupal como fator de mudança.

Fernández, Mella, Chenevard, García, Cáceres e Vergara (2008) classificam os fatores comuns/inespecíficos ao redor de três grandes eixos: o paciente, o terapeuta e a relação entre ambos. Os fatores do paciente seriam: variáveis demográficas (como por exemplo, gênero, idade e nível socioeconômico); diagnóstico clínico, tais como características de personalidade, tipo de transtorno e complexidade do sintoma; crença e expectativa de melhora; e disposição pessoal. As variáveis do terapeuta seriam: a atitude (acolhimento aceitação, autenticidade, congruência); habilidades; personalidade; nível de experiência e bem estar emocional.

Já segundo Frank (1982), os elementos comuns (inespecíficos) seriam: estabelecimento e manutenção de uma relação significativa; confiança e esperança de aliviar o sofrimento; obtenção de novas informações; ativação emocional de certos fatos; aumento da sensação de domínio e autoeficácia.

Além dos fatores comuns/inespecíficos encontrados nas psicoterapias em geral, há aqueles encontrados especialmente nas psicoterapias de grupo. Vinogradov, Cox e Yalom (2003) apontam os fatores comuns/inespecíficos típicos das terapias de grupo: instilação de esperança (acreditar que é possível superar os problemas), a universalidade do problema (perceber que não se é o único a ter estes problemas); compartilhamento de informações; altruísmo (sentir-se ajudando aos demais); socialização; comportamento imitativo (pela observação do comportamento dos outros); catarse (ventilação das emoções); recapitulação corretiva (possibilidade de rever/recapitular no grupo comportamentos que apresenta com seus familiares); fatores existenciais, coesão grupal; e aprendizagem interpessoal.

Como sublinhamos anteriormente, alguns dos fatores inespecíficos ou comuns apontados nas psicoterapias em geral, e nas psicoterapias de grupo em es-

pecial, parecem estar presentes nos grupos anônimos de apoio, dentre os quais poderíamos citar:

- a) um foco (universalidade do problema);
- b) compartilhamento de informações;
- c) catarse (é esperado que cada pessoa relate sua experiência dolorosa);
- d) crença e expectativa de melhora (a escuta do relato de outras pessoas que já superaram ou lidam com o problema de forma menos destrutiva leva à instilação de esperança);
- e) disposição pessoal, presente no protagonismo exigido no funcionamento destes grupos. Neste sentido, o participante precisa responsabilizar-se por sua melhora;
- f) obtenção de novas informações e psicoeducação;

Há um elemento que também se mostra comum a todas as (psico)terapias, mesmo aquelas ditas corporais: o uso da linguagem simbólica. No entanto, como já apontamos em outros artigos (Zanello, 2010; Zanello & Martins, 2012) há especificidades no modo de seu uso, o qual se relaciona com a(s) técnica(s) utilizada(s). A análise do uso da linguagem, enquanto ato de fala, pode assim ser uma importante ponte para a compreensão do que efetivamente ocorre em um processo terapêutico, seja ele psi ou não, bem como constitui-se como um instrumento de análise da técnica e dos fatores terapêuticos específicos e comuns/inespecíficos atuantes (Zanello & Martins, 2012).

O presente artigo teve como escopo fazer um levantamento dos usos da fala, bem como de sua distribuição entre mediadores e participantes, em quatro encontros consecutivos de quatro grupos anônimos, a saber: o MADA (Mulheres que Amam Demais Anônimas), o CCA (Comedores Compulsivos Anônimos), o NA (Narcóticos Anônimos) e o AA (Alcoolistas Anônimos). O objetivo foi explicitar, a partir



dos usos da fala, a(s) técnica(s) utilizadas, bem como os fatores terapêuticos que ocorrem nestes grupos.

## **Metodologia**

Foram escolhidos quatro grupos em uma capital brasileira: MADA (Mulheres que Amam Demais Anônimas), CCA (Comedores Compulsivos Anônimos), NA (Narcóticos Anônimos), AA (Alcoólicos Anônimos). Foram gravados, com a anuência dos participantes, 16 encontros, quatro em cada grupo, com duração média variável entre 80 a 120 min, dependendo do número de participantes presentes no dia. As gravações foram transcritas e as falas foram analisadas e categorizadas de maneira separada entre grupo e mediador.

Para a classificação, utilizou-se a teoria dos atos de fala (Austin, 1990; Searle, 1984) e as categorias que levam em consideração sua força elocucionária (o que se faz ao dizer) em cinco grandes grupos (Searle, 1995), a saber:

- Assertivos: atos de fala que têm o propósito de comprometer o falante com o fato de algo ser verdadeiro, com a verdade da proposição expressa; podendo ser verdadeiro ou falso;
- Diretivos: atos de fala que se constituem como tentativas (em graus variados) de levar o ouvinte a fazer algo;
- Compromissivos: atos de fala que têm o propósito de comprometer o falante a alguma linha de ação futura;
- Expressivos: atos de fala que têm o propósito de expressar um estado psicológico;
- Declarações: atos de fala nos quais o estado de coisas representado na proposição é realizado ou feito existir pelo dispositivo indicador de força elocucionária.

Os atos de fala foram classificados em relação ao total das reuniões observadas (ou seja, juntou-se todos os atos de fala realizados pelos mediadores nos 16 encontros observados, ainda que em GAA diferentes) e, por outro lado, juntou-se os atos de fala realizados pelos participantes (também nos 16 encontros observados), procedendo a uma análise da distribuição média da fala nestes grupos, bem como da ocorrência média dos tipos de atos de fala proferidos tanto pelos mediadores, quanto pelos participantes. Esta opção foi realizada com objetivo de descartar qualquer particularidade que porventura pudesse haver em qualquer um destes grupos.

## Resultados e Discussão

No total, foram registrados 12.250 atos de fala. Destes, 3.624 foram proferidos pelos mediadores (29,57%) e 8.626 pelos participantes (70,43%). No gráfico abaixo podemos comparar a quantidade total dos tipos de atos de fala entre mediadores e participantes, em relação ao número total de atos de fala que ocorreram nos 16 encontros (12.250):

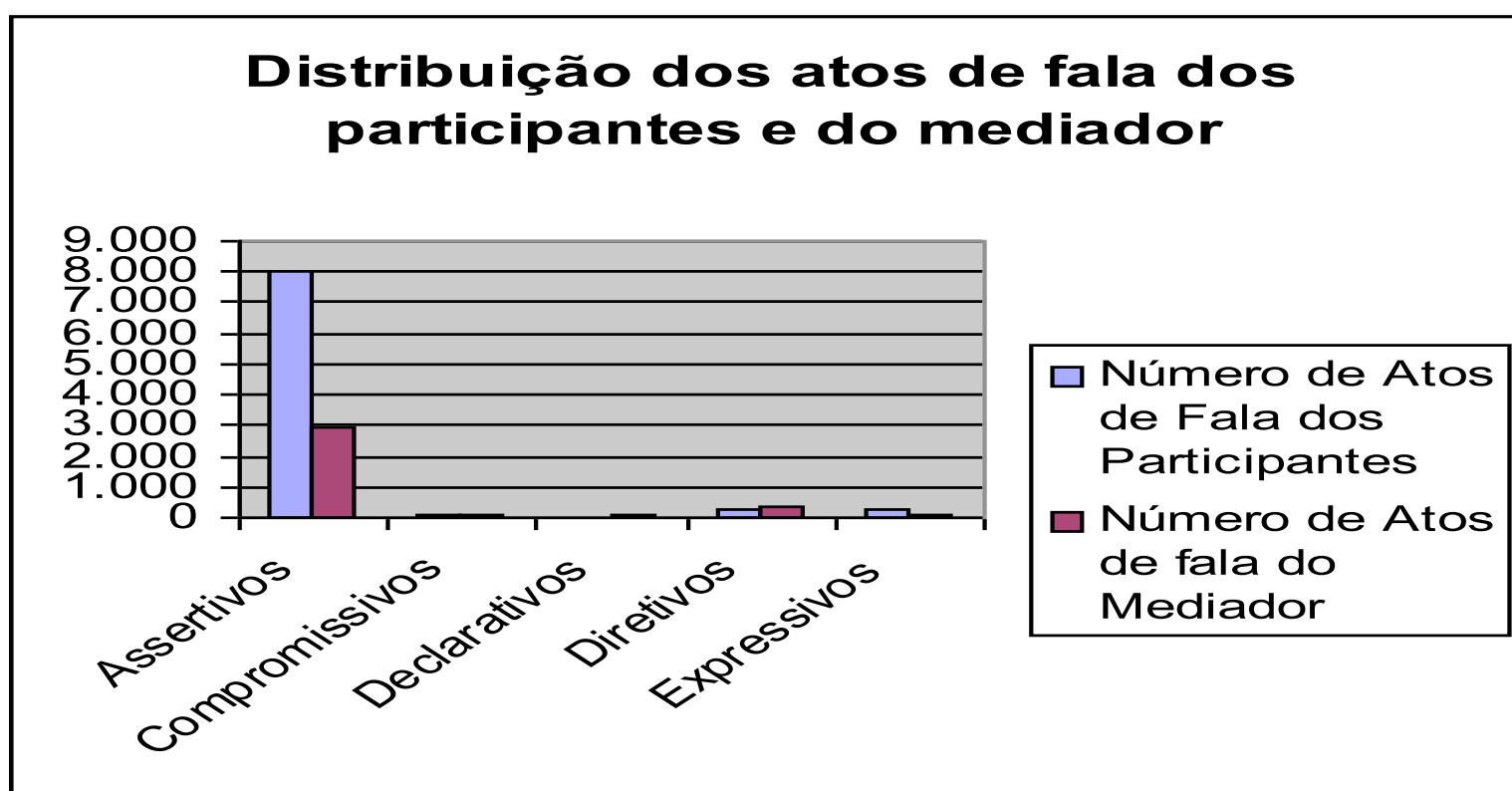
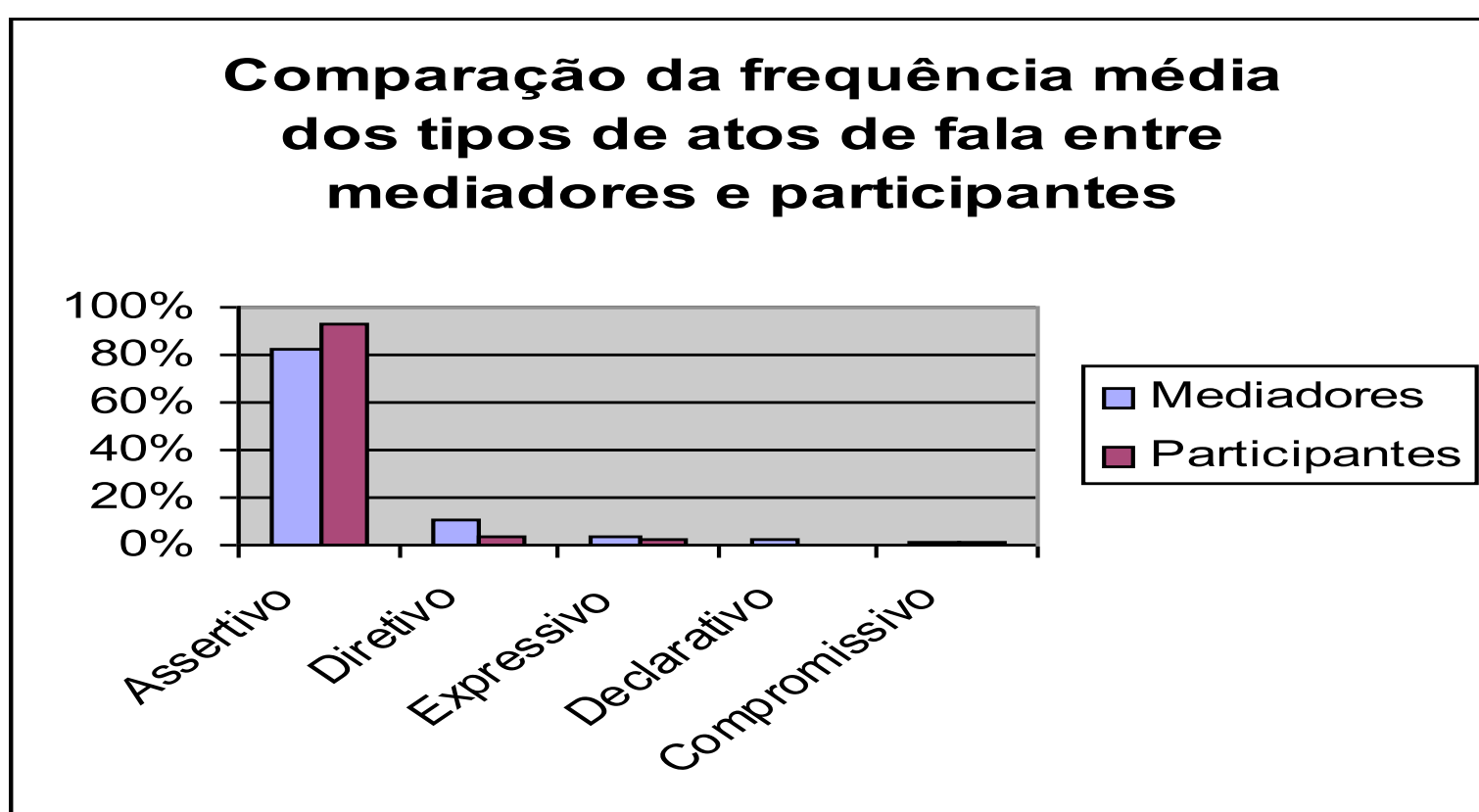


Figura 1. Distribuição dos atos de fala dos participantes e do mediador

Dentre os atos de fala realizados pelos mediadores, encontramos a seguinte distribuição média (em relação ao total de atos de fala proferidos apenas pelos mediadores): prevalência de atos de fala assertivos (82%), atos de fala diretivos (10,8%), atos de fala expressivos (3,3%), atos de fala declarativos (2,7%), atos de fala compromissivos (1,2%).

Dentre os atos de fala realizados pelos participantes, encontramos a seguinte distribuição média (proferidos apenas pelos participantes): prevalência de atos de fala assertivos (93%), atos de fala diretivos (3%), atos de fala expressivos (2,7%), atos de fala compromissivos (1,3%). Não houve proferimento de atos de fala declarativos. No gráfico abaixo podemos observar a comparação entre a média de atos de fala proferidos pelos mediadores e pelos participantes:



**Figura 2. Comparação da frequência média dos tipos de atos de fala entre mediadores e participantes**

A predominância do número de atos de fala dos participantes aponta para o papel específico do mediador que deve ser, apenas, um facilitador, promovendo o depoimento dos demais e controlando o tempo e a distribuição das falas. Além

disso, cabe a ele dar início ao momento dos depoimentos e ao fechamento dos encontros, daí a ocorrência de atos de fala declarativos, ocorridos apenas dentre os mediadores (e inexistente dentre os participantes), como por exemplo, “A palavra está aberta”.

Os diretivos ocorreram, sobretudo, na fala dos mediadores e visavam ao “cuidado” de manejo com o grupo e à sua orientação. Um exemplo trata-se da pergunta comumente repetida no início de cada encontro: “Tem alguém que esteja aqui pela primeira vez?”. Outro é o convite feito para realizar a oração: “Convido a todos para reunirmo-nos no centro da sala para fazer a oração da serenidade!”, ou “Vamos dar as mãos!”. Já nas falas dos participantes, os diretivos visavam a incentivar o outro a falar/conhecer ainda mais sobre seu problema/sofrimento, como no exemplo: “Quando você reconheceu pela primeira vez que sua forma de se relacionar era autodestrutiva?”

Os atos de fala expressivos ocorreram com baixa frequência. No caso dos mediadores, foram representados, sobretudo, pelo desejo de uma ótima semana a todos ou expressões equivalentes. Já na fala dos participantes, apareceram, sobretudo, na forma de agradecimento ao grupo ou outras pessoas (“Obrigada pela oportunidade!”).

Os atos de fala compromissivos apareceram tanto na fala dos mediadores quanto na dos participantes em uma frequência semelhante (tanto em relação ao parcial mediadores/participantes, quanto em relação ao total de atos de fala). Isto se deu porque o mediador não é um elemento diferenciado, apartado do grupo, mas antes é um elemento do próprio grupo que fica incumbido de orientar o funcionamento do mesmo. Neste sentido, participa de quase todos os atos de fala compromissivos que são proferidos em conjunto, sobretudo o “Só por hoje!” (prometo não beber, prometo não buscar uma relação autodestrutiva, prometo não comer compulsivamente, prometo não me drogar). Como sublinha Martins e Zanello (2000) e Martins (2003), o prometer é um verbo altamente importante nos mais diversos processos (psico)terápicos, pois aponta para o engajamento do sujeito no próprio tratamento e, também, com uma linha de ação futura que, neste caso, diz

diretamente respeito ao problema que o levou a frequentar o grupo anônimo. Como vimos, “A pessoa que frequenta um GAA assume responsabilidade por seu processo de recuperação ou mudança” (Roehe, 2005, p. 6). Há necessidade, assim, de que o participante se comprometa com a mudança pessoal, o que é lembrado a cada encontro do grupo. Segundo Cordioli (2008), Bechelli e Santos (2002, 2005), o engajamento do sujeito no processo terapêutico é um dos fatores (comuns/inespecíficos) preditivos mais importantes na efetividade terapêutica.

Os atos de fala mais frequentes, tanto dentre os mediadores quanto dentre os participantes, foram os assertivos. No entanto, o tema do conteúdo proposicional foi bastante diferente: no caso dos mediadores, tratou-se, sobretudo, da leitura e repetição das regras de funcionamento dos grupos anônimos de apoio (como por exemplo, “o silêncio faz parte do tratamento”, proposições para lembrar a necessidade do sigilo, do não julgamento do outro etc.), enquanto que no caso dos participantes houve o predomínio de narrativas pessoais acerca dos problemas vivenciados e que, neste caso, tornavam-se partilhados.

A predominância dos atos de fala assertivos dentre os participantes, no tempo geral das reuniões, nos faz pensar no papel fundamental do compartilhamento como elemento inespecífico, ligado à própria técnica de espelhos. Aqui pode-se perceber dois usos diferentes dos assertivos. De um lado, os novatos ou os participantes em crise que chegam ao grupo transbordando sofrimento. Neste caso, os assertivos têm claramente uma função catártica (ventilação das emoções), marcada pela necessidade de nomear, narrar e “purificar” o mal estar. Além disto, traz a oportunidade de ocorrência da recapitulação corretiva, um fator terapêutico comum/inespecífico importante (presente de modo geral nas narrativas dos participantes do grupo). Por outro lado, dentre os mais experientes ou em processo de recuperação mais avançado, os assertivos têm como função espelhar possibilidades de melhora para os demais (provocando sentimentos de altruísmo nos próprios narradores) e instilação de esperança naqueles que o escutam. Como afirma Loeck (2009), “O fato de alguém estar se recuperando é positivo não apenas para

ele próprio, mas para o grupo como um todo, já que esta pessoa se torna uma prova viva da eficácia do programa” (p. 65).

Além disto, ouvir de outras pessoas o relato de experiências semelhantes, já superadas ou em outra fase de negociação (menos destrutiva), serve para, além de instilar sentimentos de esperança, ver-se espelhado em outros relatos, que possibilitam alternativas de percepção do problema bem como podem levar à aprendizagem de diferentes estratégias práticas. Tal como lembra uma proposição constantemente repetida pelos mediadores, relacionada à “técnica de espelhos”: “O tratamento se baseia em espelhos e não em conselhos”. Ou seja, há a facilitação da aprendizagem interpessoal, com a possibilidade de comportamento imitativo (pela observação do comportamento dos outros), ambos fatores terapêuticos comuns/inespecíficos presentes também em outras formas de (psico)terapias, e especialmente, nas psicoterapias de grupo (Bechelli & Santos, 2002, 2005).

Como se pode perceber, apesar dos grupos anônimos de apoio não serem estritamente uma psicoterapia, constituem uma alternativa importante, enquanto etnoterapia, que se utiliza de fatores comuns a várias abordagens das psicoterapias. Alguns destes fatores associam-se à melhora apresentada pelo paciente no início de qualquer psicoterapia (Wolberg, 1988).

## **Conclusão**

O conceito de ato de fala traz para as terapias em geral, e para a psicoterapia em específico, rico manancial teórico que pode nos instrumentar nesse campo, a refletir sobre as especificidades do uso da linguagem e sua relação com a especificidade da técnica adotada em cada terapia (ainda que de forma irrefletida), bem como a ocorrência de fatores terapêuticos específicos e inespecíficos.

A partir das análises apontadas, parece-nos evidente que os Grupos Anônimos de Apoio constituem-se como alternativas etnoterápicas importantes em nossa cultura. Não é à toa o crescimento do número de pessoas que a elas recorrem, bem como o aumento do número de focos grupais (Neuróticos Anônimos, Gasta-

dores Compulsivos Anônimos etc.) disponíveis no mercado, que se organizam sob os mesmos preceitos de regras de funcionamento surgidos no AA. O processo terapêutico que ocorre nestes grupos é marcado pelo uso de fatores comuns/inespecíficos presentes também na maior parte das psicoterapias em geral e, especialmente, nas psicoterapias grupais. Neste sentido, trata-se de pensar, de um lado, as psicoterapias como pertencendo ao mundo das etnoterapias e, por outro, abrir uma campo de conversação, diminuindo eventuais preconceitos em relação aos GAA. Os GAA apresentam-se, assim, não como terapêuticas antagônicas às psicoterapias (profissionais), mas antes podem ser um novo recurso etnocultural de apoio, pois como aponta Roehe (2003), levando em consideração a precariedade do serviço público de saúde e a pobreza da maior parte da população do Brasil, “os GAA podem ser importantes aliados de uma eficiente rede de serviços de saúde” (p. 13). Pesquisar e compreender os fatores terapêuticos presentes na prática destes grupos pode ser uma importante tarefa e contribuição da psicologia clínica.

## Referências

- Austin, A. L. (1990). *Quando dizer é fazer: Palavras e ação* (D. M. S. Filho, Trans.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Bechelli, L. P. C. & Santos, M. A. (2002). Psicoterapia de grupo e considerações sobre o paciente como agente da própria mudança. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(3). Acessado em [www.scielo.com](http://www.scielo.com)
- Bechelli, L. P. C. & Santos, M. A. (2005). O paciente na psicoterapia de grupo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(1). Acessado em [www.scielo.com](http://www.scielo.com)
- Cordioli, A. V. (2008). As principais psicoterapias: fundamentos teóricos, técnicas, indicações e contra-indicações. In A. V. Cordioli (Ed.), *Psicoterapias - Abordagens Atuais* (pp. 19-41). Porto Alegre: Artmed.
- Cordioli, A. V. & Giglio, L. (2008). Como atuam as psicoterapias: os agentes de mudança e as principais estratégias e intervenções psicoterápicas. A.V. Cordioli (Ed.), *Psicoterapias - Abordagens Atuais* (pp. 42-57). Porto Alegre: Artmed.
- Fernández, P. M. S., Mella, M. F. R., Chenevard, C. L., García, A. E. E., Cáceres, D. E. I. & Vergara, P. A. M. (2008). Variables inespecíficas en psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 26(1), 89-98.
- Ferreira, C. B. C. (2008, agosto). Afetividades, consumo e redes: um estudo de grupos anônimos de ajuda mútua. Paper apresentado no *Seminário Internacional Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder*, Florianópolis.
- Frank, J. (1982). Therapeutic Components Shared by all Psychotherapies. In J. Harvey, M. Parks (Eds.), *Psychotherapy Research and Behavior Change* (pp. 9-37). Washington: APA.
- Laplantine, F. (2004). *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes.
- Loeck, J. F. (2009). *Adicção e Ajuda Mútua: Estudo Antropológico de Grupos de Narcóticos Anônimos na cidade de Porto Alegre (RS)*. (Dissertação de mestrado, não publicada). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Martins, F. (2003). Promessa e terapia. *Psicologia em Revista*, 9(13), 67-75.



- Martins, F. & Zanello, V. (2000). Psicanálise e promessa. Acerca dos atos de linguagem no início do tratamento psicanalítico. *Pulsional Revista de Psicanálise*, XIII(140/141), 81-97
- Roehe, M. V. (2003). Apoio social e religiosidade: a dinâmica de recuperação em neuróticos anônimos. *Revista de Ciências Humanas*, 4(4). Acessado em <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadech/article/view/230/416>
- Roehe, M. V. (2004). Experiência religiosa em grupos de auto-ajuda: o exemplo de neuróticos anônimos. *Psicologia em Estudo*, 9(3), 399-407.
- Roehe, M. V. (2005). O que são grupos de auto-ajuda. *Revista de Ciências Humanas*, 6(6). Acessado em <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadech/article/view/264>
- Sales, C. (2009). Aspectos metodológicos de la investigación de la psicoterapia: Panorama histórico. *Revista Asociación. Española de Neuropsiquiatria*, 29(2), 383-403.
- Sampson, A. (2001). La psicoterapia como artefacto cultural: Psychoterapy as a cultural artifact. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 30(4), 359-368.
- Searle, J. (1984). *Os Actos de Fala*. Coimbra: Almedina.
- Searle, J. (1995). *Expressão e Significado: Estudo da teoria dos atos de fala*. São Paulo: Martins Fontes.
- Vinogradov, S., Cox, P. D. & Yalom, D. I. (2003). Group Therapy. In R. E. Hales & S. C. Yudofsky (Eds.), *Textbook of Clinical Psychiatry* (pp. 1333-1371). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Wolberg, L. (1988). *The Technique of Psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.
- Zanello, V. (2010). Filosofia da Linguagem e Psicanálise: Contribuições a partir dos perlocucionários. In V. Zanello, C. Carneiro & N. Mendes (Eds.), *Fronteiras em Psicanálise* (pp. 139-148). Guarapari: Exlibris.
- Zanello, V. & Martins, F. (2012). Contribuições da teoria dos atos de fala para a pesquisa e a avaliação das (psico)terapias. In T. C. Viana, G. S. Diniz, L. F. Costa & V. Zanello (Eds.), *Psicologia Clínica e Cultura Contemporânea* (pp. 341-359). Brasília: Liber Livros.