

PATOLOGIA SOMÁTICA GRAVE
UM OLHAR DA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA*
SERIOUS SOMATIC PATHOLOGY
AN OVERVIEW OF THE PERSON CENTERED APPROACH*
TRADUÇÃO DE EURIDICE GOUVEIA



João Hipólito



Odete Nunes

Resumo:

Os autores apresentam uma síntese da abordagem desenvolvida por Carl Rogers, no final dos anos trinta, inicialmente conhecida por Terapia Não Directiva e mais tarde por Terapia Centrada no Cliente.

Esta abordagem é apresentada como uma ruptura ao pensamento tradicional existente na época, a psicanálise e o comportamentalismo. Até aí a relação de ajuda terapêutica centrava-se no problema apresentado pelo cliente e no conhecimento do terapeuta para o solucionar, mas também numa concepção do homem baseada na patologia. A proposta de Rogers fundamenta-se na tendência que o humano tem para o crescimento, para a saúde e para a adaptação.

Nesse sentido, são desenvolvidos os conceitos de tendência formativa, tendência actualizante, não directividade, bem como as condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica, enunciadas por Carl Rogers em 1957.

A reflexão final prende-se com uma das grandes dificuldades teóricas do modelo, particularmente pertinente no contexto dos cuidados paliativos e das doenças crónicas: Numa perspectiva orientada para o crescimento e para a auto-realização, que lugar existe para a finitude e para a morte?

Palavras - Chave:

Tendência Formativa - Tendência Actualizante - Não Directividade - Cuidados Paliativos

Abstract:

The author presents a synthesis of Carl Rogers approach developed on the thirties, known at the beginning as No-directivity therapy and later as Client Centered Therapy.

This approach is presented as a revolutionary paradigm, away for the traditional psychoanalytical and behaviouristic thinking of those days.

Up to then the helping relationship was centered in the client's problem and in the therapist's skills to solve it, as well as in a man's conception based on pathology.

Roger's approach is founded in the human tendency for growth, health and adaptation.

The concepts of Formative and Actualising tendencies are developed as well as the necessary and sufficient conditions for therapy change, developed by Roger on 1957.

The final reflection deals with one of the great theoretical difficulty of this model, specially important on the context of the chronic and very painful suffering. In this growth and self-realising approach, which place is found for the death?

Key words:

Formative tendency, Actualising tendency No-directivity.

* Comunicação apresentada no I Congresso Português de Psico-Oncologia, organizado pela Academia Portuguesa de Psico-Oncologia, realizado a 26 e 27 de Junho de 2000, em Lisboa

* Communication presented during the First Portuguese Congress of Psycho-Oncology, held on the 26th. and 27th. of July 2000 in Lisbon and organized by the Portuguese Academy of Psycho-Oncology.

Desenvolvida nos finais dos anos trinta por Carl Rogers, sendo inicialmente conhecida por Terapia Não-Directiva e posteriormente por Terapia Centrada no Cliente, a abordagem rogeriana da relação de ajuda, caracterizou-se desde logo pelo seu espírito pragmático e também por não se ter enfeudado nas correntes predominantes da época, quer as de inspiração psicanalítica quer as designadas comportamentalistas.

A intensa e extensa actividade de investigação (convém lembrar que Carl Rogers foi o primeiro psicoterapeuta a gravar e publicar tratamentos por inteiro para investigação e formação) permitiu a Rogers equacionar um conjunto de características fundamentais para que a relação de ajuda possa ser eficaz.

A 11 de Dezembro de 1940, numa conferência realizada na Universidade de Minnesota e que ele intitulou: “Novos conceitos em psicoterapia” são descritas certas características que estão em oposição ao que considera caracterizar as terapias tradicionais. Nela afirma que “o alvo da nova terapia não é resolver um problema particular, mas ajudar o indivíduo a crescer, de maneira que ele possa fazer face ao problema actual e aos problemas que mais tarde apareçam, de uma forma mais bem integrada... ela baseia-se muito mais na tendência individual natural para o crescimento, a saúde e a adaptação... Em segundo lugar”, diz ainda Rogers, “esta nova terapia põe mais ênfase nos elementos emocionais, nos aspectos emocionais da situação, do que nos aspectos intelectuais... Em terceiro lugar, esta nova terapia dá maior ênfase à situação imediata do que ao passado do indivíduo... Finalmente esta abordagem considera a relação terapêutica em si mesmo como uma experiência de crescimento.”¹

Como podemos ver aparece aqui uma primeira ruptura com o pensamento tradicional. Neste contexto queríamos abordar sobretudo uma das vertentes desta ruptura.

Até aí a relação de ajuda centrava-se não só no problema que o cliente apresentava e conseqüentemente o saber do *counsellor* seria dar uma solução, mas e sobretudo, essa ajuda partia de uma concepção do humano fundamentada na patologia.

Todo o modelo conceptual freudiano parte do estudo de casos de patologia e não é de estranhar que nesta perspectiva o “homem normal” seja pelo menos “neurótico”.

O mesmo acontecia com o modelo comportamentalista da época, em que se partia da análise de comportamentos disfuncionantes para em seguida os fazer desaparecer utilizando variadas técnicas que não nos cabe aqui referir e desenvolver.

Carl Rogers diz, como anteriormente referimos, que

Developed during the late thirties by Carl Rogers, initially known as Non-Directive Therapy and later on as Client Centered Therapy, Roger’s approach of the helping relationship was from the very beginning identified by its pragmatic spirit and also because it never relied on the current theories that prevailed at that time, neither on those of psychoanalytic inspiration nor on those labelled as behaviourist.

The intense and extensive research work (it is advisable not to forget that Rogers was the very first psychotherapist to record and publish complete treatment sessions for research and training) allowed Rogers to develop a group of main conditions, which prove essential for the helping relationship to be really effective.

On the 11th. of December 1940, during a conference held at the University of Minnesota that he entitles “New Concepts in Psychotherapy” some features are described which oppose what he considers to be the characteristics of traditional therapies. He states that “the aim of the new therapy is not to solve any particular problem but help the individual grow in such a way that he may face the present problem and whatever problems he may have to face in the future in a much more integrated way. This theory is much more based on the natural individual tendency towards growth, health and adaptation.” Secondly, Rogers adds: “this new therapy emphasizes the emotional elements, in the emotional aspects of the situation rather than the intellectual ones”. In the third place, “this new therapy emphasizes more the present situation than the individual’s past”. Finally, this approach considers the therapeutic relation in itself as “a growth experience”.¹

As it is obvious this means a first break in what concerns the traditional ideas. In this context, we wish to approach mainly one side of this severance.

Until then the help relationship focused not only the client’s problem, and accordingly the counsellor’s expertise would endeavour to find a solution for it, but and mainly this support was based on an assumption of the human being ground on pathology.

The whole Freudian conceptual frame is based on the study of pathological cases and so it is not surprising that in this perspective the “normal man” is at least “neurotic”.

The same happened with the behaviourist model of those times, in which the starting point was the analysis of malfunctional behaviours in order to make them disappear by using varied techniques that are not to be referred or developed here.

Carl Rogers says, as we have mentioned before,

a sua abordagem se “baseia muito mais na tendência individual para o crescimento, a saúde e a adaptação”.

Aparece assim uma primeira abordagem terapêutica que não parte do estudo do patológico para propor mudanças, mas que parte do “saudável”, dos movimentos internos e intrínsecos do indivíduo para a auto cura, possibilitando estabelecer um projecto terapêutico.

Carl Rogers desenvolverá posteriormente este aspecto para finalmente postular a existência de uma “tendência formativa direccional no universo, que pode ser seguida e observada tanto nos astros, como nos cristais, nos microorganismos, na vida orgânica, nos seres humanos. Esta tendência é uma tendência evolutiva, no sentido de uma maior complexidade, e de uma maior inter-relação. Na espécie humana ela desenvolve-se a partir de uma simples origem celular, até ao funcionamento orgânico complexo, até ao saber e sentir, abaixo do nível da consciência, até um dar-se conta conscientemente do organismo e do mundo externo, até uma consciência transcendente da harmonia e da unidade do sistema cósmico, incluindo a humanidade”.² “Esta tendência é chamada tendência actualizante quando aplicada ao desenvolvimento humano. É operativa, durante todo o tempo, no desenvolvimento de todas as capacidades da pessoa, em sentidos que sirvam para a manutenção ou crescimento do organismo”.

A tendência actualizante aparece, assim, para Rogers como um caso particular de tendência formativa, implicando que as potencialidades de mudança fazem parte e são constituintes da natureza humana.

Hoje em dia, verifica-se um interesse científico pelo estudo da “resiliência” que se concretiza na maior atenção dada ao estudo dos casos clínicos de pacientes que, contra toda a expectativa ou previsão, melhoram consideravelmente ou mesmo se curam (sobretudo em oncologia ou em outras patologias graves como a SIDA) ou até no caso de “patologias sociais” que fazem uma excelente evolução social e profissional.

Esta “mudança de registo” do patológico para o normal, do movimento patogenisante para o movimento de auto-cura, implicou uma outra mudança fundamental na abordagem terapêutica. Assim, para Rogers, passou-se de uma atitude prévia de diagnóstico psicológico implicando uma terapia específica, numa perspectiva de modelo bio-médico, para uma abordagem em que o sistema diagnóstico se centra na existência ou não de condições ou da possibilidade de oferecer condições para relançar o processo evolutivo da pessoa e dos seus processos de auto cura.

Metaforicamente, o processo de cicatrização de uma ferida pode ser apoiado, facilitado ou activado,

that his approach “is much more based on the individual tendency towards growth, health and adaptation”.

Thus, a new therapeutic approach, which does not start, from a study of the pathologic cases to propose changes, is developed. It starts from the “healthy”, from the individual’s inner and inherent movements towards self-cure, and it enhances the development of a therapeutic project.

Later on Carl Rogers will develop this aspect in order to present the assumption of the existence of a directional formative tendency in the universe, which can be followed and observed both in the heavenly bodies, crystals, micro-organisms, organic life and human beings. This tendency is an evolutionary one, towards a greater complexity and a wider inter-relationship. In humans it develops from a simple cell origin to the complex organic functioning, as far as the knowing and feeling below the conscience level, as far as being consciously aware of the functioning of the body and of the external world, as far as the transcendent conscience of the harmony and unity of the cosmic system, including mankind.² “This tendency is called actualising tendency when applied to human development. It continuously operates in the development of all capacities of the individual, in all directions that serve the maintenance or growth of the body”.

The actualising tendency is thus, faced by Rogers as a particular case of a formative tendency, implying that human nature comprises potentialities of change which belong and are inherent to it.

Currently, there is a scientific interest in the study of “resilience” which causes that more attention is given now to the study of patients’ cases that against all expectations and prognoses, improve considerably or even heal (mainly in the oncology area or other serious pathologies like Aids) or even in what concerns “social pathologies” that show an excellent social and professional evolution.

This “change in register” from the pathological to the normal, from the pathogenising movement to self-cure, brought about another basic change in the therapeutic approach. Thus, for Rogers, we have moved from a previous attitude of psychological diagnosis, implying a specific therapy, in a perspective of a biomedical model to a new approach in which the diagnosis system is centered on the existence or absence of conditions or the possibility of offering conditions to promote the person’s evolutionary process and his/her processes of self-cure.

Metaphorically speaking, the process of cicatrization of a wound can be supported, facilitated or acti-

mas continua a ser um processo autónomo e inscrito na própria essência da nossa natureza biológica, componente essencial da nossa “humanidade”.

Uma investigação vasta e cuidada levou Carl Rogers³, num artigo publicado em 1957 a partir dos resultados das pesquisas realizadas até então, a postular assim “seis condições necessárias e suficientes para uma mudança terapêutica”:

- 1) Duas pessoas estão em contacto psicológico
- 2) A primeira, a que chamaremos cliente, está em incongruência, estando vulnerável ou ansioso
- 3) A segunda, a que chamaremos terapeuta, está congruente ou integrado na relação
- 4) O terapeuta vivencia um olhar incondicional positivo pelo cliente
- 5) O terapeuta vivencia uma compreensão empática dos quadros de referência interna do cliente e comunica-a ao cliente
- 6) A comunicação ao cliente da compreensão empática e do olhar incondicional positivo é minimamente conseguida

Rogers afirma que, se estas seis condições existirem, aparecerão mudanças construtivas no cliente; se uma ou mais destas condições estiverem ausentes, as mudanças não aparecerão; estando presentes as seis condições, quanto maior for o seu nível de concretização entre a 2 e a 6, mais importantes são as mudanças.

Nesta perspectiva, a função do terapeuta ou do profissional da Relação de Ajuda é a de providenciar o clima e atmosfera que relançam o sistema evolutivo de auto organização e de actualização das potencialidades e possibilidades evolutivas e de auto-cura, através de uma compreensão empática, de um olhar incondicional positivo e de uma congruência na relação com o cliente (Rogers prefere a designação de cliente à de paciente) e da sua competência e capacidade de transmitir ao cliente estas mesmas atitudes.

Estas propostas de Rogers, inovadoras e revolucionária na época, acabaram por ser integradas com maior ou menor congruência em grande número de outras correntes terapêuticas bem como na cultura e na linguagem do quotidiano. Oferecer uma escuta empática, ter uma atitude de aceitação e tentar ser tanto quanto possível coerente consigo mesmo, é um programa ao qual a maioria dos terapeutas não teria dificuldade em aderir. A maior dificuldade está, todavia, na confiança inabalável de Rogers na capacidade de auto-organização do organismo e das suas capacidades de auto-cura

vated but still is a spontaneous process imprinted in the very essence of our biological nature and which is an essential component of our “humanity”.

A wide and thorough research work led Rogers³, in an article published in 1957 based on the outcome of research done until then, to posit in this way “six necessary and sufficient conditions for a therapeutic change”:

1. Two persons are in psychological contact.
2. The first, whom we shall term the client, is in a state of incongruence, being vulnerable or anxious.
3. The second person, whom we shall term the therapist, is congruent or integrated in the relationship.
4. The therapist experiences an unconditional positive regard for the client.
5. The therapist experiences an empathic understanding of the client’s frame of reference and endeavours to communicate this experience to the client.
6. The communication to the client of the therapist’s empathic understanding and unconditional positive regard is to a minimal degree achieved.

Rogers asserts that if these six conditions are present, constructive changes will occur in the client; if one or more of these conditions are missing, the changes will not take place; if the six conditions are there, the higher their level of achievement (between level 2 and 6) the more impressive the changes will be.

From this angle, the therapist’s or the helping relationship practitioner’s role is merely to provide the ambience and atmosphere that enhance the evolutionary system of self-organization and of the actualisation of evolution potentialities and self cure capacities. This is achieved by experiencing empathic understanding, an unconditional positive regard and congruence in the relationship with the client (Rogers prefers the term client to the term patient). The therapeutic change also depends from the therapist’s efficiency and capacity to communicate these same attitudes to the client.

These proposals of Roger’s, innovative and revolutionary for his time, were finally integrated with more or less congruence in a great number of other therapeutic approaches as well as in culture and everyday language. To provide empathic listening, to assume an acceptance attitude and to try to be as coherent as possible with oneself are a program that most therapists would not find difficult to accept. The greatest difficulty is, nevertheless, centered in Roger’s unwavering trust in the body’s capacity of self organization and self cure which supports, in a

que esteiam de maneira incontornável a sua atitude de “não-directividade”, atitude habitualmente mal compreendida e assimilada e quantas vezes confundida com uma atitude demissionária e de “laissez-faire, de facilidade e de comodismo, totalmente oposta ao acompanhamento, quantas vezes bem doloroso, do percurso do cliente-companheiro, na busca de uma solução que seja verdadeiramente sua, adaptada às suas necessidades, e fonte de crescimento, de aumento da sua autoestima e de enriquecimento da sua experiência.

Esta aparente simplificação do quadro terapêutico foi acompanhada por uma dificuldade importante ao nível prático da sua aplicação. Para além de um saber fazer, implica uma interiorização de conceitos e atitudes, exigindo do terapeuta uma adesão profunda a uma filosofia de vida “a way of being”, como Carl Rogers⁴ lhe chamou, tendo como princípio uma postura de respeito pelo Outro e de investimento no projecto pessoal que dá sentido à vida, inscrevendo-se na tradicional corrente fenomenológico-existencial.

Esta implicação filosófica permite introduzir uma das grandes dificuldades teóricas do modelo rogeriano, particularmente pertinente no contexto dos cuidados paliativos e do acompanhamento das doenças ditas crónicas. Numa perspectiva orientada para a vida, para o crescimento e para a auto-realização, que lugar existe para a finitude e para a morte? Rogers tentou abordar este problema nalguns trabalhos que escreveu relacionados com a morte da sua esposa Helen e sobre o processo do seu próprio envelhecimento e da sua morte⁵. Contudo, não nos parece que tenha ultrapassado clara e definitivamente o questionamento que a morte põe numa perspectiva de Tendência Actualizante e de auto-realização, e mesmo a leitura do seu comentário ao “Caso de Ellen West”⁶ descrito por L. Binswanger, explicita claramente o seu apego à vida e a dificuldade em considerar a morte, pelo menos a morte “antecipada” e a que cada um pode decidir, como uma realização de “si-mesmo”. É curioso, contudo, verificar a evolução do pensamento de Carl Rogers que num artigo escrito em 1952/53 e publicado em 1963, referindo-se à liberdade da pessoa encontrada no contexto da psicoterapia, afirmava: “Na relação psicoterapêutica, uma das mais fortes experiências subjectivas é aquela em que o cliente sente em si mesmo o poder da pura escolha. Ele é livre para se tornar ele mesmo ou para se esconder atrás de uma máscara; para ir para adiante ou retroceder; para se comportar de modo destrutivo para si e para os outros, ou de modo construtivo; *totalmente livre para viver ou para morrer, tan-*

way that is impossible to ignore, his “non-directive” attitude. This stance was usually misunderstood, ill assimilated and very often taken for a dismissive attitude, one of “laissez faire”, detached and self-indulgent, what is totally opposed to the following, so often painful, of the client/companion’s progress while seeking a solution which will really be his/her own, adapted to his/her own needs and a source of growth, self esteem increase and enrichment of his/her experience.

This apparent simplification of the therapeutic framework brought along a major difficulty in what concerns the feasibility of its application. Besides the know-how, it implies the experiencing of concepts and attitudes that demand from the therapist a deep dedication to a philosophy of life, “way of being”⁴ as Carl Rogers calls it, embodying attitudinal qualities, such as a great respect for the other as a fundamental attitude, and of investing in the personal project which gives life a meaning and joining thus the traditional phenomenological and existential chain or stream.

This philosophical assumption allows one of the greatest theoretical difficulties in the Roger’s paradigm to be inserted, specially in the context of working with patients receiving palliative treatment and with those suffering from the so called chronic diseases. In a life, growth and self actualisation oriented approach where exactly shall we include our own ending and death? Rogers tried to approach this same problem in some of his writings related with his wife Helen’s death, and on the process of his own ageing and death.⁵ Nevertheless, we do not think that he has ever surpassed, in a clear and definite way, the questioning that death poses in a perspective of an Actualising Tendency and Self Achievement approach. Even the reading of his comment on the “Ellen West Case”⁶ described by L. Binswanger, clearly shows his attachment to life and the difficulty in considering death, at least “anticipated death” and the one that each of us can decide upon, as a kind of “self achievement”. It is curious, however, to confirm Roger’s evolution of thought. He refers, in an article written in 1952/53 and published in 1963, referring to individual’s freedom found in the psychotherapy context, he clearly states: “In the psychotherapeutic relationship, one of the strongest subjective experiences is precisely the one in which the client feels in himself/herself the power of pure choice. He/she is free to become himself/herself or to hide behind a mask; to go forward or step back; to behave in a self-destructive manner or destructive towards others, or to live in a constructive way; *totally free to live or die, both in the physiological and*

to no sentido fisiológico quanto psicológico dos termos” (o sublinhado é nosso).⁷

A perspectiva de que só a morte dá sentido à vida e de que ela pode ser considerada no ciclo da complexificação inerente à Tendência Formativa é antiga e presente ao longo da história da humanidade quer ao nível filosófico quer ao nível religioso, e já Jesus de Nazaré, referindo-se à sua morte que se avizinhava dizia: “Em verdade, em verdade vos digo: se o grão de trigo, caindo na terra não morrer, fica ele só; mas se morrer, produz muito fruto”.⁹ Contudo a gestão da nossa própria finitude e da angústia existencial que lhe está associada e que os filósofos existencialistas tanto sublinharam continua a ser, para cada um de nós, um ponto de vulnerabilidade possível que se repercute facilmente na área específica do acompanhamento nos cuidados paliativos, no sofrimento a longo termo, e sobretudo no acompanhamento nos momentos finais da vida.

As dificuldades de compreensão empática são então enormes. Como “olhar o mundo do outro como se fossemos o outro”, com os seus próprios olhos, movermo-nos no seu mundo interior com respeito e subtilidade, sem nos perdermos na identificação e sem fazermos nossa, a angústia do outro, como continuarmos o caminho lado a lado com o outro, conscientes da nossa impotência e ao mesmo tempo sem sermos parasitados pela imagem da antecipação daquela que será também a nossa última viagem.

Manter o olhar incondicional positivo, a aceitação e o calor na relação, talvez não sejam as maiores dificuldades do terapeuta centrado no cliente, no contexto deste acompanhamento, mas guardar a sua congruência no respeito do sofrimento do outro e do que o outro está disposto a saber ou não saber, enfrentar ou não enfrentar, manter a confiança na Tendência Actualizante, no sentido da vida e da auto-realização, quando a imagem do corpo é posta em causa, quando o sofrimento impera, e a própria vida parece nos abandonar, é sem dúvida o maior desafio que se põe na Abordagem Centrada na Pessoa e, pela experiência pessoal que temos destas situações, é uma vivência extremamente pesada e desgastante.

Finalmente, pensamos que um dos domínios teóricos em que a filosofia e a prática da Terapia Centrada no Cliente mais necessitam de ser questionadas e reflectidas é sem dúvida o da articulação da realidade da Finitude que caracteriza o Humano e o da Tendência Actualizante complexificante que estrutura o nosso desenvolvimento.

Talvez como pretendia Arthur Koestler⁹ a tomada de consciência exija a passagem a um nível superior,

psychological assumption of the terms” (we took the liberty of underlining Roger’s sentence).⁷

The assumption that only death gives life its meaning and that it can be taken into account within the cycle of complexification inherent to the Formative Tendency is ancient and always present all through the history of mankind, both at a philosophical and religious level. Jesus of Nazareth himself said referring to his own death that was nearing: “Truly, truly I tell thee: if the corn seed, falling onto the ground, does not die, it will be but itself; but if it dies, it will engender much fruit”.⁸ However, the management of our own mortality and our short duration in time plus the “Weltschmerz” that usually is associated with it (which the existentialist philosophers have so strongly emphasized) still is for each one of us an eventual vulnerable point that easily resounds in the specific area of working with patients under palliative treatment, long term suffering and specially assisting the final moments of life.

The difficulties in empathic understanding are enormous. How can we “look at the other’s world as if it we were the other one”, with his/her own eyes, to move about within his/her inner world with respect and subtlety without losing our way in identifying and moreover without making ours the other’s anguish? How can we go on side by side with the other aware of our powerlessness and at the same time avoid being plagued by the anticipated image of our own last journey?

To keep the unconditional positive regard, the acceptance, the warmth in the relationship are possibly not the greatest difficulties of the therapist centered in the client in this kind of work, but to keep his congruity in his respect for the other’s suffering, for what the other wants or does not want to know, wants or does not want to face, keep his trust in the actualising tendency, towards life and self achievement, while the image of the body is questioned, when suffering rules and life itself seems to have forsaken us, is undoubtedly the greatest challenge that the person centered therapy still presents. According to our personal knowledge of such situations, we must say it is an extremely heavy and consuming experience.

Finally it is our belief that one of the theoretical areas in which the Client Centered Philosophy and Practice need more to be questioned and meditated upon is undoubtedly the interlinking of the reality of mortality, which is an undeniable feature of human kind, and the complexifying Actualising Tendency that frames and supports our development.

Perhaps, as Arthur Koestler⁹ claimed, conscientisation demands the access to a higher level, from a

de um holon (em que vivenciamos a Tendência Actualizante) ao holon que o engloba (compreendendo o continuum Vida-Morte) e que neste contexto o caminho para a integração da realidade e do sentido da Morte no conceito de Tendência actualizante, seja tão complexo quanto o da integração das teorias macrocósmicas (relatividade) e microcósmicas (quânticas) numa Teoria Integrada da compreensão do universo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Rogers, C. (1942). *Counseling and Psychotherapy: Newer concepts in practice*. Boston: Houghton Mifflin. 28-30
- 2 - Rogers, C. (1980). *A Way of Being*. Boston : Houghton Mifflin. pg 139.
- 3 - Rogers, C. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, (2). 95-103
- 4 - Rogers, C. (1980). *A Way of Being*. Boston: Houghton Mifflin.
- 5 - Rogers, C. (1980) Growing Old – or Older and Growing, in. *A way of Being*. Boston: Houghton Mifflin. pg. 70-95
- 6 - Rogers, C. & Rosenberg, R. (1977). *A Pessoa como Centro*. São Paulo: EPU, Ed. Da Universidade de São Paulo.
- 7 - Rogers, C. (1963). The Concept of Fully Function Person. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, vol. 1: 17-26. Tradução brasileira 1994 in: *Abordagem Centrada na Pessoa*. John Keith Wood et al. (org) Vitória: Fundação Ceciliano Abel de Almeida. Universidade Federal do Espírito Santo. Pg. 90.
- 8 - Evangelho de S. João 19:24, tradução de João Ferreira de Almeida.(1960). Rio de Janeiro: Sociedade Bíblica do Brasil
- 9 - Koestler, A. (1968). *Le Cheval dans la locomotive. Le paradoxe humain*. Paris : Calman-Lévy

holon (in which we experience the Actualising Tendency) to a holon that comprises it (understanding the Life-Death continuum) and that in this context the way to the integration of reality and the meaning of Death within the concept of the Actualising Tendency is as complex as the integration of the macrocosmic theories (Relativity) and microcosmic (Quantum Theory) in an Integrated Theory of the understanding of the universe.

REFERENCES

- 1 - Rogers, C. (1942). *Counseling and Psychotherapy: Newer Concepts in Practice*. Boston: Houghton Mifflin, 28-30.
- 2 - Rogers, C. *A Way of Being*, Boston: Houghton Mifflin, pg.139
- 3 - Rogers, C. (1957) The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, (2). pg.95-103.
- 4 - Rogers, C.(1980). *A Way of Being* Boston: Houghton Mifflin
- 5 - Rogers, C. (1980) *Growing old - or Older and Growing, in A way of Being* Boston: Houghton Mifflin. Pg.70-95.
- 6 - Rogers, C. & Rosenberg, R.(1977) *A Pessoa como centro*. São Paulo: Epu, ed. da Universidade de S. Paulo.
- 7 - Rogers, C. (1963). *The Concept of Fully Function Person Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, vol.1: 17-26. Tradução brasileira 1994 in: *Abordagem Centrada na Pessoa*, John Keith Wood e outros(org) Vitória: Fundação Ceciliano Abel de Almeida. Universidade Federal do Espírito Santo. Pg.90.
- 8 - Gospel of Saint John 19-24 Tradução de João Ferreira de Almeida (1960) Rio de Janeiro: Sociedade Bíblica do Brasil.
- 9 - Koestler, A.(1968) *Le Cheval dans la Locomotive. Le Paradoxe Humain*. Paris: Calman - Levy

