

QUARENTA ANOS DE DIÁLOGO COM
AS HIPÓTESES ROGERIANAS
FORTY YEARS OF DIALOGUE WITH
THE ROGERIAN HYPOTHESIS

TRADUÇÃO DE RUTE BRITES



Jerold D. Bozarth

Resumo: Este artigo reflecte quatro décadas dos meus pensamentos e experiência que envolvem a Terapia Centrada no Cliente/Centrada na Pessoa e as hipóteses rogerianas. O que eu gostaria de partilhar é não só aquilo em que acredito mas um pouco de como comecei a acreditar que a Abordagem Centrada na Pessoa é revolucionária e se baseia num paradigma diferente das outras abordagens terapêuticas. Apesar do foco deste artigo ser a terapia, o paradigma revolucionário é considerado significativo para todas as relações interpessoais (Rogers, 1959).

Palavras-Chave: Hipóteses Rogerianas - Terapia Centrada no Cliente - Olhar Incondicional Positivo - Paradigma - Investigação

Abstract: This chapter reflects four decades of my thoughts and experience that involve Client-Centered Therapy/ Person-Centered Therapy and the Rogerian hypothesis. what I would like to share is not only what I believe but a bit about how I have come to believe that the person-centered approach is revolutionary and founded upon a different paradigm from other therapeutic approaches. Although the focus of this paper is upon therapy, the revolutionary paradigm is considered to be significant for all interpersonal relationships (Rogers, 1959).

O Paradigma Diferente

O paradigma refere-se a um conjunto de crenças e suposições que suportam a terapia funcional. Um novo paradigma refere-se a “uma nova visão da realidade; uma mudança fundamental nos pensamentos, percepções, e valores” (Capra, 1982, p. 16). A visão de Rogers é diferente das outras suposições terapêuticas, incluindo as mais humanísticas. Ele assume uma hipótese de crescimento que é natural e universal, que impulsiona os indivíduos no sentido de encontrarem as suas inteiras potencialidades (Bozarth, 1998, pp. 27-34; Bozarth e Brodley, 1991; DeCarvalho, 1991; Rogers, 1961). Este é o fundamento da Abordagem Centrada na Pessoa. Mais, esta teoria contempla que este crescimento pode ser promovido pela percepção do cliente de algumas condições que são experienciadas pelo terapeuta em relação a si. Direi isto de forma diferente mais tarde, mas a praticabilidade implícita da terapia é que o cliente deve ser livre para seguir o seu próprio caminho, na sua própria direcção e ao seu próprio ritmo. O mais importante para o sucesso é a relação cliente/terapeuta e os recursos do cliente.

Algumas Crenças

Eis algumas das minhas crenças sobre a Terapia Centrada na Pessoa:

1. O terapeuta deve ser, de certa maneira, congruente, na relação momentânea com o cliente, enquanto experiencia o olhar incondicional positivo e a compreensão empática do quadro de referência do cliente.
2. O cliente deve perceber minimamente a experiência do terapeuta de olhar incondicional positivo (OIP) e de compreensão empática (CE) do seu quadro de referência.
3. O factor curativo ou promocional fundamental é a percepção do cliente da experiência do terapeuta de olhar incondicional positivo. Na teoria de Rogers, não pode ser de outra forma.
4. Não há objectivos do terapeuta centrado na pessoa em relação ao cliente. O único objectivo do terapeuta é ser de uma certa maneira.
5. A primeira preparação do terapeuta centrado na pessoa deve ser o desenvolvimento do seu olhar incondicional positivo em direcção a si próprio.
6. A primeira condição é a hipótese de crescimento, i.e., a tendência actualizante.
7. As condições necessárias e suficientes postas em hipótese por Rogers são, em última instância, uma condição em unidade com a hipótese de crescimento. Estas crenças serão elaboradas mais tarde.

The Different Paradigm

Paradigm refers to a set of beliefs and assumptions that under gird the functional theory. A new paradigm refers to a “new vision of reality; a fundamental change in thoughts, perceptions, and values” (Capra, 1982, p.16). Rogers’ view is different from other therapeutic assumptions including most humanistic views. He assumes a growth hypothesis that is natural and universal which propels individuals towards finding their full potentialities (Bozarth, 1998, pp.27-34); Bozarth and Brodley, 1991; DeCarvalho; 1991; Rogers, 1961). This is the foundation of the person-centered approach. Moreover, his theory contends that this growth can be promoted by the client perceiving certain conditions that are experienced by the therapist towards the client. I will say this in a different way later, but the implicit practicality for therapy is that the client must be free to follow her own way, in her own direction and at her own pace. It is the client/therapist relationship and the resources of the client that are most important for success.

Some Belief

Here are several of my beliefs about Person-Centered Therapy:

1. The therapist must BE a certain way. congruent. in the momentary relationship to the client while experiencing unconditional positive regard towards and empathic understanding of the client’s frame of reference.
2. The client must minimally perceive the therapist’s experience of unconditional positive regard (UPR) towards and empathic understanding (EU) of the client’s frame of reference.
3. The fundamental curative or promotional factor is the client’s perception of the therapist’s experience of unconditional positive regard. It can be no other way in Rogers’ theory
4. There are no goals of the person-centered therapist for the client. The only goal of the therapist is for the therapist to be a certain way.
5. The primary preparation of the person-centered therapist must be. the development own unconditional positive self-regard
6. The primary condition is the growth hypothesis. i.e.. the actualizing tendency.
7. The necessary and sufficient conditions hypothesized by Rogers are ultimately one condition in unity with the growth hypothesis. These beliefs will be elaborated upon later.

Primeiras Realizações

A minha primeira compreensão da diferença monumental desta teoria ocorreu entre 1958 e 1963, no fim dos meus 20 anos. Comecei o meu primeiro emprego profissional como *Counsellor* de Reabilitação Psiquiátrica num hospital de saúde mental. Integrei um projecto-piloto que pretendia ajudar “pacientes mentais” crónicos de longo termo, a encontrar saídas fora do hospital. O meu background académico incluía uma graduação com especialização em estudos sociais, sociologia, discurso e psicologia, com pouco estudo de *counselling* ou psicoterapia. A minha responsabilidade era desenvolver um departamento de reabilitação psiquiátrica e arranjar formas de ajudar os indivíduos. Nessa altura, não conhecia a ideia seguida por muitos académicos e clínicos de que a abordagem de Rogers “não funcionava” em indivíduos que sofriam de estados de disfunção “psicótica”. De facto, nessa altura, nem sequer tinha ouvido falar da abordagem “Rogeriana” ou “Centrada no Cliente”. O pessoal do hospital assegurou-me, muitas vezes, que nada iria ajudar estes indivíduos “psicóticos” e “institucionalizados” a funcionar fora do hospital. Afinal, muitos destes indivíduos melhoraram significativamente, ao ponto de uma razoável auto-suficiência fora do hospital. As minhas observações desta melhoria foram apoiadas pela forte evidência das reduzidas taxas de reincidência, do emprego funcional, vida independente, auto-avaliações e aumento da qualidade de vida. Não soube do trabalho de Carl Rogers até me ter sido apresentado pelo director do projecto piloto, que me supervisionava de outra cidade. Sabendo muito pouco sobre o que fazer, eu dependia dos indivíduos com quem trabalhava. Eu ouvia, preocupava-me e confiava neles. O meu maior interesse era ser o mais eficaz possível para os indivíduos com quem trabalhava. Qual foi a assumpção que criou um paradigma diferente? Podia-se confiar na auto-direcção do cliente. Os clientes, que acumulavam hospitalizações individuais de mais de 20 anos, encontraram formas de aumentar a sua sorte. Qual foi o aspecto revolucionário? A relação e os recursos do cliente foram os principais factores de tratamento. Existiram focos raros na profundidade da auto-exploração, do experienciar ou qualquer outro processo particular. Aqui estão vários exemplos:

Howard tinha sido hospitalizado vinte anos antes de eu o ver, com o diagnóstico de esquizofrenia, do tipo paranoide. Tinha agredido vários indivíduos antes da sua admissão. Possuía um passe para a área do hospital e trabalhava na tipografia. Soube de mim através de outros residentes e pediu ao seu

First Realizations

My first realization of the monumental difference of this theory occurred for me between 1958 and 1963 when I was in my middle and late 20's. I started my first professional employment as a Psychiatric Rehabilitation Counselor in a State Mental Hospital. I joined a pilot project intended to help chronic, long term “mental patients” find ways out of the hospital. My academic background included an undergraduate degree with majors in social studies, sociology, speech and psychology with little study of counseling or psychotherapy. My responsibility was to develop a psychiatric rehabilitation department and to find ways to help the individuals. At the time, I had not learned the party line of many academicians and clinicians that Rogers' approach “would not work” with individuals who were in “psychotic” states of dysfunction. In fact, I had not even heard of the “Rogerian” or “Client-Centered” approach at that time. The professional hospital staff often assured me that nothing would help these “psychotic” and “institutionalized” individuals to function outside of the hospital. As it turned out, many of these individuals improved significantly to the point of reasonable self-sufficiency outside of the hospital. My observations of this improvement were buttressed by the hard evidence of reduced recidivism rates, functional employment, independent living, self evaluations and increased quality of life. I did not know of the work of Carl Rogers until introduced to me by the director of the pilot project who supervised me from another city. Knowing little about what to do, I depended upon the individuals with whom I worked. I listened, cared for and trusted them. My major interest was that of finding what was effective for the individuals with whom I worked. what was the assumption that created a different paradigm? The self-direction of the client could be trusted. The clients, who averaged individual hospitalizations of over twenty years, found ways to improve their lot. What was the revolutionary aspect? The relationship and the resources of the client were the primary treatment factors. There was seldom focus on depth of self exploration or experiencing or any other particular process. Here are several examples:

Howard had been hospitalized twenty years before I saw him, diagnosed as, Schizophrenic, Paranoid type. He had stabbed several individuals prior to his admittance. He had a grounds pass at the hospital and worked at a paper route in the hospital. He heard about me from other residents

médico para me falar sobre ele. Falámos duas vezes sobre os seus pensamentos acerca da saída do hospital. Ele decidiu que não era coisa para fazer, muito ameaçadora! Eu ouvi, sobretudo, falei-lhe de algumas das possibilidades educativas e de formação com que eu o poderia ajudar se decidisse desenvolver planos fora do hospital. Quase um ano mais tarde, ele voltou para retomar onde tínhamos ficado. Quis saber sobre a possibilidade da “Escola de Barbeiros”. Falámos semanalmente durante vários meses, conduzidos por ele. Falou da sua filha, das suas relações no hospital e de coisas que a maior parte de nós fala nas conversas normais. A sua consistência em procurar formação resultou na autorização para frequentar essa escola. Houve um período de espera antes de ir para a escola e decidi procurar emprego na comunidade. Apesar de se estar num período de recessão na comunidade industrial, apoiei o seu desejo de procurar emprego. Falávamos antes e depois das idas à cidade. A maior parte do pessoal estava muito céptico acerca do facto dele encontrar um emprego, quando indivíduos “normais” nem sequer conseguiam um trabalho em “part-time”. Uma semana mais tarde, Howard teve três ofertas de emprego. Aceitou um emprego como “preparador”, barbeando os indivíduos antes de entrarem na cirurgia. Mais tarde foi para a escola e trabalhou como barbeiro até à reforma. Sempre pensei que estes eram empregos interessantes para ele, dado que tinha sido originalmente admitido no hospital devido a uma alteração com uma faca, a qual resultou em ferimentos em várias pessoas.

Eleanor foi-me sugerida por um vigilante. Tinha sido diagnosticada 21 anos antes como esquizofrénica, de tipo simples. Estava numa área vigiada do hospital. O guarda disse que ela tinha manifestado interesse em sair da área vigiada, e perguntou se eu a poderia ajudar de alguma forma. Quando cheguei, Eleanor estava sentada no chão, brincando com as suas fezes. Eu não fazia a menor ideia do que dizer ou fazer. Apresentei-me e falei-lhe um pouco da minha função no hospital. Ela não respondeu, excepto um sorriso negro rebelde, enquanto continuava a brincar com as fezes. Fiquei sem saber o que dizer ou fazer. Depois perguntei ou disse-lhe qualquer coisa. Tentei experienciá-la o melhor que pude, pensando o que podia fazer para ter mais certeza do meu contacto com ela. Em desespero, finalmente balbuciei qualquer coisa como “Acha que iria gostar de ir para uma escola de beleza?” Talvez me tivesse lembrado da

and asked his doctor to refer him to me. We talked twice about his thoughts of getting out of the hospital. He decided that this was not the thing for him to do, too threatening! I mostly listened, told him about some of the training and educational possibilities that I could help him with if he did decide to develop out hospital plans. Nearly a year later, he returned to pick up where he left off. He inquired about the possibility of “Barbers School”. We talked weekly for several months with him taking the lead. He talked about his daughter, his relationships at the hospital and things most of us might talk about in normal conversations. His consistency with seeking training resulted in him being accepted for funding to attend such a school. There was a wait period before going to school and he decided to seek employment in the community. Although, it was the height of a recession in an industrial community, I supported his wish to seek employment. We talked before and after trips to the city. Most of the staff were quite skeptical about him finding employment when “normal” individuals could not find even part time work. One week later, Howard had three job offers. He accepted one job as a “prep” person shaving individuals before they went to surgery. Later, he went to the school and worked as a barber until his retirement. I always thought that these were interesting jobs for him since he was originally admitted to the hospital for a rampage with a knife that resulted in injuries to a number of people.

Eleanor was referred to me by a ward attendant. She had been diagnosed twenty one years before as, Schizophrenic, Undifferentiated Type. She was on a locked ward in the hospital. The attendant said that she had expressed an interest in getting out of the ward, and he wondered if I could help her in any way. When I arrived, Eleanor was sitting on the floor playing with her feces. I had no idea what to do or say. I introduced myself and told her a little bit about my role in the hospital. She was not responsive except for a wild black toothed smile as she continued to play with her feces. I stayed not knowing what to say or do. Now and then I asked a question or made a statement of some kind. I tried to experience her as best as I could wondering what I could do to be more sure of my contact with her. In desperation, I finally blurted out something like, “Do you think that you might like to go to beauty school?” May-

sua criatividade e destreza manual, ao brincar com as fezes. Incrivelmente, ela abandonou a atividade com as fezes e sentou-se na cadeira perto de mim. Disse-lhe que voltaria na próxima semana para estar novamente com ela. Pouco tempo depois, começaram a cessar alguns dos seus comportamentos bizarros. Nos meses seguintes começou a arrumar-se e mudou-se para uma área aberta. Trabalhava, eventualmente, na comissão do hospital. Acho que ela nunca saiu do hospital, mas a sua qualidade de vida aumentou significativamente.

Gerald era um rapaz de 21 anos que tinha o diagnóstico de paranoide quando entrou no hospital, dois anos antes. Teve permissão do seu médico para falar comigo a fim de arranjar um emprego. Trabalhava no camião do lixo do hospital mas foi periodicamente transferido para uma área fechada devido ao comportamento violento dirigido aos co-trabalhadores. Sentou-se silenciosamente durante seis ou mais sessões. Eu dirigia-me a ele ou perguntava-lhe coisas de vez em quando. Ele respondia-me brevemente, “sim” ou “não” quando era possível uma resposta desse tipo. Eu “sentia” frequentemente a raiva que saía dele. Ocasionalmente dizia-lhe que tinha medo dele. Ele continuava a vir. Seis meses depois, levei-o à cidade para procurar emprego. Entretanto, arranjou um emprego e foi dispensado do hospital. Três anos mais tarde, recebi uma carta sua a agradecer-me por o ter ajudado e por acreditar nele. Ainda assim, essa não foi a última notícia que tive dele. Cerca de 15 anos mais tarde, quando coordenava um programa de graduação numa Universidade Estatal e estava a rever os ficheiros dos estudantes, guardados anos antes da minha chegada, deparei com o nome de Gerald. Tinha de ser ele, devido à sua residência anterior e outros elementos. Tinha cumprido o serviço militar, tinha sido dispensado honrosamente e recebido a sua graduação numa profissão de ajuda. Ainda é difícil para mim acreditar que após quinze anos ocorreu esta coincidência.

O que aprendi da minha experiência com estes indivíduos? Os clientes que demonstraram melhoras diversas, mas claras, não se focavam, habitualmente, nas suas experiências internas; não se entregavam à auto-exploração, não se focavam nos seus sentimentos. De facto, falavam sobre qualquer coisa, sobre tudo e nada. Não havia nenhuma técnica particular ou forma de responder que os ajudasse. Descrevo-me a mim próprio como oferecendo aos indivíduos uma confiança inocen-

te I was reminded of her creativity and manual dexterity as she played with her feces. Amazingly, she discarded her activity with the feces and sat in the chair next to me. I told her I would come back next week to check with her again. A short time later, she began to discontinue some of her bizarre behavior. She cleaned herself up over the next months and moved to an open ward. She eventually worked some in the hospital commissary. I do not think that she ever got out of the hospital but the quality of her life increased significantly.

Gerald was a twenty-one year old who was diagnosed as Paranoid when he entered the hospital two years previously. He received permission from his doctor to talk to me about finding a job. He worked on the garbage truck in the hospital but was periodically transferred to a locked ward because of violent behavior towards co-workers. We sat mostly in silence over a half dozen or so sessions. I would say things to him or ask questions every once in awhile. He would answer briefly, “Yes” or “No” when a binary response was possible. I could often “feel” anger exuding from him. I would tell him occasionally that I was sometimes afraid of him. He kept returning. Six months later, I took him to town while he searched for employment. Eventually, he found a job and was discharged from the hospital. Three years later, I received a letter from him which thanked me for helping him and for having faith in him. It was not the end of my information about him though. Over fifteen years later, I was chairing a graduate program in a State University. I was cleaning up old student files that had gathered years before my arrival as I came across Gerald’s name. It had to be him because of his previous residence and other factors. He had been in the military service, honorably discharged and had received his graduate degree in a helping profession. It is still difficult for me to believe that after fifteen years, this coincidence occurred.

What did I learn from my experiences with such individuals? Clients who demonstrated varied but clear improvements did not usually focus on their internal experiences; they did not delve into self-exploration they did not focus on their feelings. They, in fact, talked about anything and everything or nothing. There was no particular technique or way of responding that helped them. I describe myself as offering individuals a naive trust in their own self

te nas suas próprias determinações, uma falta de pressuposições acerca do que deviam ser, fazer ou tornar-se, tratando-os como seres humanos iguais, com os seus próprios direitos. A grande aprendizagem para mim foi de que os clientes podiam necessitar de apoio para encontrar os seus próprios meios de crescimento. Aprendi que eu poderia depender do indivíduo para tomar a melhor direcção de vida. Aprendi e assimilei uma confiança na resiliência notável dos seres humanos. Em retrospectiva, aprendi a potência terapêutica da relação e da confiança nos recursos do cliente para a mudança.

A Questão de um Modelo de Ajuda

Encontrei o modelo para a minha abordagem quando li as hipóteses de Rogers (1957) no que respeita às condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica de personalidade. O modelo não requeria formas particulares de responder, mas oferecia uma direcção para as relações do terapeuta com os clientes. Condição com o que eu fazia com os indivíduos crónicos de longo termo hospitalizados. O terapeuta podia fazer muitas coisas, dizer muitas coisas, e comportar-se de várias maneiras mantendo certas atitudes perante os seus clientes. Essas atitudes podiam existir num contexto de actividades variadas. Era um modelo que me fornecia uma forma de ser um instrumento para os indivíduos melhorarem, num contexto que era mais mas que incluía a psicoterapia.

Na minha educação superior, formei-me em terapias que incluía a Adleriana, a Psicodinâmica, a Gestalt, o Behaviorismo, o Cognitivismo-Behaviorismo e o Counselling Vocacional e de Aconselhamento. A minha educação na Terapia Centrada na Pessoa foi informal, auto-dirigida e raramente relacionada com algum programa de formação profissional. Mantive um interesse permanente pelas “condições necessárias e suficientes” e pela Abordagem Centrada no Cliente defendida por Rogers (1957; 1959). Aprendi durante esta aventura que os estudantes raramente tiveram a oportunidade de experienciar o poder de ir no caminho e direcção do cliente. Todos os outros modelos eram “interventivos” de uma forma ou de outra. Os outros modelos provocavam um curto-circuito na oportunidade de confiança extrema no cliente.

A minha procura de um modelo tornou-se um pouco diferente quando comecei a examinar o trabalho de Rogers numa perspectiva mais académica. No fim dos anos 60 e nos anos 70, envolvi-me em dois enormes projectos de investigação com Charles B. Truax e Kevin Mitchell. Estes projectos (Os Projectos Arkansas) reuniam a averiguação das “condições necessárias e suficientes” de psicoterapeutas altamente treinados e com muita experiência e um projecto separado, de Counsellors de Reabi-

determinations, a lack of presumptions in what they should be or do or become, and treating them as equal human beings in their own rights. The great learning for me was that the clients could be depended upon to find their own ways of growing. I learned that I could depend upon the individual for the best direction for her life. I learned and assimilated a trust for the remarkable resiliency of human beings. In retrospect, I learned the therapeutic potency of the relationship and of trusting the client’s resources for change.

The Quest for a Helping model

I found the model for my approach when I read Rogers’ (1957) hypotheses concerning the necessary and sufficient conditions for therapeutic personality change. The model did not require particular ways of responding, but offered a guideline for therapists’ relationships with clients. It fit what I had been doing with these chronic, long term, hospitalized individuals. The therapist could do many things, say many things, and behave in multiple ways while holding certain attitudes toward their clients. These attitudes could exist within a context of varied activities. It was a model which provided me with a way to be an instrument for individuals to improve within a context that was more than but included psychotherapy.

As I pursued higher education, I was trained in therapies that included Adlerian, Psychodynamic, Gestalt, Behaviorism, Cognitive Behaviorism and Vocational Counseling and Guidance. My education in person-centered therapy was informal, self-directed and seldom related to any professional training program. I maintained an abiding interest in the “necessary and sufficient conditions” and in the client-centered approach espoused by Rogers (1957; 1959). I learned during this venture that students seldom had the opportunity to experience the potency of going with the client’s way and direction. All of the other models were “interceptive” in one way or another. The other models short circuited the opportunity for the extreme trust of the client.

My quest for a model took a slightly different turn as I started to examine Rogers’ work from a more academic perspective. In the late 1960’s, and 1970’s, I was involved with two immense research projects with the late Charles B. Truax and late Kevin Mitchell. These projects (The Arkansas Projects) entailed the examination of the “necessary and sufficient conditions” of highly trained and experienced psychotherapists and, a separate project, of Rehabilitation Counselors in the

litação nos Estados Unidos (Mitchell, Bozarth, and Krauft, 1977). As minhas conclusões desta investigação foram (1) que haviam pouco terapeutas ou counsellors que funcionavam com altos níveis destas condições durante as suas sessões. Altos níveis de empatia ou olhar incondicional positivo medidos com os melhores instrumentos que raramente existiam. Os melhores resultados eram níveis moderados (3 numa escala de 5); (2) que a melhoria dos clientes estava mais frequentemente relacionada com o facto do terapeuta ser razoavelmente um indivíduo real na relação. Os níveis de congruência que eram menores que os definidos operacionalmente para um funcionamento mínimo relacionados com várias melhoras, moderadas; (3) que o significado das hipóteses rogerianas empreendia uma mudança subtil de significado. Mais tarde, outros estudos (Mitchell, Bozarth and Krauft, 1977) confirmaram que raramente existiam condições num alto nível no terapeuta, nas amostras do estudo. Fui recordado de que, geralmente, os clientes evoluem independentemente do que encontram nos seus terapeutas, se existir uma relação razoável de “cuidado”, “aceitação” e “incondicionalismo” percebidos. Além disso, os resultados da investigação sugeriram que a melhoria do cliente era moderada enquanto os altos níveis das condições dos terapeutas eram um fenómeno raro (para resumo da pesquisa, ver Bozarth, Zimring & Tausch, no prelo).

Três Direcções do Modelo

Parte do meu trabalho nos projectos de investigação do Arkansas envolvia o desenvolvimento de um dos primeiros manuais de formação daquilo que se viriam a tornar modelos de “Formação em Relações Humanas” ou “Formação de Competências Interpessoais”. Os trabalhos de Carkhuff (1969) e Traux (Traux e Carkhuff, 1967; Truax e Mitchell, 1971) tornaram-se os percussores destes modelos que estão agora mais “behaviorizados” e são proeminentemente abordados por Cormier e Cormier (1991) e Egan (1975) bem como outros. A minha descoberta, ao trabalhar no desenvolvimento das competências do modelo, foi de que era uma distorção dos conceitos de Rogers. Os conceitos foram operacionalmente definidos com o objectivo da investigação. Estes conceitos operacionais foram então usados para desenvolver programas de formação. O que eventualmente se perdeu e foi distorcido foi a posição de confiança do terapeuta no cliente. O modelo de competências reflectiu o significado das condições como atitudes e criou um modelo que instruía os terapeutas, “relacionem-se, levem o cliente a compreender, e depois levem-no à acção”, uma violação clara do modelo fundamental de confiança da teoria de Rogers. O locus de controle passou do cliente para o terapeuta. A minha conclusão sobre

United States (Mitchell, Bozarth, and Krauft, 1977). My realizations from this research were (1) that there were few therapists or counselors who operated at high levels of these conditions during their sessions. High levels of empathy or unconditional positive regard as measured by the best available instruments seldom existed. The best levels were moderate levels (3 on 5 point scales). (2) that clients’ improvement was most often correlated with the therapist being reasonably real individuals within the relationship. Congruence ratings that were lower than the operationally defined minimal functioning levels related to moderate but multiple client improvements. (3) that the meaning of the Rogerian hypotheses were undertaking a subtle change of meaning. Later, examination of other studies (Mitchell, Bozarth, and Krauft, 1977) confirmed that there were seldom high level condition therapists in the study samples. I was reminded that usually clients will move forward with whatever they find from their therapists if there is a reasonable relationship of “caring” acceptance” or “unconditionally” perceived. Overall, the research results suggested that client improvement was moderate while high level therapists’ conditions were a rare phenomenon (For summary of client-centered research, see Bozarth, Siring, & Tausch, in press).

Three Model Direction

Part of my work on the Arkansas research projects involved the development of one of the first training manuals on what has come to be identified as “Human Relations Training” or “Interpersonal Skills Training” models. The works of Carkhuff (1969) and Truax (Truax and Carkhuff{ 1967; Truax and Mitchell, 1971) became the forerunner for these models which are now more behaviorized and prominently discussed by Cormier and Cormier (1991) and Egan (1975) as well as others. My discovery while working on the development of the skill models was that this was a distortion of Rogers’ concepts. The concepts were operationally defined for the purpose of research. These operational concepts were then used to develop training programs. What eventually got lost and distorted was the trust stance of the therapist in the client. The skill model deflected the meaning of the conditions as attitudes and set up a model which instructed therapists to “relate, get the client to understand, and then get the client to action”, a clear violation of the fundamental trust model of Rogers’ theory. The locus of control was shifted from the client to the therapist. My conclusion at this juncture was (and still is)

esta união foi (e ainda é) de que existem três modelos que derivam das afirmações e da teoria de Rogers. Identifico estes modelos desta forma:

O Modelo de Competências Interpessoais (ou Modelo de Relações Humanas), que é centrado-no-problema e dirigido pelo terapeuta;

O Modelo de Integração (ou Modelo das Condições Necessárias e Suficientes) (também identificado como Teoria das Condições da Terapia por Barrett-Lennard, 1998), que é centrado nas condições e pode ser dirigido pelo terapeuta ou pelo cliente;

O Modelo Centrado na Pessoa (ou Modelo Centrado no Cliente), que é centrado-na-pessoa e dirigido pelo cliente.

Concluí que o Modelo de Competências Interpessoais é uma distorção da teoria de Rogers apesar de ser largamente identificado como representativo da teoria. O Modelo de Integração também foi bastante visto como o modelo centrado no cliente/pessoa e interpretado de formas que distorceram a mensagem de Rogers. O Modelo de Integração é considerado como o núcleo de todas as terapias eficazes, independentemente do tipo de terapia. Como tal, aceita a comunicação das condições através de meios perfeitamente disparatados. A atenção na confiança do cliente é relegada para uma discussão menor enquanto se foca nas condições do terapeuta. Contudo, as condições citadas no Modelo de Integração são as instruções críticas para o terapeuta centrado no cliente (Bozarth e al., no prelo; Rogers, 1959).

A Influência dos Grupos

Interessei-me pelos grupos durante o tempo em que trabalhei no Sistema Hospitalar Mental Estatal. A minha abordagem dos grupos parecia ir contra a maioria da literatura sobre grupos, dado que eu remetia para os clientes a direcção e substância das nossas actividades. Mais tarde, pareceu-me natural envolver-me na direcção de Rogers (1970) do “Grande Grupo de Encontro” (“Large Encounter Group”) e mais tarde no Grupo Comunitário Alargado (“Large Community Group”) (Bozarth, 1998, pp. 149-159). Desde 1974, até agora, tenho-me envolvido consistentemente em grupos centrados na pessoa, incluindo a actividade no Programa de La Jolla, grupos comunitários facilitados por Rogers e colegas, e workshops centrados na pessoa em Warm Springs, Georgia. Coordenei o Workshop Centrado na Pessoa de Warm Springs desde 1987 até 1999. Aprendi, com estes grupos, a confiar nos indivíduos e nos indivíduos como grupo, a confiar mais

that there are three models emanating from Rogers’ theory and statements. I identify these models in this way;

The Interpersonal Skills Model (or Human Relations Model), which is problem-centered and therapist driven;

The Integration Model (or The Necessary and Sufficient Conditions Model) (Also identified as the Conditions Therapy Theory by Barrett-Lennard (1998), which is conditions centered and may be therapist or client driven;

The Person-Centered Model (or Client-Centered Model), which is person-centered and client driven.

I concluded that the Interpersonal Skill Model is a distortion of Rogers’ theory even though widely identified as representing the theory. The Integration Model was also often viewed as the client/person-centered model and interpreted in ways that misdirected Rogers’ message. Rogers’ Integration Model is considered as the core of all effective therapy regardless of the type of therapy. As such, he accepts the communication of the conditions through widely disparate means. Attention to the trust of the client is relegated to less discussion as he focused upon the therapist’s conditions. However, the conditions cited in the Integration Model are the critical instructions to the client-centered therapist (Bozarth et al., in press; Rogers, 1959).

The Influence of Groups

I became interested in groups during the time of my work in the State Mental Hospital System. My approach to groups seemed to go against most of the group literature as I depended upon clients for the direction and substance of our activities. Later, it seemed natural for me to become involved in Rogers’ (1970) direction of the “Basic Encounter Group” and later the Large Community Group Bozarth, 1998, pp. 149-159). From 1974 until now, I have been consistently involved with person-centered groups including activity with The LaJolla Program, Community groups facilitated by Rogers and colleagues, and person-centered workshops in Warm Springs, Georgia. I have coordinated the Warm Springs Person-Centered Workshop from 1987 through 1999. I learned from these groups to trust individuals and the individuals as a group to trust in self more to absorb

em mim, a absorver os acontecimentos, e a dizer menos, a maior parte do tempo. Comecei a acreditar que uma atmosfera de liberdade, um lugar seguro para os indivíduos se debaterem, um lugar para os indivíduos serem aceitos como são, são os ingredientes principais para o crescimento. A compreensão empática e a “perícia” facilitadora parecem cada vez menos importantes para o crescimento pessoal nos grupos. Se tudo isto verdade, ponderei nas implicações para a terapia individual e para a teoria.

Manter a teoria

A teoria é um paradigma diferente! A teoria é revolucionária! Porquê? É um paradigma diferente devido à confiança radical no cliente e à noção da hipótese de crescimento. É revolucionário porque não tem nada a ver com as suposições de tratamento. Notavelmente, a suposição da maior parte dos modelos de tratamento de saúde é, de uma forma ou de outra, a suposição de especificidade. Isto é, há a suposição de que há certos tratamentos para doenças particulares. Há um focalizar no problema do cliente. As suposições centradas na pessoa são de que a cura é natural no cliente e que a natureza é promovida pela relação terapeuta/cliente e pela descoberta dos próprios recursos do cliente. Os problemas do cliente serão resolvidos à medida que a tendência para o crescimento é promovida. Os clientes encontram as suas próprias formas de lidar com os problemas. Ao examinar a teoria mais e mais, adquiri uma maior clareza sobre a natureza deste paradigma revolucionário. De novo, irei partilhar este breve pensamento através da minha perspectiva histórica.

A Reconceptualização das Condições Necessárias e Suficientes

Algo me continuou a intrigar acerca das grandes hipóteses de Rogers no que respeita às “condições necessárias e suficientes”. Pareceu-me que as condições de congruência, olhar incondicional positivo e compreensão empática do quadro de referência do cliente eram, geralmente, discutidas em separado em vez de possuírem a enorme inter-relação comunicada nas afirmações de Rogers. Mais, havia algo um pouco incompleto na afirmação de Rogers sobre as condições necessárias e suficientes quando a teoria da patologia de Rogers era considerada. A minha reconceptualização (Bozarth, 1998, pp. 43-49) das condições necessárias e suficientes para a mudança de personalidade terapêutica implica (a) Genuinidade (ou congruência) sendo vista como o estado de prontidão do terapeuta que lhe permite experienciar melhor o cliente, com uma compreensão empática do seu quadro interno de referência, e experienciar o olhar incondicional positivo (OIP)

the happenings and to say little most of the time. I came to believe that an atmosphere of freedom a safe place for individuals to struggle le a lace for individuals to be accepted as they are were the main ingredients for growth. Empathic understanding and facilitator expertise seem less and less important for personal growth in groups. If this were true, I pondered the implications for individual therapy and for the theory.

Indwelling the Theory

The theory is a different paradigm! The theory is revolutionary! Why? It is a different paradigm because of the radical trust in the client and in the notion of the growth hypothesis. It is revolutionary because it flies in the face of other treatment assumptions. Notably, the assumption of most mental health treatment models is, one way or another, the specificity assumption. That is, there is the assumption that there are certain treatments for particular disabilities. There is a focus on the problem of the client. The person-centered assumptions are that the healing is natural in the client and that nature is promoted by the therapist/client relationship and by the discovery of the client's own resources. Client problems will be solved as the client's growth tendency is promoted. Clients find their own ways of dealing with the problems. As I examined the theory over and over, I acquired more clarity on the nature of this revolutionary paradigm. Again, I will share this briefly through my own historical perspective.

A Reconceptualization of the Necessary and Sufficient Conditions

Something continued to intrigue me about Rogers' great hypotheses concerning “The necessary and sufficient conditions”. It struck me that the conditions of congruence, unconditional positive regard, and empathic understanding of the client's frame of reference were usually discussed as separate rather than having the high interrelationship communicated by Rogers' statement. Further, there was something a bit incomplete in Rogers' statement of the necessary and sufficient conditions when Rogers' theory of pathology is considered. My (Bozarth, 1998, pp.43-49) reconceptualization of the necessary and sufficient conditions for therapeutic personality change entails (a) genuineness (or congruency) being viewed as a therapist state of readiness that enables the therapist to better experience the client with empathic understanding of the client's internal frame of reference and to experience unconditional positive regard (U) toward

face ao cliente; (b) Compreensão empática (CE) do quadro de referência do cliente percebido como o estado de ação do terapeuta, no qual o mundo do cliente é aceite da forma como ele o está a experienciar, num dado momento. Este é o melhor meio para o cliente perceber a experiência de olhar incondicional positivo do terapeuta face a si; e (c) Olhar incondicional positivo visto como o primeiro agente de mudança, pelo qual as necessidades de olhar positivo e auto-olhar positivo do cliente são reconhecidas. Isto resulta na congruência entre a experiência organísmica do cliente e o auto-conceito, como parte da promoção da tendência actualizante. O factor curativo ou promocional fundamental é a percepção do cliente da experiência de olhar incondicional positivo do terapeuta. Não pode ser de outra forma, na teoria de Rogers! Os indivíduos tornam-se perturbados ou incongruentes devido à introjecção de auto-valores condicionados transmitidos pelos pais e pela sociedade. Vários autores concordam neste ponto, que é incluído nos escritos de Brodley (1993), Lietaer (1984), Mearns (1994), Thorne (1991) e Van Belle (1990), para nomear alguns. A relação da etiologia patológica não foi explicitamente considerada em relação às condições necessárias e suficientes. É a percepção do cliente da experiência de olhar incondicional positiva do terapeuta que lhe permite experienciar um olhar incondicional positivo face a si próprio; tornando-se então total, de novo, sentindo as suas experiências organísmicas sem distorção ou condicionalismos.

A Inter-relação das Condições

Descobri (Bozarth, 1997), ao investigar a “Empatia Rogeriana”, que a compreensão empática de Rogers do quadro de referência da pessoa e a incondicionalidade estão integralmente interligadas, ao ponto de serem uma condição. O cliente deve perceber que estas duas condições são experienciadas pelo terapeuta em relação a si. Isto é claro nas suas duas afirmações formais das condições, de 1957 e 1959. Rogers raramente discutia a compreensão empática sem fazer referência à “aceitação”, “olhar incondicional positivo” ou a termos semelhantes. A empatia (CE) raramente era discutida, por ele, como uma qualidade separada. Mais, a consideração das definições precisas de cada uma destas condições sugere uma integração elevada. Ou seja, o terapeuta aceita cada experiência momentânea do cliente (olhar incondicional positivo) e aceita cada percepção e experiência momentânea do mundo do indivíduo (compreensão empática). Da mesma forma, a sobreposição da congruência com o olhar incondicional positivo e a compreensão empática está também presente de uma forma que sugere que são, fundamentalmente, uma condição.

ds the client; (b) Empathic understanding (EU) of the client’s frame of reference being viewed as the action state of the therapist in which the client’s world is accepted the client is experiencing it at any given moment. This is the most optimal way for the client to perceive the therapist’s experience of unconditional positive regard towards her; and (c) Unconditional positive regard is viewed as the primary change agent in which the client’s needs for positive regard and positive self regard being met. This results in congruence between the client’s organismic experience and self concept as part of the promotion of the actualizing tendency. The fundamental curative or promotional factor is the client’s perception of the therapist’s experience of unconditional positive regard. It can be no other way in Rogers’ theory! Individuals become disturbed or incongruent because of the introjection of conditional self values garnered from parents and society. Numerous authors realize this point which is included in writings by Brodley (1993), Lietaer (1984), Mearns (1994), Thorne (1991) and Van Belle (1990) to name several. The relationship of the pathological etiology has not been explicitly considered in relation to the necessary and sufficient conditions. It is the client’s perception of the therapist’s experience of unconditional positive regard that allows the client to experience unconditional positive self regard; thus becoming whole again and to open their organismic experiences without distortion or conditionality.

Interrelationship of the Conditions

I (Bozarth, 1997) discovered while investigating “Rogerian Empathy” that Rogers’ empathic understanding of the person’s frame of reference and unconditionality are integrally intertwined even to the point of being one condition. The client must perceive both of these conditions as experienced by the therapist towards the client. This is clear in both of his formal conditions statements of 1957 and 1959. Rogers rarely discussed empathy without making references to “acceptance”, “unconditional positive regard” (UPR) or similar terms. Empathy (EU) was seldom discussed as a separate quality by him. In addition, consideration of precise definitions of each of these conditions suggest high integration. That is, the therapist accepts each momentary experience of the client (QS?R) and accepts each momentary perception and experience of the individual’s world (EU). Likewise, the overlap of congruence with UPR and EU is also present in a way that suggests that they are functionally one condition.

A Afirmação de Integração

Tornou-se claro que a afirmação de Rogers de 1957, sobre as condições necessárias e suficientes, não se referia à Terapia Centrada no Cliente (Stubbs & Bozarth, 1996). Este é um facto largamente ignorado pela maior parte dos estudiosos, mesmo apesar de Rogers salientar que as condições NÃO se referem apenas à Terapia Centrada no Cliente. As condições nesta afirmação estão ligadas a todos os tipos de terapia, em geral. Uma implicação deste facto sugere-me que necessitamos de reformular alguns dos nossos pensamentos anteriores. Por exemplo, concluí (Bozarth, 1983), numa revisão de investigação anterior nos EUA, que existiam poucos estudos da Terapia Centrada no Cliente *per se*. Os estudos, geralmente, transmitem um “método” de terapia, raramente usando terapeutas centrados no cliente. Os estudos, geralmente, focam-se nas “competências” do terapeuta, e não nas atitudes. A conclusão de que a afirmação de Rogers é uma afirmação de integração sugere que a maioria das investigações foi dirigida para as condições mencionadas por Rogers e não para a noção de centração na pessoa. Este aparenta ser um problema de investigação de alguma forma complicado. Fornece uma análise racional para a descoberta de que as hipóteses de Rogers não foram testadas adequadamente; que os numerosos resultados de investigação dos anos 60 foram mais divulgados que convincentes (Mitchell, Bozarth e Krauft, 1977); traz também alguma luz ao muito difamado estudo de Wisconsin com clientes psiquiátricos (Rogers, Gendlin, Keisler e Truax, 1967). Muitos dos terapeutas, na minha opinião, não se dedicavam particularmente ao modelo centrado no cliente, e foram influenciados por outros modelos. Eles descobriram que não podiam aplicar uma resposta modelo particular que designavam de “Escuta centrada no cliente”. O estudo, no seu nível fundamental, foi uma avaliação de até onde os terapeutas estavam aptos a manter as atitudes nucleares em relação ao cliente. Como a maior parte dos estudos que se seguiram a este projecto, as condições nucleares tornaram-se “competências”, mais que as condições atitudinais da Terapia Centrada no Cliente. A minha experiência pessoal com clientes psicóticos de longo termo hospitalizados trouxe-me algumas questões, em relação à confiança que lhes era dada neste projecto. Qualquer que seja o caso, a direcção da investigação tornou-se um inquérito mais geral sobre os factores comuns (as condições necessárias e suficientes de Rogers), e não sobre a Terapia Centrada no Cliente *per se*. Barrett-Lennard (1998) refere-se a este fenómeno como “Teoria das Condições de Terapia”, enquanto Stubbs e Bozarth (1996) dignificaram o artigo de Rogers (1957) como a “Afirmação de Integração”.

The Integration Statement

It became clearer that Rogers’ 1957 statement concerning the necessary and sufficient conditions was not about Client-Centered Therapy (Stubbs & Bozarth, 1996). This is a fact widely ignored by most scholars even though Rogers is very pointed that the conditions are NOT just about Client-Centered Therapy. The conditions in this statement have to do with all kinds of therapies and with interpersonal relations in general. One implication of this fact suggests to me that we need to reframe some of our previous thinking. For example, I (Bozarth, 1983) concluded in a previous review of research in the United States that there were few studies of Client-Centered Therapy *per se*. Studies usually entail a “method” of therapy seldom using client-centered therapists. The studies often focused on “skills” of the therapist rather than the attitudes. The realization that Rogers’ statement is an integration statement suggests that most of the research has been directed towards the conditions cited by Rogers and not towards the stance of person-centeredness. This proves to be a somewhat complicated research problem. To some extent, it provides a rationale for the discovery that Rogers’ hypotheses had not been adequately tested; that the numerous research findings of the 1960’s were less convincing than reported (Mitchell, Bozarth, & Krauft, 1977). It also sheds some light on the much maligned Wisconsin study with psychiatric clients (Rogers, Gendlin, Keisler and Truax, 1967). Several of the therapists, in my assessment, were not particularly dedicated to the client-centered model and were influenced by other models. They found that they could not apply a particular response model which several labeled, “Client-Centered Listening”. The study, at the fundamental level, was an examination of the extent to which the therapists were able to hold the core attitudes towards the clients. Like most of the studies which followed this project, the core conditions became “skills” rather than the attitudinal conditions of client-centered therapy. My personal experience with long term hospitalized “psychotic” clients creates some questions for me of the extent of trust that was offered to the clients in this project. Whatever the case, the research direction became a more general inquiry of the common factors (Rogers’ necessary and sufficient conditions) rather than on client-centered therapy *per se*. Barrett-Lennard (1998) refers to this phenomenon as “Conditions Therapy Theory”, while Stubbs and Bozarth (1996) dubbed Rogers (1957) article as the “Integration Statement”.

A Investigação

Numerosos estudos de investigação foram dirigidos para as qualidades atitudinais básicas colocadas em hipótese por Rogers em 1957 (Ver Truax e Mitchell, 1971). As revisões de investigação sugeriram que estes estudos não eram tão fortes como inicialmente se afirmava (e.g., Bergin e Lambert, 1978; Mitchell et al., 1977). Isto conduziu a uma mudança no foco da investigação e a uma conclusão não substanciada de que as condições hipotetizadas por Rogers eram necessárias mas não suficientes. Uma análise qualitativa posterior (Stubbs e Bozarth, 1994) revelou mais claramente que as conclusões proeminentes sobre os resultados da investigação foram feitas com base em evidências muito obscuras. Isto era especialmente verdade no que respeita à afirmação de que as hipóteses de Rogers NÃO eram suficientes. Não houve um único estudo válido que suportasse esta afirmação. Isto era também verdade para a conclusão de que há documentação adequada em relação à assumpção de tratamentos específicos para perturbações particulares. Afinal, parece que estes resultados se confundem com uma direcção significativa da investigação dos resultados da psicoterapia (Hubble, Duncan e Scott, 1999). Na revisão recente de uma investigação sobre resultados da psicoterapia, elaborei o resumo seguinte (Bozarth, 1998, pp. 163-173):

A conclusão é clara: não há um fundamento de investigação para a assumpção subjacente de tratamentos específicos para perturbações específicas. O mito da especificidade é completo. Repito o meu comentário anterior e de Stubbs, de que a direcção da investigação continua a provar "...significativamente insignificante para a ajuda e muitas vezes obscurece o que é mais significativamente útil" (Stubbs & Bozarth, 1994, p. 117). A evidência mais clara da investigação é que a psicoterapia eficaz resulta dos recursos do cliente (variáveis extraterapêuticas) e da relação pessoa a pessoa do terapeuta e do cliente. A especificidade e sistematização destas variáveis mantém-se de alguma forma obscura apesar de incluírem as variáveis das qualidades atitudinais hipotetizadas por Rogers. A investigação da relação revista por Sexton e Whiston apoia a conclusão "... de que há diferenças individuais significativas entre e nos clientes ao longo do tempo e que essas diferenças individuais contam para a maioria da variância nos resultados do counselling (Martin, 1990) (p. 58). Os dados apontam crescentemente para um "cliente activo" e para a sua individualidade como o núcleo da terapia bem-sucedida.

The Research

Numerous research studies were directed towards the basic

attitudinal qualities hypothesized by Rogers in 1957 (See Truax and Mitchell, 1971). Research reviews suggested that these studies were not as strong as initially reported (e.g., Bergin and Lambert, 1978; Mitchell et al., 1977). This led to a shift of research focus and to an unsubstantiated conclusion that the conditions hypothesized by Rogers were necessary but NOT sufficient. A later qualitative analysis (Stubbs & Bozarth, 1994) revealed more clearly that prominent conclusions about the research findings were predicated upon rather murky evidence. This was especially true concerning the statement that Rogers' hypotheses were NOT sufficient. There was not one valid study which supported this assertion. This was also true for the conclusion that there is adequate documentation for the assumption of specific treatments for particular dysfunctions. It turns out that these findings blends with a significant direction of psychotherapy outcome research (Hubble, Duncan, & Scott, 1999). In a recent review of psychotherapy outcome research, I (Bozarth, 1998, pp.163-173) offered the following summary:

The conclusion is clear: There is not a research foundation for the underlying assumption of specific treatments for specific dysfunctions. The specificity myth is replete. I repeat Stubbs and my previous comment that the direction of the research continues to prove "... 'significantly insignificant to help' and often obscures what is most significantly helpful" (Stubbs & Bozarth, 1994, p.117). The most clear research evidence is that effective psychotherapy results from the resources of the client (extratherapeutic variables) and from the person to person relationship of the therapist and client. The specificity and systematizing of these variables remain somewhat murky although they do include Rogers' hypothesized variables of the attitudinal qualities. The research on relationship reviewed by Sexton and Whiston supports the conclusion that there are significant individual differences among and within clients over time and that these individual differences account for the majority of the variance in counseling outcome (Martin, 1990)" (p.58). The data increasingly points to "the active client" and the individuality of the client as the core of successful therapy.

A conclusão clara de cinco décadas de investigação sobre os resultados da psicoterapia é que a variância que contribui para o sucesso está associada à relação terapeuta/cliente e aos recursos do cliente (variáveis extraterapêuticas) (Hubble et al., 1999). Estima-se que 30% da terapia bem-sucedida esteja relacionada com o anterior, a relação terapeuta/cliente, e que 40% da terapia bem-sucedida esteja relacionada com as variáveis extraterapêuticas do cliente (os seus recursos internos e externos). A técnica contribui apenas para 5% da variância do sucesso, e os outros 15% são devidos ao efeito placebo. A investigação sobre os resultados foi traçada sob a forma de um modelo terapêutico por Duncan e Moynihan (1994) de uma forma que, aparentemente sem se terem apercebido, constitui um paralelo quase completo do modelo centrado na pessoa.

A Hipótese de Crescimento: Extrapolação

Os resultados referentes à investigação sobre o êxito da psicoterapia persuadiram-me a reexaminar a noção fundamental da hipótese de crescimento (Bozarth, 1998, pp. 35-42). A sugestão de que 70 % da variância do sucesso está relacionada com a relação terapeuta/cliente e com os recursos do cliente sugerem-me que a pedra angular da terapia bem-sucedida tem mais a ver com os clientes que com os terapeutas. Então, decidi observar de novo o bloco de fundação da Abordagem Centrada na Pessoa, em busca de clareza. Claramente, o bloco de fundação de Rogers é a tendência actualizante do indivíduo. Rogers (1980) discutiu também uma assumpção mais geral que ele identificou como “Tendência Formativa”. Van Belle (1990) oferece um resumo sucinto destas assumpções:

“Para Rogers tudo o que existe, incluindo os seres humanos, faz parte deste processo evolutivo de passar a ser. Este processo de crescimento tem o seu próprio fim em vista e o seu próprio princípio organizacional. É uma força sintrópica, tem propriedades morfológicas. Forma-se e reforma-se a si mesmo, dinamicamente (Rogers, 1980). Os indivíduos, enquanto microcosmos deste processo total, têm a capacidade única de se formarem a si próprios ou de actualizarem as suas potencialidades, mas têm esta capacidade apenas na medida em que se abrem a si mesmos, em que funcionam como os “organismos” ou princípios de crescimento que são (Van Belle, 1985). Aqui temos a primeira e única condição que Rogers coloca para o crescimento ocorrer (p. 49-50)”.

The clear conclusion from five decades of psychotherapy outcome research is that the variance accounting for success are associated with the therapist/client relationship and the resources of the client (extratherapeutic variables) (Hubble et al., 1999). It is estimated that thirty per cent of successful therapy is related to the former, the therapist/client relationship, and that forty per cent of successful therapy is related to the extratherapeutic variables of the client (the internal and external resources of the client). Technique accounts for only fifteen percent of the success variance, and another fifteen percent is accounted for by placebo effect. The outcome research was cast in the form of a therapeutic model by Duncan and Moynihan (1994) in a way which, seemingly unrealized by them, is a near complete parallel with the person-centered model.

The Growth Hypothesis: Extrapolation

The results of the outcome research on psychotherapy persuaded me to re-examine the fundamental notion of the growth hypothesis (Bozarth, 1998, pp. 35-42). The suggestion that seventy per cent of the variance of success is related to the therapist/client relationship and to the resources of the client suggests to me that the cornerstone of successful therapy has more to do with clients than with therapists. Thus, I decided to look again at the foundation block of the Person-Centered Approach in the search for clarity. Clearly, Rogers’ foundation block is the actualizing tendency of the individual. Rogers (1980) also discussed a more general assumption which he identified as the “Formative Tendency”. Van Belle (1990) offers a succinct summary of these assumptions:

For Rogers everything that exists, including human beings, is taken up into this total evolutionary process of becoming. This growth process has its own ends in view and its own organizational principle within itself. It is a syntropic force, it has morphological properties. It forms and reforms itself dynamically (Rogers, 1980). Individuals, as microcosms of this total process, each uniquely have the capacity to form themselves or to actualize their potentials but they have this capacity only insofar as they are open to themselves, thus only insofar as they function as the “organisms” or growth principles that they are (Van Belle, 1985). Here we have the one and only condition that Rogers posits for growth to occur. (p.49-50)

A minha opinião é que os resultados da investigação podem ser explicados por esta hipótese. Torna-se mais aparente para mim que esta assumption é também a que ajuda a compreender alguns dos comentários de Rogers no fim da sua vida. Rogers refere-se a momentos em que a sua relação terapêutica "... se transcende a ela própria e se torna parte de algo maior ..." (Rogers, 1980, p. 129).

Como Rogers (1980) afirmou num artigo pessoal escrito em 1974:

"... Somos mais sábios que os nossos intelectos... os nossos organismos como um todo têm uma sabedoria e intencionalidade que vai bem para além do nosso pensamento consciente... Penso que os homens e as mulheres, individual e colectivamente, rejeitam interior e organicamente a ideia de uma única realidade com uma cultura aprovada. Acredito que se movem inevitavelmente para a aceitação de milhões de percepções individuais da realidade, separadas, desafiantes, excitantes e informativas. Vejo como possível que esta ideia - tal como a descoberta súbita e separada dos princípios da mecânica quântica pelos cientistas em diferentes países - possa começar a ter uma existência eficaz em muitas partes do mundo ao mesmo tempo. Se assim for, viveríamos num universo totalmente novo, diferente de qualquer outro, na história. É concebível que tal mudança possa ocorrer?" (pp. 106-107).

O paradigma revolucionário de Rogers tem implicações para além das da terapia. A extrapolação sugere que o paradigma poderia assumir mais e mais assumptions radicais. Reflecte possibilidades que vão para além dos limites do pensamento actual (Bozarth, 1998, pp. 177-187).

O Reenquadramento da Posição Revolucionária

Se olharmos para a posição teórica de Rogers de um quadro diferente, a posição paradigmática poderá tornar-se mais clara. Pode ser simplesmente afirmado:

O terapeuta centrado na pessoa deve ser de uma certa maneira na relação. Esta maneira implica o experienciar incondicional (OIP) do cliente. Quando o cliente percebe o terapeuta que é dessa maneira, promove-se nele uma força construtiva e natural.

Levei 40 anos de trabalho clínico, aprofundamento da teoria, envolvimento com projectos de investigação e vários tipos de inquérito para absorver o que aprendi com as pessoas com quem trabalhei, nos Hos-

My view is that the research findings can be explained by this hypothesis. It became more apparent to me that this assumption is also one that helps with understanding some of Rogers' comments later in his life. Rogers refers to times when his therapy relationship "...transcends itself and becomes a part of something larger..." (Rogers, 1980, p.129).

As Rogers (1980) stated in a personal paper first written in 1974:

...we are wiser than our intellects ...that our organisms as a whole have a wisdom and purposiveness which goes well beyond our conscious thought. I think men and women, individually and collectively are inwardly and organistically rejecting the view of one single culture-approved reality. I believe they are moving inevitably toward the acceptance of millions of separate, challenging exciting informative individual perceptions of reality. I regard it as possible that this view— like the sudden and separate discovery of the principles of quantum mechanics by scientists in different countries—may begin to come into effective existence in many parts of the world at once. if so, we would be living in a totally new universe, different from any in history. Is it conceivable that such a change can come about? (pp. 106-107)

Rogers' revolutionary paradigm has implications beyond that of therapy. The extrapolation suggests that the paradigm could take on new and more radical assumptions. it reflects possibilities that go beyond the realms of current thinking Bogart, 1998, pp.177-187).

A Reframing of the Revolutionary Position

If we look at Rogers' theoretical position in a different frame, the paradigmatic position may become more clear. It can be simply stated:

The person-centered therapist must be a certain way in the relationship! This way entails that of experiencing unconditionality (UPR) towards the client When the client perceives the therapist as being this way, a natural, constructive healing force is promoted in the client.

It took me forty years of clinical work, indwelling of theory, involvement with research projects and varied types of inquiry to absorb what I had learned from the people I worked with in State Men-

pitais Mentais Estatais, de 1958 a 1963. Eis uma recapitulação das minhas conclusões, relacionadas com a afirmação anterior:

1. O terapeuta deve ser de uma certa maneira, congruente, na relação momentânea com o cliente enquanto experiencia o olhar incondicional positivo face a ele e a compreensão empática do seu quadro de referência. O terapeuta deve ser congruente, “uma pessoa real” (sem manter uma fachada). O terapeuta deve EXPERIENCIAR um olhar incondicional positivo em relação ao cliente. Experienciar refere-se, neste caso, à vivência activa e pessoal do terapeuta da incondicionalidade face ao cliente. A palavra “experienciar” é importante pois é mais indicadora da natureza das condições que fazem parte do carácter do terapeuta, na relação. A atenção é na experiência do terapeuta face ao cliente, mais que na sua comunicação ao cliente. Da mesma forma, o terapeuta deve experienciar a compreensão empática do quadro de referência do cliente. O terapeuta deve, de alguma forma, experienciar o que a vida do indivíduo é para ele “como se” ele fosse esse indivíduo. Isto são muitas exigências para o terapeuta centrado na pessoa, que exigem um maior desenvolvimento pessoal do terapeuta, especialmente no que respeita ao auto-olhar incondicional positivo, mais que as competências, técnicas e formas de fazer terapia. Na verdade, a posição teórica de Rogers (1959) é de que o auto-olhar incondicional positivo do terapeuta permite a sua congruência e o olhar incondicional positivo em relação ao cliente. Mais, estas condições permitem o quadro de referência empático do terapeuta (ver Bozarth, 1998, p. 88; Rogers, 1959, cit. em Kirschenbaum & Henderson, 1989, p. 253).

2. O cliente deve perceber minimamente as duas condições de experiência de olhar incondicional positivo e compreensão empática em relação a si. Quando o terapeuta experiencia estas duas condições, assumo que elas são comunicadas nas interações entre os dois indivíduos (deveria notar-se que na sua afirmação teórica de 1959, Rogers não indica que o terapeuta deve comunicar estas atitudes, como afirmou em 1957).

3. O facto curativo ou promocional fundamental é a percepção do cliente da experiência de olhar incondicional positivo do terapeuta. Não pode ser de outra forma na teoria de Rogers. Os indivíduos têm dificuldades devido à introjecção de um auto-

tal Hospitals during 1958 to 1963. Here is a recapitulation of my conclusions related to the above statement:

1. The therapist must BE a certain way. congruent. in the momentary relationship to the client while ex experiencing unconditional positive regard towards and empathic understanding of the client’s frame of reference. The therapist must be congruent, “a real person” (not holding a facade). The therapist must EXPERIENCE unconditional positive regard towards the client. Experience refers to, in this case, the therapist’s active and personal living through of unconditionality towards the client. The word “experiences” is important in that it is more indicative of the nature of the conditions being part of the character of the therapist in the relationship. The attention is on the therapist’s experience towards the client rather than on communication to the client. Likewise, the therapist must experience empathic understanding of the client’s frame of reference. The therapist must to some extent experience what the individual’s life is like for the individual “as if the therapist were that individual. These are great demands for the person-centered therapist that call more for therapist’s development, especially of unconditional positive self regard, rather than for skills, techniques and ways to do therapy. Indeed, Rogers(1 959) theoretical position is that the therapist’s unconditional self-regard begets the therapist’s congruence and unconditional positive regard towards the client. Further that these conditions beget the empathic frame of reference of the therapist (See Bogart, 1998, p.88; Rogers, 1959, cited in Kirschenbaum & Henderson, 1989, p.253).

2. The client must minimally perceive the two conditions of the therapist’s experience of UPR towards and of EU of the client. When the therapist experiences these two conditions, I assume that they are communicated in the interactions between the two individuals. (It should be noted that in his 1959 theory statement, Rogers does not indicate that the therapist must communicate these attitudes as stated in the 1957 statement).

3. The fundamental curative or promotional factor is the client’s perception of the therapist’s experience of unconditional positive regard. It can be no other way in Rogers’ theory. The reason individuals have difficulty is because of the intro-

olhar condicional, dos outros significativos e da sociedade. O facto correctivo é o desenvolvimento do auto-olhar incondicional através de ser recebido pelo terapeuta com olhar incondicional positivo.

4. Não há objectivos para o cliente na terapia centrada na pessoa. O único objectivo do terapeuta é ser de uma certa maneira. Não há um objectivo na experiência, nem na profundidade da auto-exploração ou da auto-actualização. Não há um processo particular, comportamentos ou direcção que qualquer pessoa em particular deva seguir. Alguns assumiram, dos escritos de Rogers, que há alguns objectivos tal como o experienciar ou a auto-actualização. Isto parece provir das especulações de Rogers de que alguns processos são interpretados como instruções, mais que predições que se espera que ocorram. A tendência, então, é perseguir estas predições como objectivos. Isto ficou claro para mim nas minhas primeiras relações com clientes psicóticos crónicos de longo termo, que falavam sobretudo sobre as realidades ou fantasias das suas vidas, mais que sobre os seus problemas. Isto torna-se claro, teoricamente, se pensarmos no fundamento da teoria, ou seja, de que há um processo construtivo e natural dentro de cada indivíduo. Este processo natural é promovido quando o indivíduo percebe a experiência de olhar incondicional positivo em relação a si. Rogers estava realmente certo disto em vários tratamentos específicos. O seu objectivo era ser, ele próprio, de uma certa forma. Então, acreditava que o crescimento do cliente seria acelerado.

5. A primeira preparação do terapeuta centrado na pessoa deve ser o desenvolvimento do auto-olhar incondicional positivo. Isto torna-se claro na afirmação teórica de Rogers (1959) em relação à família. Esta afirmação é uma versão menor da sua teoria da terapia. Ele afirma:

“As implicações teóricas incluiriam estas:

1. Quanto mais o pai experienciar olhar incondicional positivo em relação à criança;
 - a) Menores as condições de merecimento na criança.
 - b) Mais a criança estará apta a viver em termos do processo orgânico contí-

jeção de conditional self regard from significant others and society. The corrective factor is the development of unconditional self regard through being received with unconditional positive regard by the therapist.

4. There are no goals of the person-centered therapist for the client. The only goal of the therapist is to be a certain way. There is not a goal of experiencing, or of depth of self-exploration or of self-actualization. There is no particular process or behaviors or direction that any particular person is expected to follow. Others have assumed from Rogers' writings that there are certain goals such as experiencing or self-actualization. This appears to come from Rogers' speculations that certain processes and behaviors are apt to occur with the client if the therapist's experience of the conditions are perceived. The error of this misunderstanding is that Rogers' speculations are interpreted as instructions rather than predictions that are apt to occur. The intent then becomes pursue these predictions as goals. This was clear to me in my early relationships with chronic, long term "psychotic" clients who mostly talked about the realities or fantasies of their lives rather than about their problems. This becomes clear theoretically if we think of the foundation of the theory; that is, that there is a natural, constructive process within each individual. This natural process is promoted when the individual perceives the experiencing of unconditional positive regard towards her. Rogers was actually clear about this in several of specific statements. His goal was to be a certain way himself. He then trusted that the client's growth would be accelerated.

5. The primary preparation of person-centered therapist must be the development of unconditional positive self-regard. This becomes clearer in Rogers' (1959) theoretical statement concerning the family. This statement is a shorter version of his theory of therapy. He states:

The theoretical implications would include these:

1. The greater the degree of unconditional positive regard which the parent experiences toward the child:
 - a. The fewer the conditions of worth in the child.
 - b. The more the child will be able to live in terms of a continuing organismic valu-

- nuo de valorização.
- c) Maior o nível de ajustamento psicológico da criança.
 2. O pai experiencia esse olhar incondicional positivo apenas na medida em que experiencia um auto-olhar incondicional positivo.
 3. Na medida em que ele experiencia um auto-olhar incondicional positivo, o pai será congruente na relação;
 - a) o que implica genuinidade ou congruência na expressão dos seus próprios sentimentos (positivos ou negativos).
 4. Na medida em que estas condições existam, o pai irá realista e empaticamente compreender o quadro de referência interno da criança, e experienciar um olhar incondicional positivo em relação a ela.
 5. Na medida em que as condições 1 a 4 existam, aplicam-se a teoria do processo e do êxito da terapia e a teoria do processo e do êxito de uma melhor relação (Rogers, 1959, cit. em Kirschenbaum & Henderson, p. 253)”.

Esta afirmação permite-nos compreender melhor a importância que Rogers atribui ao olhar incondicional positivo na sua teoria. É a experiência do pai (ou terapeuta) de olhar incondicional positivo em relação à criança (ou cliente) que (1) cria menos condições de merecimento, (2) promove o processo organísmico de valorização e (3) promove o ajustamento psicológico da criança. Além disso, o pai (terapeuta) deve ter um auto-olhar incondicional positivo para ser congruente na relação e, ainda, estar apto a experienciar olhar incondicional positivo e compreensão empática do quadro de referência da criança. Esta afirmação descreve sucintamente a condição de olhar incondicional positivo como a atitude curativa não só para o cliente mas também para o próprio se manter congruente, como terapeuta. Depende do terapeuta (pai, em substituição do termo) ter um auto-olhar incondicional positivo. É o essencial do papel dos terapeutas centrados no cliente; isto é, ter um auto-olhar incondicional positivo nas sessões com um foco total no cliente sem outra intenção.

O paradigma revolucionário de Rogers tem numerosas implicações.

Algumas Implicações

Podemos observar algumas das implicações do paradigma centrado na pessoa na seguinte discussão.

- ing process.
- c. The higher the level of psychological adjustment of the child.
 2. The parent experiences such unconditional positive regard only to the extent that he experiences unconditional self-regard.
 3. To the extent that he experiences unconditional self-regard, the parent will be congruent in the relationship.
 - a. This implies genuineness or congruence in the expression of his own feelings (positive or negative).
 4. Jo the extent that these conditions exist, the parent will realistically and empathically understand the child's internal frame of reference and experience an unconditional positive regard for him.
 5. To the extent that conditions 1 through 4 exist, the theory of the process and outcomes of therapy and the theory of the process and outcomes of an improving relationship apply. Rogers, 1959, cited in Kirschenbaum & Henderson, 1989, p.253).

This statement permits us to better understand the importance that Rogers accords to UPR in his theory. It is the parent's (or therapist's) experience of unconditional positive regard towards the child (or client) that (1) creates fewer conditions of worth, (2) promotes the organismic valuing process, and (3) promotes psychological adjustment in the child. Moreover, the parent (therapist) must have unconditional self-regard to be congruent in the relationship and, hence, to be able to experience unconditional positive regard and empathic understanding of the child's frame of reference. This statement succinctly describes the condition of UPR as the curative attitude not only for the client but also for holding oneself congruent as the therapist. It is dependent upon the therapist (substituting for the term, parent) having unconditional positive self regard. It is the bottom line of the role of clientcented therapists; that is, to take one's own unconditional self-regard into sessions with total focus on their clients' with no other intention.

Rogers' revolutionary paradigm has numerous implications.

Some implications

A couple of the implications of the person-centered paradigm are noted in the following discussion.

Ética

A assumpção fundamental da Abordagem Centrada na Pessoa é também a premissa ética básica para os praticantes centrados na pessoa. A manifestação da suposição é que o praticante é dedicado à auto-autoridade e auto-determinação do cliente. Como tal, o princípio sugere novas interpretações e até mesmo diferentes afirmações, no que respeita aos *standards* éticos. Esta revisão não sugere menos retraimentos éticos, mas sim fortes princípios éticos e uma maior atenção para a natureza e substância das relações profissionais.

A psicoterapia é a procura e a integração dos valores biologicamente intrínsecos e autênticos do próprio. A psicoterapia, para Rogers (1961), como para Maslow (1962), é um processo de recuperação da “espécie” ou da “animalidade saudável”, de auto-descoberta, e de integração em direcção a uma maior autenticidade do ser e uma expressividade espontânea. Esta suposição é significativamente diferente das suposições subjacentes na maioria das afirmações éticas *standard*. A maioria das assumpções éticas na terapia estão embebidas na teoria psicanalítica. As suposições são: (1) que os terapeutas devem ser controlados no seu comportamento com os clientes, isto é, não podem confiar; (2) que os clientes estão desamparados nos seus relacionamentos com os terapeutas (e que os sentimentos são, muitas vezes, uma transferência para o terapeuta); (3) que os terapeutas são mais poderosos que os clientes e podem facilmente coagi-los. Não é meu objectivo, aqui, discutir as virtudes éticas de uma suposta base diferente. No entanto, as implicações da assumpção do crescimento no comportamento ético são identificadas.

A tarefa do terapeuta centrado na pessoa é ser de uma certa maneira e essa maneira envolve o experienciar máximo de auto-olhar do terapeuta. É assumido que isso promove o crescimento positivo do indivíduo. A diferença entre cliente e terapeuta não é o conhecimento do terapeuta mas a sua congruência (em relação à incongruência do cliente) na relação. É a dedicação e a intenção do terapeuta experienciar o cliente de certa maneira, i.e., com incondicionalidade e “como se” ele fosse o cliente. A ética permanente centrada na pessoa é funcionar a partir destas qualidades atitudinais. É desta maneira que o terapeuta procura “ser”. A ética centrada na pessoa assenta nas qualidades atitudinais do terapeuta. Quando o terapeuta é desta forma, pode estar seguro de agir de acordo com as direcções de crescimento positivo do cliente.

Ethics

The fundamental assumption of the person-centered approach is also the basic ethical premise for person-centered practitioners. The manifestation of the assumption is that the practitioner is dedicated to the self-authority and self-determination of the client. As such, the principle suggests new interpretations and even different statements concerning ethical standards. Such revision does not suggest fewer ethical restraints, rather it suggests stronger ethical principles and more attention to the nature and substance of professional relationships.

Psychotherapy is the search for and integration of one's own biologically intrinsic and authentic values. Psychotherapy, for Rogers (1961), like Maslow (1962), was a process of recovery of specieshood or of “healthy animality,” of self-discovery, and of integration leading toward greater authenticity of being and spontaneous expressiveness. This assumption is significantly different from underlying assumptions of most ethical standard statements. Most ethical assumptions in therapy are embedded in psychoanalytic theory. The assumptions are: (1) that therapists must be controlled in their behavior with clients; that is, they can not be trusted; (2) that clients are helpless in their relationships with therapists (and that feelings are often transference towards the therapist); (3) that therapists are more powerful than clients and can easily coerce clients. It is not my purpose here to argue ethical virtues of a different assumptive base. Rather, the implications of the growth assumption for ethical behavior is identified.

The task of the person-centered therapist is to be a certain way and that way involves the maximal experiencing of self-regard of the therapist. It is assumed that this promotes the positive growth of the individual. The difference between the client and therapist is not the therapist's expertise but the therapist's congruence (in the face of client incongruence) in the relationship. It is the therapist's dedication and intent of experiencing the client in certain ways; i.e., with unconditionally and “as if” the therapist were the client. The abiding person-centered ethic is to operate from these attitudinal qualities. This is the way the person-centered therapist strives to “be”. Person-centered ethics are predicated on attitudinal qualities of the therapist. When the therapist is this way, the therapist can be trusted to act in accord with the positive growth directions of the client.

Diversidade Multicultural

Têm havido numerosas críticas à teoria de Rogers em relação aos valores culturais e às especificidades perceptuais de género. Assume-se, muitas vezes, a posição de que os valores de Rogers são valores americanos de classe média, originária na cultura norte-americana, que valoriza traços como a independência, os recursos individuais e os sucessos materialísticos. É construído um paralelo entre os acontecimentos históricos norte-americanos e a teoria de Rogers, que demonstra factores influentes lógicos (Barrett-Lennard, 1998). Contudo, acredito que tais argumentos são enganosos pois (1) ignoram o ponto básico de origem teórica de Rogers, que era o de experienciar e observar as pessoas com quem ele trabalhava, e (2) minimizam a essência de teoria enquanto teoria organísmica, natural e universal. A assumpção teórica aplica-se a todas as espécies humanas e, de facto, a todos os organismos vivos (e mesmo para além disso: ver Rogers, 1980). As qualidades do núcleo biológico são intrínsecas à natureza humana de cada indivíduo. A negação e a inconsciência do núcleo conduzem à doença psicológica. O mal é um produto do condicionamento social e uma reacção aos valores introjectados de amor condicional, de acordo com Rogers. Quanto mais uma pessoa se torna aquilo que verdadeiramente é, menos mal encontra dentro de si. Quanto mais a pessoa permite que maus sentimentos emergjam menos poderosos e incómodos eles se tornam (De Carvalho, 1991). Além disso, quanto mais a pessoa se actualiza, mais está apta a interagir com o meio e os outros, mesmo apesar das excentricidades e rigores do grupo normativo. O ponto posterior relativo ao ajustamento societário, apesar de não necessariamente ao acordo societário, com normas societárias particulares para indivíduos com níveis elevados no processo actualizante, é importante para compreender parte da posição de Rogers (1980). Quando a teoria é traçada de uma forma considerada inapropriada em certas instâncias está, geralmente, traçada segundo o formato em que os indivíduos aprenderam a “fazer” terapia centrada no cliente. Noutro local (Bozarth, 1998, pp. 97-102); Glauser & Bozarth, no prelo) é discutido que o foco no como fazer terapia centrada no cliente é um dos factores mais inibidores na criação de um meio livre para o indivíduo. Como tal, os argumentos de que a Terapia Centrada no Cliente não pode ser aplicada a certas culturas apoiam-se nesta forma de “fazer” terapia. A premissa fundadora de uma força universal e natural é ignorada na premissa básica.

Impacto Societário

Rogers (1956) discutiu as implicações societárias

Multicultural Diversity

There have been numerous critiques of Rogers' theory in relation to cultural values and, as well, to gender perceptual stances. The position is often taken that Rogers' values were middle class American values and emerged from the U.S. culture which values such traits as independence, individual resourcefulness and materialistic accomplishments. Some parallel is drawn between U. S. Historical events and Rogers' theory which do demonstrate logical influential factors (Barreff-Lennard, 1998). However, I believe that such arguments are misleading in that they (1) ignore Rogers' basic point of theoretical origin which was that of experiencing and observing the people with whom he worked, and (2) that they minimize the essence of the theory as an organismic, natural and universal theory. The theoretical assumption applies to all human species and indeed, to all living organisms (and even beyond: See Rogers, 1980). The qualities of the biological core are intrinsic to the human nature of each individual. Denial and unawareness of the core lead to psychological illness. Evil is a product of social conditioning and reaction to introjected values of conditional love according to Rogers. The more one becomes what one truly is, the less evil one finds within. The more one permits evil feelings to surface the less potent and burdensome they become (DeCarvalho, 1991). Moreover, the more one actualizes, the more one is able to interface with the environment and others even when at odds with strictures of the norm group. The latter point concerning societal adjustment although not necessarily societal agreement, with particular societal norms for individuals at higher levels in the actualizing process is important in order to understanding part of Rogers' position (1980). When the theory is cast in a way that is considered inappropriate in particular instances, it is usually cast in the format that individuals have learned to “do” Client-Centered Therapy. Elsewhere, (Bozarth, 1998, pp.97-102; Glauser & Bozarth, in press) it is argued that focusing on how to do person-centered therapy is one of the more inhibiting factors to creating a free environment for the individual. As such, the arguments that CCT can not apply to certain other cultures are predicated upon this way of “doing” therapy. The foundational premise of a universal and natural force is ignored as the basic premise.

Societal Impact

Rogers (1956) discussed the societal implications

da sua teoria nos seus primeiros livros sobre terapia. Foi, contudo, no início dos anos 60 que os seus primeiros esforços foram nessa direcção. Rogers (1977) escreveu um livro sobre o significado da sua teoria para a sociedade. Ele acreditava que a influência mais notável da sua teoria na sociedade estava relacionada com o poder e o controlo, nas relações. Descrevia a influência societária da sua abordagem da seguinte forma: “O mais notável é que o pensamento sobre o poder e o controlo nas relações entre as pessoas foi alterado... (p. 12)”. Rogers refere a confiança na sua abordagem numerosas vezes no seu livro sobre poder pessoal. Uma dessas citações é a apropriada para comunicar essa ideia. Ele afirma:

“A Abordagem Centrada na Pessoa, quando utilizada para encorajar o crescimento e desenvolvimento do psicótico, do perturbado, do indivíduo normal, revoluciona os comportamentos habituais dos membros das profissões de ajuda. Ilustra muitas coisas: (1) uma pessoa sensível, que tenta ser útil, torna-se mais centrada na pessoa, não interessa de que orientação parta, porque considera essa abordagem mais eficaz. (2) Quando alguém se foca na pessoa, as etiquetas diagnósticas tornam-se prontamente irrelevantes. (3) Descobre-se que o modelo médico tradicional em psicoterapia é largamente oposto à centração na pessoa. (4) Descobre-se que aqueles que conseguem criar uma relação centrada na pessoa efectiva não vêm necessariamente do grupo formado profissionalmente. (5) Quanto mais a abordagem centrada na pessoa é implementada e colocada em prática, mais se descobre que desafia os modelos hierárquicos de “tratamento” e os métodos hierárquicos de organização. (6) A grande eficácia desta abordagem centrada na pessoa unificada constitui uma ameaça para profissionais, administradores e outros, e são dados passos, consciente e inconscientemente, para a destruir. É muito revolucionária” (p. 28).

Rogers recorda-nos as bases teóricas destes princípios-chave. Observa: “da perspectiva da política, do poder e do controlo, a Terapia Centrada na Pessoa baseia-se numa premissa que ao início parecia arriscada e incerta: uma visão do homem que tem no núcleo um organismo digno de confiança” (p. 7). A proposição revolucionária de Rogers baseada na hipótese de crescimento surge-nos com formas diferentes de pensar, de exercer e de ser. A Terapia Centrada no Cliente e a Abordagem Centrada na Pessoa são um paradigma revolucionário.

of his theory in his early books about therapy. It was, however, in the early 1960's that his primary efforts went in this direction. Rogers (1977) wrote a book concerning the meaning of his theory for society. He believed that the most notable influence of his theory on society was related to power and control in relationships. He described the societal influence of his approach in the following ways “Most notably it has altered the thinking about power and control in relationships between persons... (p. xii). Rogers summarizes the thrust of his approach numerous times in his book on personal power. One of these quotes is an appropriate to communicate the overall idea. He states:

A person-centered approach, when utilized to encourage the growth and development of the psychotic, the troubled, or the normal individual, revolutionizes the customary behaviors of members of the helping professions. It illustrates many things: (1) A sensitive person, trying to be of help, becomes more person-centered, no matter what orientation she starts from, because she finds that approach more effective. (2) when you are focused on the person, diagnostic labels become largely irrelevant. (3) The traditional medical model in psychotherapy is discovered to be largely in opposition to person-centeredness. (4) It is found that those who can create an effective person-centered relationship do not necessarily come from the professionally trained group. (5) The more this person-centered approach is implemented and put into practice, the more it is found to challenge hierarchical models of “treatment” and hierarchical methods of organization. (6) The very effectiveness of this unified person-centered approach constitutes a threat to professionals, administrators, and others, and steps are taken consciously and unconsciously- to destroy it if it is too revolutionary. (p.28)

Rogers reminds us of the theoretical basis of these key principles. He notes: “From the perspective of politics, power, and control, person-centered therapy is based on a premise which at first seemed risky and uncertain: a view of man as at core a trustworthy organism” (p. 7). Rogers' revolutionary proposition founded upon the growth hypothesis faces us with different ways of thinking, and practicing and being. Person-Centered Therapy and the Person-Centered Approach is a revolutionary paradigm.

(1998, July). This chapter is a revised version of the paper, Person-Centered Therapy: A Revolutionary Paradigm, presented at the Seventh International Forum on the Person-Centered Approach, Johannesburg, South Africa.

Parts of this chapter are reproduced from the book:

Bozarth, J. D. (1998). Person-Centered Therapy: A Revolutionary Paradigm. Ross-on-Wye: PCCS Books. Permission for reproduction is granted by PCCS Books.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS / REFERENCES

- Barrett-Lennard, G. T. (1998). Carl Rogers' helping system : Journev & substance. London: Sage.
- Bergin, A. E. , & Lambert, M. 1. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes, In S. L. Garfield & A. F. Bergin (Eds) , Handbook of Pyschotherapy and Behavioral Change An Empirical Analysis (2nd edition) q)p. 139-189). New York : John Wiley and Sons.
- Bozarth, J. D. , (1983). Current research on client-centered therapy in the USA. In M. Wolf-Rudiger and H. Wolfgang Qds.) Research on Psychotherapeutic Approaches: Proceedings of the 1st European Conference on Psychotherapy Research Trier, 1981, vol 11 (pp.105-15). Frankfurt: Verlag Peter Lang.
- Rogers, C. R., (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality Change. Journal of Consuffln~ Psychology 21 95-103. Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch Qd.) , Psychology: A studv of science : Vol.3 Formulation of the person and the social context ~p. 184-256). New York : McGraw Hill.
- Rogers, C. R. (1961). Atherapist's view of the good life : the fully functioning person. In C. R. Rogers Qd.) ,Becoming a person (pp.183-i 96). Boston : Houghton Mifflin. Rogers, C. R. (1970). Carl Rogers on encounter groups . New York : Harper & Row.
- Rogers, C. R. (1977) -revolutionary Carl Rogers on personal power: Inner strength and its impact. New York : Delacorte.
- Rogers, C. R. (1980). Away of being. Boston : MA.: Houghton Mifflin. Rogers, C. R., Gendlin, G. T. , Keisler, D. V., & Truax, C. B. (1967). The Therapeutic Relationship and Its impact: A Study of Psvchotherapy With Madison: University of Wisconsin Press.
- Sexton, T. L. , & Whiston, S. C. (1994). The status of the counseling relationship An empirical review , theoretical implications , and research directions The Counseling Psychologist 22(1), 6-78.
- Stubbs, J. P., & Bozarth, 1. D. (1994). The dodo bird revisited : A qualitative study of psychotherapy efficacy research. Journal of Applied and Preventive Psychology 3(2), 109-120.
- Stubbs, I.P., & Bozarth, J. D. (1996). The integrative statement of Carl Rogers. In R. Hutterer, G. Pawlowsky , P. F. Schmid , & R. Stipsits (Eds.) , Client-centered and experiential psychotherapy: A paradigm in motion (pp.25-33). Peter Lang: New York.
- Person-centered counselling: Therapeutic & spiritual dimensions. London:whurr Thorne,B. (1991). dimensions. London : Whirr.
- True, C. B., & Carkhuff{ R. R. (1967). Toward Effective Counseling and Psychotherapy: training and Practice Chicago: Aldine.
- True, C. B., & Mitchell, K. M. (1971). Research on certain interpersonal skills in relation to process and outcome . In A' E, Bergen & S. L. Garfield (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change. New York : Wiley.
- Van Belle, H. A. (1980). Basic intent and therapeutic approach of Carl Rogers _Toronto : Wedge Publishing
- Van Belle, H. A. (1985). Humanistic psychology. In D. G. Benner Ed.) , Baker Encyclopedia of Psychology Grands Rapids , MI: Baker Book House.
- Van Belle, H. A. (1990). Rogers' later move toward mysticism: Implications for client-centered therapy. In G. Lietaer, J. Rombauts , & R. Van Balen (Eds.), Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the Nineties (pp.47-57). Leuven : Leuven University Press.

