

Nº 5

PRIMAVERA - VERÃO 2000
1.800 ESC.

PESSOA COMO CENTRO
REVISTA DE ESTUDOS ROGERIANOS

ESPAÇO TERAPÊUTICO E TRANSIÇÕES LINGUÍSTICAS¹



Ana Monção

Resumo: Apresentação de sequências de imagens de uma psicoterapia breve levada a cabo por J. Hipólito: a gestão articulada do código verbal e não verbal. Dados extralinguísticos que transformam uma conversação numa interação terapêutica. Alterações do código verbal por restrições proxémicas ou outras. Três razões pelas quais os linguistas (e/ou os terapeutas) tendem ou a excluir ou a reduzir o estudo da comunicação não verbal. Apresentação sumária de algumas hipóteses sobre transições linguísticas no processo terapêutico. A passagem da forma impessoal "on" à de 1ª pessoa como eventual consequência da reformulação, intervenção verbal mais frequentemente empregue pelo terapeuta centrado no cliente

Palavras-chave: mudança - transição - interação terapeuta-cliente - interação verbal - conversação - processo terapêutico - estádios - códigos verbal e não verbal - comportamento não verbal - proxémica - discurso - enunciado - sintático - semântico - texto - pronomes - verbos psicológicos - sentimentos - auto-avaliação - reformulação - linguística - escala - experienciar - supervisão - video-gravação - psicoterapia - centrado no cliente - Rogers

Abstract: This article discusses the articulation between the verbal and non-verbal codes by presenting an image sequency from a brief psychotherapy conducted by J. Hipólito and excerpts of its verbal transcription. Several points are mentioned: extralinguistic data wich transform an usual conversation into a therapeutic interaction; verbal code alterations by proxemic restrictions or others; the reasons why linguists and/or therapists tend to exclude or reduce the study of non-verbal communication. Some hypothesis about linguistic transitions during the psychotherapeutic process, to be confirmed or infirmed by further investigation, are presented. The linguistic transition from the impersonal french form "on" to the first person pronoun "je" in the patient's discourse is analysed as an eventual consequence of the reformulation, the most frequently verbal intervention used by the client-centered therapist.

Key-words: change - transition - interaction therapist/client - verbal interaction - conversation - therapeutic process - stages - verbal and non-verbal codes - non verbal behavior - proxemics - discourse - utterance - syntactic - semantics - text - pronouns - psychological verbs - feelings - auto-evaluation - reformulation - linguistics - scale - experiencing - supervision - video-recording - psychotherapy - client centered - Rogers

¹ Esta comunicação foi apresentada no Colóquio Interdisciplinar que teve lugar em 1998 na Universidade Nova de Lisboa, sob a temática "Espaços, Fronteiras e Transições". Foi sujeita a modificações tendo em conta a sua publicação nesta revista.

Na história da Psicologia Rogers é considerado como pioneiro no uso da gravação de sessões de psicoterapia, tendo sido o primeiro a publicar a transcrição de uma sessão². A introdução destes meios (primeiro apenas em registo áudio e posteriormente em registo vídeo) teve importantes repercussões não só no treino dos psicoterapeutas de diferentes formações, possibilitando uma rigorosa supervisão ou intervisão, como no campo da investigação. Efectivamente, foi através desses meios que se tornou possível o minucioso escrutínio da interacção terapeuta-cliente³ e do processo terapêutico: "Here are the orderly sequences that were missed in the flow of experience. Here, too, are the nuances of inflection, the half-formed sentences, the pauses and the sighs, which were also partially missed. Then, if a transcript is labouriously produced, I have a microscope in which I can see...""the molecules of personality change". It is perhaps the most valuable and transparent window into the strange inner world of persons and relationships" (Rogers, 1974, p. 120, *subl. meu*).

Carl Rogers compreendeu o alcance do contributo dos registos áudio e vídeo não só para responder à preocupação, social e política, de demonstrar a eficácia da Terapia Centrada no Cliente, como para o desenvolvimento de uma ciência da psicoterapia em que, inevitavelmente, é necessário especificar *o que funciona numa psicoterapia e como é que ela funciona*. Como afirmam Greenberg & Pinsof, "To say that something worked (or failed) without being able to specify what is that worked undermines the replicability criterion of scientific research. A treatment or intervention that is allegedly effective cannot be reproduced if its essential characteristics cannot be determined and evaluated" (1986, p. 5).

Manifestando o mesmo tipo de preocupações — e seguindo até a atitude performativa e pedagógica de Rogers que se deixou video-gravar em interacção terapêutica inúmeras vezes⁴ — o Prof. Doutor João Hipólito tem cedido, à comunidade de terapeutas em formação e à comunidade científica, uma psicoterapia breve de doze sessões que, tendo sido já objecto de estudo de Odete Nunes (1994) em Tese de Mestrado em Psicologia Clínica⁵, se encontra actualmente em análise para Tese de Doutoramento⁶ em Psicolinguística. É, pois, enquanto homenagem e forma de agradecimento, que me proponho apresentar, a partir de algumas imagens dessa psicoterapia, postas em correlação com excertos da sua transcrição, algumas reflexões sobre o estudo articulado do código verbal e não verbal, em situação terapêutica.

A sequência de imagens seleccionadas desta psicoterapia breve (cf. Anexo 1) permite-nos visualizar a gestão simultânea de comportamentos verbais e não verbais (proxémicos, gestuais e mimo-posturais) por ambos os intervenientes.⁷ O interesse em estudar, articuladamente, estes dois tipos de código⁸, tem vindo a ser destacada por etólogos, pela pragmática sistémica de Gregory Bateson e a escola de Palo Alto, pela etnografia da comunicação de Hymes, pela microsociologia das práticas comunicativas de Goffman, pela etnometodologia de Garfinkel e mais recentemente, na história da Linguística, pela corrente interaccionista.

O que transforma esta sequência de imagens num espaço terapêutico, e não numa mera conversação informal entre dois interlocutores, são factores de ordem extralinguística que têm consequências discursivas, como adiante veremos a propósito da reformulação, intervenção verbal mais frequente utilizada na

² Cf. a sua obra de 1942 *Counselling and Psychotherapy*, Boston: Houghton Mifflin.

³ "The advent of accessible videorecordings of therapy now makes this descriptive endeavour inevitable, its omission much more blatant, and its achievement more possible. Pioneers in the field are now able to provide us not only with their theories but with visual records of their practice. This gives us first-hand examples of what these therapists and their clients are actually doing in therapy" (Greenberg, 1986, p. 713).

⁴ Gravações essas que estão disponíveis ao público para investigação e treino.

⁵ Nesta tese são levantadas, entre outras, as seguintes questões: 1) Qual a interferência do tempo no processo terapêutico, 2) Qual a relação entre a variável 'tempo'/variável 'problemática da separação', 3) Qual a mudança que ocorre na cliente no que diz respeito à sua auto-avaliação, 4) Em que grau a cliente se auto-dirige, tomando como indicador o grau de não-directividade das respostas do terapeuta, 5) Em que grau o terapeuta compreende as vivências da cliente de acordo com o quadro de referências desta última?

⁶ Trata-se de uma tese que, com o objectivo de criar instrumentos de avaliação da mudança ao longo do processo terapêutico, investiga parâmetros linguísticos que possam ser indicadores dessa mudança.

⁷ O material videogravado foi cedido pelo Prof. Doutor João Hipólito. Psiquiatra, pedopsiquiatra e psicoterapeuta, implementou a Abordagem Centrada na Pessoa em Portugal. Foi Prof. Catedrático Convidado na Universidade Lusófona. É actualmente Director do Curso de Pós-Graduação em Relação de Ajuda no ISPA (Instituto Superior de Psicologia Aplicada) e Prof. Catedrático Convidado na Universidade Independente.

⁸ Alguns comentários a propósito da articulação do Anexo 1 (imagens) com o Anexo 2 (excerto de uma sessão da psicoterapia), são apresentados na p.

prática da Terapia Centrada no Cliente⁹

De entre esses factores distinguirmos:

1. *o seu carácter direccionado*: o tipo de relação estabelecida caracteriza-se pela intenção terapêutica, visa dissolver o estado de incongruência do cliente. Como refere Fernandes Fonseca no seu Manual de Psiquiatria (cit. Nunes, 1994) "...a psicoterapia refere-se a todo e qualquer método de tratamento em que uma técnica de natureza comunicativa e relacional, com orientação individual ou colectiva, é utilizada para aliviar sofrimento"; é uma "prática terapêutica que permite modificar os sintomas, os sentimentos, os processos de pensamento e até o comportamento do indivíduo por intermédio da comunicação e da relação interpessoal". No caso da Terapia Centrada no Cliente o tipo de relação é finalizado externamente mas não internamente na medida em que o cliente pode falar livremente do que lhe apetece ou manter silêncio, ao ritmo que achar adequado, não havendo da parte do psicoterapeuta qualquer intenção directiva.

2. *o carácter formal do contrato terapêutico*: certos componentes da interacção são previamente determinados, caso o cliente manifeste desejo de prosseguir a psicoterapia: a forma de pagamento, a duração de cada sessão (50 minutos), aspectos deontológicos como o compromisso por parte do terapeuta em manter a confidencialidade, e no caso da psicoterapia breve que se caracteriza por uma limitação previamente determinada no tempo, o número de sessões é combinado sendo agendada a data para a última delas.

3. *Dados proxémicos*, ou seja, a disposição espacial dos participantes e a distância que os separa. Neste caso a interacção é frente a frente, com contacto visual, estando a cadeira do cliente posicionada a três quartos.

Alguns trabalhos de investigação têm colocado em destaque a importância do comportamento não verbal em situações terapêuticas, havendo mesmo uma tentativa de distinguir grupos nosológicos (com atenção particular dada à depressão, esquizofrenia e autismo infantil) por comportamentos não verbais específicos.

Sem querer alongar-me na referência à literatura sobre o assunto, citaria a investigação de Frey (1980). Tendo desenvolvido este estudo com o intuito de observar a interacção não verbal entre terapeutas e clientes depressivos em diferentes fases do processo terapêutico, chegou à conclusão, pela análise da posição sagital da cabeça do médico na 1ª entrevista — inclinação para cima ou para baixo da cabeça em relação ao peito —, de que os médicos baixam mais a cabeça quanto mais consideram que o estado depressivo do paciente é grave. Ou seja, a avaliação pelo médico do estado depressivo do paciente reflecte-se na posição sagital da sua cabeça.

Outro dado não menos curioso: foi mais difícil diferenciar o comportamento não verbal do paciente e do terapeuta através da variável TSM (Time Spent on Moving) — tempo total consagrado à gestualidade — do que através da variável CBM (Complexity of Body Movement) — em que medida as diferentes partes do corpo estão simultaneamente implicadas no movimento —, esta última mais influenciada pelo estado depressivo.

Segundo um outro estudo, este de Bahnson (1980), a movimentação das pernas do terapeuta e cliente em posição simétrica ou paralela (cf. respectivamente, imagens nº 1 e nº 7 a 13, Anexo 1) ocorre quando comunicam bem e sem restrições.

Estão também já comprovadas variações na estrutura do enunciado verbal segundo as condições espaciais da comunicação: numa interacção conversacional o texto verbal sofre modificações sintácticas segundo as restrições proxémicas impostas aos locutores (de costas, frente a frente, lado a lado). O enunciado verbal aproxima-se da forma escrita quando os sujeitos não se vêem e o número de pausas discursivas tende a aumentar. Na situação psicanalítica *standard*, por exemplo, a posição cadeira-divã e a regra fundamental proferida pelo analista "dizer tudo", ou seja, a proeminência neste tipo de terapia do ouvido sobre o visto, a ausência de elementos estratégicos e reguladores extraverbais minimizam, segundo Cosnier (1981), a expressão corporal e forçam o sujeito à mentalização e à verbalização.

Segundo um estudo de Mattarazzo *et alii* (1964) o aceno consciente por parte do terapeuta aumenta o

⁹ Como pôde demonstrar Stiles, existem diferentes perfis de intervenções verbais entre terapeutas de acordo com diferentes orientações teóricas: "In transcripts of psychotherapy by prominent practitioners representing major schools of therapy, client-centered therapy used mostly Reflection and Acknowledgment intent; gestalt therapists used mostly Advisement, Interpretation, Question, and Disclosure intent; and psychoanalytic therapists used mostly Interpretation, Acknowledgment, Question and Reflection Intent (...). Importantly, the technical differences among schools were systematic with respect to two of the principles of classification (frame of reference and source of experience. (...)) each's theory's recommendations, recast in terms of the principles, can be seen as prescribing and proscribing particular modes" (Stiles, 1992, p. 47).

material verbal produzido pelos pacientes. Com o objectivo de investigar as consequências discursivas das respostas "hum, hum" dos terapeutas, os autores compararam entrevistas com esse tipo de respostas com entrevistas que as não apresentavam, chegando à conclusão que se verificava um aumento de 31% na duração dos enunciados simples, e um aumento de 84% na duração média das unidades simples. Estes aumentos devem-se, segundo os autores, a uma maior satisfação sentida pelo paciente quer quando o terapeuta acena com a cabeça, quer quando profere a resposta "hum, hum".

De acordo com uma investigação sobre os marcadores sintácticos por Cosnier, recitar um texto de cor, repetir ou ler frases não se acompanha de uma actividade gestual paraverbal, enquanto que a gestualidade coverbal é particularmente solicitada no decurso de um trabalho locutório criativo.

Tipologias funcionais como as de Scherer (1984) salientam, entre outras, a função semântica e sintáctica dos signos não verbais na interacção verbal. Na função semântica 'contradição', por exemplo, existe um desacordo intercanal, isto é, uma discrepância entre a mensagem verbal e a não verbal – é o caso da ironia ou do fenómeno de *double bind* em que a mãe de um esquizofrénico diz ao filho "vem para o pé de mim" enquanto que nos padrões entonacionais ou posturais não há qualquer desejo de que a criança se aproxime. Na função semântica 'modificação' os signos não verbais atenuam ou modificam mesmo o significado expresso por uma mensagem verbal: por exemplo, um sorriso aprovador que acompanha a recusa de um convite ou uma expressão facial de dúvida que acompanha um julgamento, tendo este efeito modalizador dos signos não verbais sido frequentemente negligenciado.

Finalmente, os signos não verbais desempenham um importante papel na divisão da conversação em intervenções e trocas verbais, e está provado que unidades verbais mais pequenas são acompanhadas por signos não verbais mais pequenos e mais variáveis localizados nas partes mais móveis do corpo, enquanto que as unidades verbais mais longas estão ligadas a movimentos maiores e modificações posturais.

Apesar dos resultados destas investigações os linguistas (e até mesmo os terapeutas) tendem senão a excluir o estudo coordenado dos dois códigos do seu objecto de estudo, pelo menos a minimizar a sua importância.

Esta situação parece-me dever-se pelo menos a três causas, uma delas ligada à história da Linguística.

Embora a linguística da enunciação, a linguística dos actos de linguagem e a análise conversacional tenham marcado uma ruptura com a perspectiva restrita da linguística tradicional que culminou com o estudo da língua *standard* e teórica do locutor-auditor ideal chomskiano, os linguistas receiam deixar de fazer linguística se se votarem a este trabalho interdisciplinar. Trata-se, pois, de uma questão de identidade.

A segunda razão resulta de uma característica inerente ao código não verbal: enquanto que no código verbal a relação signo-referente pode ser invariante (um signo verbal como "sofá" refere-se de forma invariável a um móvel confortável que serve de assento), na maior parte das vezes no código não verbal essa relação é probabilística, o que dificulta a discriminação semântica. Muitas das vezes é a frequência e a regularidade que permitem saber se um mesmo signo verbal tem um significado ou outro: por exemplo se um encolher de ombros é um sinal de aprovação ou de atenção, por movimentos de cabeça mais rápidos vs. movimentos de cabeça mais claros e menos amplos.

Uma outra razão, talvez a de maior importância, tem a ver com o facto do estudo da comunicação não verbal ser moroso e, portanto, se colocar em questão a economia do procedimento, ou seja, a quantidade de esforços dispendidos em função dos resultados. Para nos darmos conta dessa complexidade basta observarmos a tipologia de Frey (Anexo 3). No seu estudo atrás mencionado de 1980 sobre a comunicação não verbal com depressivos, fez-se o registo em video dos três primeiros minutos de cada uma das 26 intervenções; codificaram-se as posições cada meio segundo, tendo-se obtido para 3 minutos 360 quantificações da posição de cada parte do corpo, ou seja, os itens a analisar foram da ordem dos 973 440.

Se, por outro lado, atendermos ao estudo estritamente verbal da interacção terapeuta-cliente este estudo tem, a meu conhecimento, recebido pouco desenvolvimento embora comece a suscitar o interesse de linguistas que, certamente não por acaso, possuem formação simultânea na área da saúde mental. É, no panorama actual, o caso de Danon Boileau, linguista e psicanalista infantil, Jacques Cosnier, etólogo, psicanalista e linguista interaccionista e Alain Blanchet, psicólogo e linguista.

Debruçando-me sobre a dimensão verbal da interacção terapeuta-cliente pude apresentar na IV Conferência Internacional de Psicoterapia Centrada/Experiencial uma comunicação intitulada "A terapia estruturada como uma linguagem: contribuição linguística para a diferenciação entre os estádios da Escala do Experienciar" (a publicar), comunicação essa que

tinha como objectivo apresentar um projecto de investigação, ainda na sua forma embrionária, que partia do pressuposto de que a escolha, por parte do cliente, de determinadas estruturas linguísticas em detrimento de outras nunca é aleatória e que, em particular nas terapias verbais, essas escolhas reflectem uma reorganização de processos mentais ou, se quisermos, momentos de mudança observáveis discursivamente.

O objectivo último desse projecto será o de poder demonstrar que a alteração no uso de determinadas formas linguísticas no decurso do processo terapêutico, passível de ser apreendida por zonas de densidade ou frequência linguística, poderá vir a constituir um instrumento fiável na prática clínica e no domínio da investigação, para avaliar em que estádio se encontra o cliente no processo.

Esta progressão linguística não implica obviamente que a diferença entre estádios se expresse através da dicotomia ausência/presença de determinadas marcas enunciativas. Essas marcas co-ocorrem muito provavelmente em estádios diferentes. Daí que as noções de processo e de transição transpostas para a linguagem me pareçam só poder ser apreendidas macroscopicamente a partir de estudos quantitativos computacionais, já utilizados em análise do discurso, que permitem, eliminando a subjectividade do investigador, delinear zonas de densidade ou frequência linguística. O que significa, em termos muito simples, determinar que marcas linguísticas se usam predominantemente neste ou naquele estádio¹⁰.

Algumas hipóteses linguísticas foram colocadas, a ser confirmadas ou não por investigação posterior, quanto ao uso da referência deíctica (utilização dos pronomes pessoais), dos verbos psicológicos (ou de sentimento) e da modalidade axiológica, tendo sido feitas conexões entre este uso e as mudanças na comunicação do *self*, expressão de sentimentos e auto-avaliação.

Essas hipóteses foram colocadas a partir da Escala do Experienciar que distingue sete estádios no processo terapêutico, escala resultante das teorias experienciais de Gendlin e das teorias rogerianas da Abordagem Centrada na Pessoa, construída com o

objectivo de apreender a qualidade do envolvimento do cliente no processo terapêutico, e a partir de trabalhos de investigação feitos por psicoterapeutas no quadro da Terapia Centrada no Cliente¹¹.

Foram estas as hipóteses então colocadas:

1. Aumento de segmentos auto-referenciais e diminuição dos heteroreferenciais
 - | *descrição dos outros* ⇒ *descrição do self* (Braaten 1961, Vargas 1954)
 - | *declarações sobre o problema* ⇒ *declarações de insight e auto-compreensão* (Snyder 1945)
2. Aumento de marcas do sujeito da enunciação
 - | *apropriação do discurso*
 - | *auto-dependência,*
 - | *autonomização* (Raskin)
3. Decréscimo das modalidades axiológicas negativas que o cliente se auto-atribui
 - | *auto-avaliação negativa* ⇒ *auto-avaliação positiva*
 - | *não-aceitação* ⇒ *aceitação de si* (Raimy 1948 e Rogers 1959)
4. Evolução das marcas enunciativas ⇒ *comunicação do self*
 - ↓
 - ausência de marcas do sujeito da enunciação 3ª pessoa
 - formas impessoais ("Era necessário saber se uma pessoa estava preparada para o casamento")
 - ↓
 - possessivos (marcas indirectas do sujeito da enunciação) (A minha educação foi boa)
 - ↓
 - pronomes
 - pronomes pessoais com função de objecto indirecto ou directo
 - (O meu pai irrita-me)
 - ↓

¹⁰ Os estudos quantitativos computacionais constituem apenas uma etapa preliminar do estudo do discurso em situação terapêutica. Apesar de possuírem uma base linguística, os resultados que esses estudos fornecem têm de ser posteriormente reequacionados dada a ocorrência de erros linguísticos do mais variado tipo. Os estudos sobre interacção terapêutica já realizados com apoio com nestes programas – referimo-nos ao estudo de Blanchet (1991). "Interactions thérapeute - patient dans une thérapie ethnopsychanalytique" in *Psychologie Française*, e ao seu estudo do discurso de um paciente deprimido in Ghiglione, R & Blanchet, A., *Analyse de contenu et contenus d'analyse*. Paris, Dunod – são por conseguinte de invalidar já que os resultados que apresentam não foram sujeitos a uma análise linguística (correctiva ou amplificadora) posterior.

¹¹ Estes últimos estão destacados a negrito no esquema que apresenta as hipóteses mencionadas. A consulta destes artigos está disponível no Centro de Documentação do GATF.

pronome pessoal 1ª pessoa
(Eu irritado-me com o meu pai)

5. Expressão de sentimentos

↓
Construções infinitivas ⇒ construções psicológicas
(Sentir dependência desencoraja-me ⇒ Eu sinto-me dependente e isso desencoraja-me)

↓
descrição de sentimentos ⇒ expressão de sentimentos

↓
Experienciador obj.dir. ⇒ Experienciador suj.

↓
delega no outro Assume as emoções
responsabilidade

↓
das emoções
(O meu pai irrita-me ⇒ Eu estou irritada com o meu pai)

A observação da transcrição (cf. Anexo 4) permitir-nos-à colocar a hipótese de que a passagem da forma impessoal (“on”) para a forma de 1ª pessoa (“je”) possa ser consequência da reformulação, intervenção verbal mais frequentemente utilizada na Terapia Centrada no Cliente¹².

A reformulação definida pela psicoterapeuta Barbara Brodley (1994) como uma resposta compreensiva empática através da qual o terapeuta, num tom caloroso, transmite ao cliente aquilo que compreende do que este disse ou tentou dizer (o que nos remete para uma tipologia da reformulação em que estariam inseridas a reformulação do explícito e do implícito).

O valor fundamental da reformulação é para o psicoterapeuta não só o de poder manifestar ao cliente que o está a acompanhar mas, paralelamente, o de poder aferir o seu grau de compreensão. O cliente, por sua vez, através da reformulação do psicoterapeuta, pode por assim dizer “ouvir-se em espelho” e proceder à reorganização dos seus processos mentais.

Os excertos A, B e C retirados da 2ª sessão e que figuram no Anexo 4 pertencem a uma psicoterapia breve, videogravada e usada com o consentimento por escrito da cliente para fins pedagógicos ou formativos. “A cliente é um indivíduo do sexo feminino de meia idade que tinha iniciado um processo psicoterapêutico não estruturado com o médico de família, com a indicação de um estado depressivo que se arrastava desde a morte

do pai. Foi enviada ao psicoterapeuta pelo médico de família com a justificação de uma “situação transferencial não resolvida”(sic)” (Nunes 1998, p. 35).

No excerto A a cliente usa a forma “on”, reformulada pelo psicoterapeuta de forma centrada no cliente como “vous”. No excerto B o mesmo ocorre, mas na sequência da intervenção do terapeuta verifica-se uma hesitação, na mesma intervenção da cliente, entre a forma impessoal e a de 1ª pessoa (“...parce-que croyant avoir réussi on se re... je me relâche moi même”). O mesmo facto recorre no excerto C: (“on tourne... je tourne un peu en rond”), voltando a cliente à forma impessoal (“on a tendance à tourner un peu en rond”) que será reformulada de novo pelo terapeuta como se uma forma de 1ª pessoa se tratasse (“vous avez l’impression de vous trouver dans une impasse”). Na verdade, e como afirma Madray-Lesigne a propósito da utilização de “on”, quando o enunciador evita assumir-se em “eu” ou “nós” “...’ON’ lui fournit le moyen commode d’échapper à cet engagement explicite. (...) masquer son “je” sous “on” c’est encore un peu dire “je” (...) “On”... favorise l’ambiguïté de la prise en charge du sujet (...)” (1992, pp.407-408).

Afirmar que esta alteração ao nível das marcas enunciativas é consequência da actividade linguística de reformulação requer posteriormente uma investigação mais aprofundada como seja, por exemplo, comparar este tipo de interacção terapêutica com outras em que a reformulação não é empregue.

Anexo 1

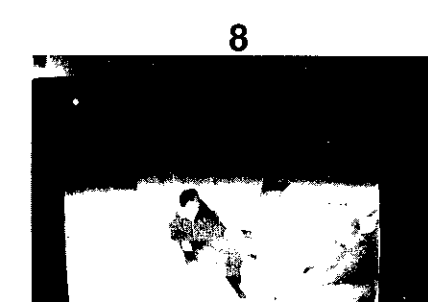
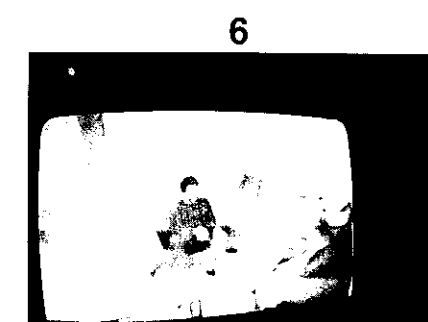
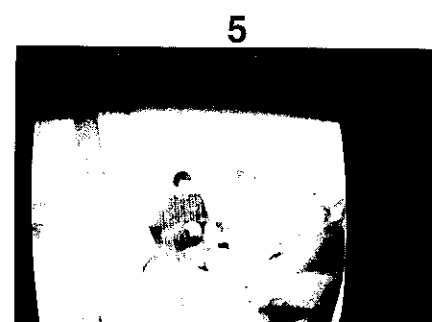
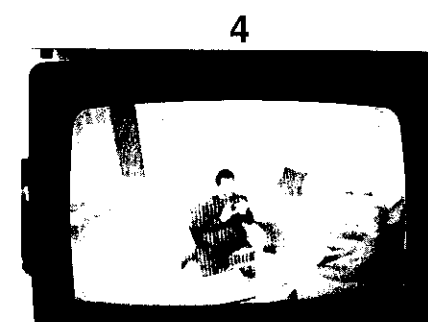
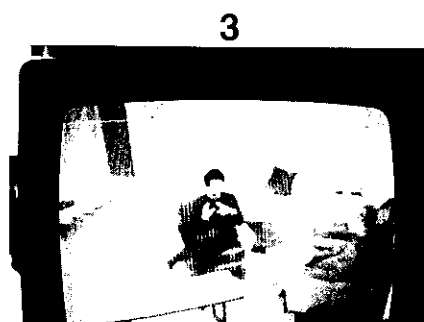
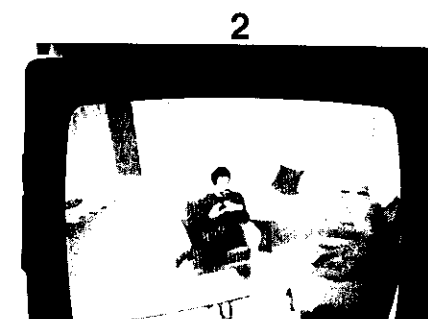
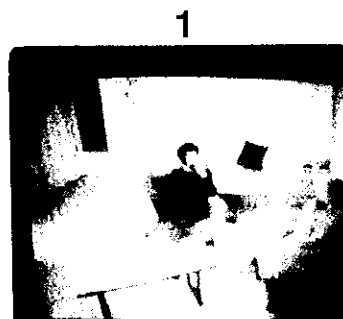
O anexo 1 é constituído por uma sequência de imagens que pretendem ilustrar o comportamento não verbal do terapeuta e da cliente. Essa sequência encontra correspondência no Anexo 2 onde, através da numeração e dos sublinhados, se pode proceder a uma leitura articulada dos dois códigos, verbal e não verbal.

No início da sessão terapeuta e cliente comunicam em posição simétrica: perna esquerda cruzada, mão no queixo, e mão direita sobre o colo. Esta posição só será alterada para uma posição simétrica, na sequência de uma intervenção da cliente em que refere uma dificuldade na resolução de problemas. Essa alteração

de posição é visível no terapeuta nas imagens 7 a 13. Ambas as posições de comunicação, simétrica ou paralela, são sinal de boa comunicação e empatia por parte do terapeuta.

Outras três sequências ilustram a função ilustrativa dos gestos em relação à mensagem verbal: nas imagens de 2 a 4 o lexema “solutions” é acompanhado de um enclavilhar de mãos por parte do terapeuta que se aproximam do peito quando se refere aos “problèmes des autres” e se direccionam para a cliente quan-

do utiliza o pronome possessivo “vôtres”. A cliente, por sua vez, ilustra a expressão “tourner en rond” com um gesto de mãos juntas para a frente e para trás (em vez de, por exemplo, um gesto circular), gesto que, percebido pelo terapeuta, é reformulado pela expressão “se trouver dans une impasse” (imagens 14 a 16). Finalmente, nas imagens 5 e 6 correspondentes à enunciação de “si je réfléchis trop”, este enunciado acompanha-se de um movimento de mão em direcção à cabeça, “lugar” da reflexão.



¹² Na realidade, e ao contrário do que falaciosamente circula em certos meios científicos e entre a comunidade terapêutica, o uso da reformulação não só não é exclusivo, sendo possível observar a presença de outros tipos de resposta na *performance* do terapeuta centrado, como a reformulação não se limita à simples repetição daquilo que o cliente disse explicitamente. Por outro lado, a reformulação não é um virtuosismo técnico, é uma das muitas formas de resposta verbal ao serviço das atitudes que estão na base da Terapia Centrada no Cliente sendo, por conseguinte, um instrumento e a expressão dessas mesmas atitudes.

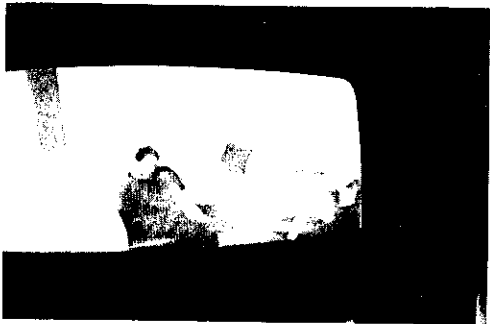
9



11



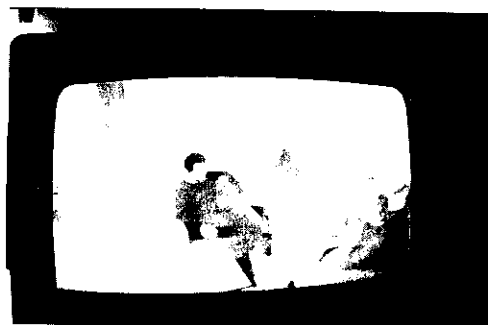
13



15



10



12



14



16



Anexo 2

Excerto da sessão nº 2

C - Parce-qu'ils ont quand même un peu des points communs bien que....

IM1 T - C'est à dire...

C - ... il faut reconnaître que c'est une sorte d'intransigeance.

T - Hum, hum.

C - Et j'ai horreur de l'intransigeance.

T - Oui. C'est le sentiment qu'aussi bien votre père que votre mère ont des choses en commun, une certaine intransigeance qui vous hérisse...

C - Oui.

T - ...et face à cette intransigeance euh ...vous savez pas très bien si c'est la peur, si c'est pour avoir la paix, pour éviter les conflits, mais vous vous sentez très bloquée à exprimer ...

C - Voilà.

T - ...ce que vous ressentez, à exprimer vos opinions, vos avis.

C - Mais justement. Je sais pas si ben... si vous vous pourriez me dire, je sais pas ce qu'il y a, vous ne me connaissez pas assez mais vous m'avez entendu parler beaucoup, en sachant la cause pour pouvoir y remédier.

T - Le sentiment qu'il est difficile pour vous de... trouver une solution ou de trouver la bonne réponse.

C - Oui.

T - La sensation que, peut-être, en tant qu'observateur extérieur, j'aurais pu voir mieux que vous.

C - Ah, je sais pas. C'est comme dans d'autres situations alors... hein... quand j'étais maîtresse d'école (?) il était plus facile de trouver des solutions pour les autres que pour soi-même.

T - Dans votre travail de maîtresse d'école, vous dites...?

C - Oui.

T - Vous aviez l'impression que...

C - Quand on me demandait, des mamans me demandaient des conseils euh... j'avais plus de facilité à répondre que moi si j'ai des problèmes avec les enfants de trouver...

T - Hum, hum

C - ... la solution. Je crois qu'on peut mieux trouver si on est en dehors du domaine affectif, peut-être.

T - Le sentiment qu'il est parfois plus facile pour vous de voir les solutions IM 2 des problèmes des autres. IM 3.

C - Hum, hum.

T - ... que les vôtres. IM 4 Et surtout quand ça touche au domaine affectif.

C - Hum, hum.

T - C'est là que c'est bien plus difficile pour vous.

C - Oui, oui. Je pense que pour tout le monde.

T - Vous n'êtes pas différente des autres.

C - Non.

T - C'est peut-être quelque chose qui arrive à tout le monde. Plus grande difficulté à être au clair ...quand le problème touche du point de vue affectif.

C - Oui. Mais je sais pas si ça résoudrait la question, de toute façon, ces problèmes.

T - C'est à dire...vous voulez dire par là que peut-être les réponses des autres ne solutionnent pas votre problème.

C - Non. Puisque c'est moi qui doit faire l'effort, de toute façon. Ça peut aider, peut-être.

T - L'opinion des autres peut vous aider, mais en fait c'est vous qui ... trouverez votre propre solution ... La solution est en vous.

C - Oui. C'est pas facile IM 7 a....

T - C'est à dire que ça suffit pas de savoir les choses. Il est plus facile à les savoir qu'à les vivre...

C - Hum, hum.

T - ... où à les résoudre ... IM 13

C - Et je me demande parfois si je réfléchis trop. IM 5-6.. Évidemment quand on est dans sa maison, quand on fait le ménage et on a tout le temps de penser, de réfléchir, de ruminer comme on dit. Alors...

T - Souvent vous réfléchissez?

C - Beaucoup, oui. Je sais pas si...

T - Hum, hum.

C - ...justement je réfléchis trop.

T - Trop?

C - Je sais pas. C'est possible. On tourne...je tourne un peu en rond. En réfléchissant trop on a tendance à tourner un peu en rond. Ims 14 a.... Vous comprenez ce que je dis?

T - Vous avez le sentiment que parfois, à force de réfléchir seule, vous avez l'impression de vous trouverdans une impasse....16

Anexo 3

Partie du corps	Nombre de dimensions codées	Dimension	Type d'échelle/ Nombre d'unités
(1) Tête	3	Sagittale Rotation Latérale	Ordinale/5 Ordinale/5 Ordinale/5
(2) Buste	3	Sagittale Rotation Latérale	Ordinale/5 Ordinale/5 Ordinale/5
(3) Epaules*	2	Verticale Profondeur	Ordinale/3 Ordinale/3
(4) Bras*	3	Verticale Profondeur Tactile	Ordinale/8 Ordinale/8 Nominale/7
(5) Mains*	9	Verticale Horizontale Profondeur Orient. x/y Orient. z Rotation Fermeture Jointure Tactile	Ordinale/14 Ordinale/9 Ordinale/8 Ordinale/9 Ordinale/5 Ordinale/5 Ordinale/4 Nominale/2 Nominale/52
(6) Jambes*	3	Verticale Horizontale Tactile	Ordinale/5 Ordinale/5 Ordinale/3
(7) Pieds*	7	Verticale Horizontale Profondeur Sagittale Rotation Latérale Tactile	Ordinale/9 Ordinale/7 Ordinale/7 Ordinale/5 Ordinale/5 Ordinale/5 Nominale/10
(8) Position sur la chaise	2	Horizontale Profondeur	Ordinale/3 Ordinale/3

* Les parties gauche et droite sont codées séparément.

Tableau 1 - Matrice du système de codage pour la description en séquences temporelles du comportement non verbal dans une interaction de face à face

Type de mouvement défini par la dimension

- Inclinaison en haut ou en bas de la tête
- Rotation à gauche ou à droite de la tête
- Inclinaison à gauche ou à droite de la tête
- Inclinaison d'avant ou d'arrière du buste
- Rotation à gauche ou à droite du buste
- Inclinaison à gauche ou à droite du buste
- Mouvement en haut ou en bas de l'épaule
- Mouvement d'avant ou d'arrière de l'épaule
- Bras levé ou bras abaissé
- Mouvement d'avant ou d'arrière du bras
- Bras en contact avec la chaise ou d'autres parties du corps
- Mouvement en haut ou en bas de la main
- Mouvement à gauche ou à droite de la main
- Mouvement d'avant ou d'arrière de la main
- Angle de la main dans le plan vertical
- Va-et-vient extérieur ou intérieur de la main
- Rotation en haut ou en bas de la paume
- Ouverture ou fermeture du poing
- Mains jointes
- Mains en contact avec la chaise ou d'autres parties du corps
- Mouvement en haut ou en bas de la jambe
- Mouvement à gauche ou à droite de la jambe
- Genoux en contact
- Mouvement en haut ou en bas du pied
- Mouvement à gauche ou à droite du pied
- Mouvement d'avant ou d'arrière du pied
- Inclinaison en haut ou en bas à partir de la cheville
- Rotation à gauche ou à droite à partir de la cheville
- Inclinaison gauche ou droite à partir de la cheville
- Pieds en contact avec la chaise, le sol ou le corps
- Position à gauche ou à droite
- Position en avant ou en arrière

Anexo 4

- A**
- C - Quand on me demandaitdes mamans me demandaient des conseils euh... j'avais plus de facilité à répondre que moi si j'ai des problèmes avec les enfants, de trouver ...
- T - Hum, hum.
- C - ... la solution. Je crois qu'on peut mieux trouver si on est en dehors de...du domaine affectif, peut-être.
- T - Le sentiment que il est parfois plus facile pour vous de voir les solutions des problèmes des autres...
- C - Hum, hum.
- T - ... que les vôtres. Et surtout quand ça touche à ...au domaine affectif.
- B**
- C - C'est à dire des périodes où l'on croit qu'on arrive et puis c'est justement au moment où, bon, on croit qu'on est arrivé à ce détachement que plouf!, on plonge.
- T - Il y a des moments où vous avez 1 ↓ impression d'avoir réussi...
- C - Hum, hum.
- T - ... puis ensuite l'impression que c'était marche arrière.
- C - Oui. Alors je sais pas si c'est parce que croyant avoir réussi on se re ...je me relâche moi même... ⇒
- C**
- T - Souvent vous refl'echissez?
- C - Beaucoup, oui. Je sais pas si...
- T - Hum, hum.
- C - ...je...justement je réfléchis trop.
- T - Trop? ⇒
- C - Je sais pas. C'est possible. On tourne...je tourne un un peu en rond. En réfléchissant trop on a... on a tendance à tourner un peu en rond. Vous comprenez ce que je dis?
- T - Vous avez le sentiment que parfois, à force de réfléchir seule, vous avez l'impression de vous trouverdans une impasse.

BIBLIOGRAFIA

Bahnon, C.B. (1980), "Non verbal behavior in psychotherapy" in *Ethology and Non Verbal Communication in Mental Health - An Interdisciplinary Biopsychosocial Exploration*, Corson and Corson, Pergamon Press

Brodley, B. (1994), "Some Observations of Carl's Behavior in Therapy Interviews", *The Person Centered Journal*, Vol. 1 (2), pp. 37-47

Greenberg, I. S. & Pincus, W. M. (1986), "Process Research: Current Trends and Future Perspective" in Greenberg, L. & Pincus, W. M., *The Psychotherapeutic Process - A Research Handbook*, The Guilford Press, N.Y. - London, pp. 3-21

Corsini, R. J. (1991), *Five Therapists and One Client*, Peacock, Publishers Itasca, Illinois

Cosnier, J. (1981), "Théories de la communication et psychiatrie" in *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Psychiatrie, Paris, 37010 A, 2

Cosnier, J. & Brossard, A. (1984), "Communication non Verbale, Co-Texte ou Contexte?", in *Textes de Base en Psychologie - La Communication non Verbale*, Delachaux & Niestlé, Neuchâtel, Paris, pp. 1-31

Frey, S. et alii (1984), "Analyse Intégrée du Comportement non Verbal et Verbal dans le Domaine de la Communication" in *Textes de Base en Psychologie - Communication non Verbale*, Delachaux & Niestlé, Neuchâtel, Paris, pp. 145-229

Kerbrat-Orecchioni, C. (1990), *Les interactions verbales*, Tome I, Armand Colin, Paris

Klein, M.H., Mathieu-Coughlan & Kiesler, D.J. (1986), "The Experiencing Scale" in Greenberg, L. & Pincus, W. M. *The Psychotherapeutic Process - A Research Handbook*, The Guilford Press, N.Y. - London, pp.21-71

Madray-Lesigne, F. (1992), "L'ici et l'ailleurs de la personne en discours: quelques affinités entre personnes, temps et modes en français", *La Deltixis*, PUF, Paris

Nunes, O. (1994), *A Psicoterapia de Tempo Limitado*, Tese de Mestrado, ISPA

(1998), "Psicoterapia de tempo limitado numa perspectiva da Psicoterapia Centrada no Cliente", *A Pessoa como Centro - Revista de Estudos Rogerianos* n° 1, Primavera-Maio, pp.30-39

Rogers, C. (1974), "In retrospect: Forty-six years", *American Psychologist*, 29, pp. 115-123

(1942), *Counselling and Psychotherapy*, Boston: Houghton Mifflin

Scherer, K. R. (1986), "Les Fonctions des Signes non Verbaux dans la Conversation", *Textes de Base en Psychologie - La Communication non Verbale*, Delachaux & Niestlé, Neuchâtel, Paris, pp. 71-101

Stiles, W.B. (1992), *Describing Talk - A Taxonomy of Verbal Response Modes*, Sage Publications, London

UMA CAMINHADA EM CONJUNTO UN CHEMIN ENSEMBLE

Bistra Seculic*

Sou uma apaixonada pelos passeios e devaneios na natureza, que permitem "alimentar-me". Dão-me energia para melhor compreender o tempo presente e mesmo, porque não, refazer um percurso pelo tempo passado...

É-me difícil imaginar que se passaram 25 anos desde o meu primeiro encontro com João Hipólito. Lembro-me como se fosse ontem: encontrava-se num colóquio num serviço do hospital psiquiátrico do cantão de Friburgo, num dos debates habituais em redor do psiquismo e dos seus mistérios. Fomos então interrompidos pelo Dr. Descloux, médico-director do Centro Psicossocial de Friburgo. Anunciou a chegada do seu novo subdirector, o Dr. Hipólito, que o acompanhava. Durante a apresentação deste novo colega, o Dr. Descloux falou dele como uma pessoa muito dinâmica e inovadora, deixando todos perceber que a sua colaboração iria permitir uma evolução das trocas entre os serviços hospitalares e ambulatoriais, bem como outras novas aberturas no trabalho... Imaginem as expectativas, as dúvidas, a desconfiança perante tal promessa... E, assim, João Hipólito colocou-se ao leme de um navio que deveria atravessar o oceano da psiquiatria friburguesa da época, com todas as suas tempestades e todas as suas aventuras inimagináveis...

Numa primeira exploração, na ideia de uma melhor colaboração entre o hospital psiquiátrico e o serviço ambulatorio, ele conseguiu uma livre troca e uma livre circulação dos médicos-assistentes: eu estive entre as primeiras pessoas que deixaram o hospital psiquiátrico sem qualquer conflito na continuação lógica da minha formação em psiquiatria ambulatoria. Organizou muitos colóquios e sessões de partilha, e tudo isso denotava já um espírito mais aberto face à colaboração e à formação dos assistentes e dos intervenientes nas equipas em psiquiatria (médicos, enfermeiros, assistentes sociais).

Somos muitos os que nos lembramos ainda do grande trabalho que João Hipólito efectuou ao ní-

Bistra Seculic

Je suis une amoureuse des promenades et des flâneries dans la nature qui me permettent de me ressourcer, me donnant l'énergie pour mieux comprendre le temps présent et de même, pourquoi ne pas refaire un cheminement dans le temps passé...

Il m'est difficile d'imaginer que 25 ans se sont écoulés depuis ma première rencontre avec João Hippolyte. Je m'en souviens comme si c'était hier: je me trouvais dans un colloque d'un service de l'hôpital psychiatrique du canton de Fribourg, prise dans les débats habituels autour du psychisme et ses mystères. Nous avons été alors interrompus par le Dr. Descloux, médecin-directeur du Centre Psychosocial de Fribourg. Il nous annonçait l'arrivée de son nouveau sous-directeur, le Dr. J. Hippolyte qui l'accompagnait. Lors de la présentation de ce nouveau collègue, le Dr. Descloux nous en parle comme d'une personne très dynamique et innovatrice, laissant sous-entendre que sa collaboration allait permettre une meilleure évolution des échanges entre les services hospitaliers et ambulatoires, ainsi que d'autres nouvelles ouvertures de travail... Imaginez-vous les craintes, les doutes, la méfiance vis-à-vis d'une telle promesse... et ainsi João Hippolyte s'est mis aux commandes d'un navire qui devait traverser l'océan de la psychiatrie fribourgeoise de l'époque avec toutes ses tempêtes et toutes ses aventures inimaginables...

Comme un premier exploit, dans l'idée d'une meilleure collaboration entre l'hôpital psychiatrique et de service ambulatorio, il a réussi un libre échange et une libre circulation des médecins assistants: j'ai été une des premières personnes qui a quitté l'hôpital psychiatrique sans aucun conflit dans la continuation logique de ma formation en psychiatrie ambulatorio. Il a organisé beaucoup de colloques et de séances d'échanges, et tout cela dénotait déjà d'un esprit plus ouvert dans la collaboration et dans la formation des assistants et des intervenants dans les équipes en psychiatrie: médecins, infirmiers, assistants-sociaux...

Nous sommes nombreux à nous rappeler encore aujourd'hui le grand travail que João Hippolyte a effec-

vel dos grupos terapêuticos e da sua dinâmica, que era já na época uma inovação corajosa. Recordarei brevemente estas diferentes formas de grupos terapêuticos: grupos de psicodramas, grupos de relaxamento de tipo Ajuriaguerra e Sapir, grupos de gestão institucional, grupos Balint, grupos de avaliação de colóquios de trabalho, grupos de formação, e não posso esquecer os grupos de recreio e de lazer após as numerosas horas de formação passadas em comum.

Não podemos esquecer que, na época de que vos falo, reinava o impacto absoluto da psicanálise clássica e que o senhor Hipólito era um excelente psicanalista, possuindo toda a formação e a competência exigida nesse domínio. A sua grande cultura analítica e a qualidade do seu conhecimento permitiram-lhe introduzir a nova filosofia do trabalho em grupos, o que era já um passo considerável.

Esta abertura em relação à psicanálise clássica permitiu a muitos colegas assistir, em seguida, a grupos de formação de psicanálise, organizados pelo Dr. Gilliéron, hoje Professor em psiquiatria. Nessa mesma época, João Hipólito abriu a possibilidade de uma formação e de supervisões de alto nível, realizadas pelos conhecidos colaboradores da Universidade de Geneve e de Lausanne; nomearei o Prof. Gilliéron, o Dr. Hermann, médico adjunto, os dois muito conhecidos no desenvolvimento do conceito da psicoterapia breve.

Esta introdução de um outro modelo da psicoterapia analítica permitiu-nos mesmo reencontrar os "pais" da psicoterapia breve, por exemplo, Sifneos, e outros...

Na lógica do trabalho psicoterapêutico com grupos e numa outra dinâmica neste mesmo domínio, nasceram duas novas orientações: a terapia familiar e a terapia comunitária. Estas duas realizações e a sua aplicação de trabalho representavam um novo modelo na época, bem como um avanço corajoso, não só na região de Friburgo, mas na psiquiatria em geral. O Dr. João Hipólito não nos propôs apenas seguir uma moda, mas ensinou-nos a usar as ferramentas e as possibilidades de aplicar estes modelos de trabalho. Foi um dos primeiros psiquiatras, representante de uma direcção, a introduzir no trabalho de formação dos assistentes o sistema audiovisual, a gravação das entrevistas e a análise das entrevistas. Assim, o trabalho psicoterapêutico tornou-se realmente reconhecido pelo fenómeno da verificação do resultado, antes e depois da terapia. Esta técnica mudou mesmo a mentalidade e a abertura dos pacientes, sentindo-se eles próprios muito

tué au niveau des groupes thérapeutiques et de leur dynamique, ce qui était déjà à l'époque une innovation courageuse. Je ferai un bref rappel de ces différentes formes de groupes thérapeutiques: groupes de psychodrames, groupes de relaxation de type Ajuriaguerra et Sapir, groupes de gestion institutionnelle, groupes Balint, groupes d'évaluation, de colloques de travail, de formation, et je n'oublierai pas les groupes de récréation et de loisir après les nombreuses heures de formation passée en commun.

N'oublions pas qu'à l'époque dont je vous parle, régnait l'impact absolu de la psychanalyse classique et que monsieur Hippolyte était un excellent psychanalyste possédant toute la formation et la compétence exigée dans le domaine. Sa grande culture analytique et la qualité de sa connaissance lui ont permis d'introduire la nouvelle philosophie du travail en groupes, ce qui était déjà un pas considérable.

Cette ouverture par rapport à la psychanalyse classique a permis à de nombreux collègues de participer par la suite, dans les groupes de formation de psychanalyse, organisés, par le Dr. Gilliéron, aujourd'hui professeur en psychiatrie. A cette même époque, João Hippolyte a ouvert la possibilité d'une formation et supervision de très haut niveau, réalisée par des collaborateurs connus de l'Université de Genève et de Lausanne; je nommerai le Prof. Gilliéron et le Dr. Hermann, médecin adjoint, tous les deux très connus dans le développement du concept de la psychothérapie brève.

Cette introduction d'un autre modèle de la psychothérapie analytique nous a même permis de rencontrer les «pères» de la psychothérapie brève, par exemple, Sifneos, et d'autres.

Dans la logique du travail psychothérapeutique de groupes et d'une autre dynamique dans ce même domaine, ont pris naissance deux nouvelles orientations: la thérapie familiale et la thérapie communautaire. Ces deux réalisations et leur application de travail représentaient un nouveau modèle à l'époque ainsi qu'un avancement courageux, pas seulement pour la région de Fribourg, mais pour la psychiatrie en général. Le Dr. João Hippolyte ne nous proposait pas seulement de suivre une mode, mais il nous enseignait les outils et les possibilités d'appliquer ces modèles de travail. Il était un des premiers psychiatres, représentants d'une direction, ayant introduit dans le travail de la formation des assistants le système audiovisuel, l'enregistrement des entretiens, l'analyse des entretiens. Ainsi le travail psychothérapeutique est devenu réellement reconnu par le phénomène de la vérification du résultat, avant et après la thérapie. Cette technique a même changé la «mentalité» et l'ouverture des

* Licenciada em Medicina pela Universidade de Sofia e pela Universidade de Genebra. Chefe de Clínica no Centro Psicossocial de Friburgo. Médica responsável da Clínica dos Plátanos. Assistente na Universidade de Friburgo.

mais valorizados e mais implicados no processo evolutivo.

Um outro dos seus compromissos precursores e que continua a ser uma preocupação importante dos políticos e dos profissionais desta área, foi a sua estratégia de luta contra a toxicod dependência e a compreensão do fenómeno. Organizou o primeiro centro de Friburgo, que praticava o tratamento e a desintoxicação com uma estratégia que lhe era própria, a desintoxicação sem utilização de medicamentos (*sevrage a sec*) bem delimitada no tempo, com a noção do contrato de permanência e a colaboração da família, etc. Esta filosofia de trabalho neste domínio praticou-se na Clínica dos Plátanos em Friburgo. Esta clínica, muito original na sua forma e no seu conceito, abriu as portas em 1976 e o seu funcionamento baseava-se na experiência comunitária do ponto de vista do lugar de vida do paciente e igualmente em relação às práticas e às técnicas da equipa de cuidados.

Recordo-me ainda com muita emoção da grande reunião organizada na clínica na presença de todos os intervenientes em torno da estratégia de "sevrage à sec". Trabalhei lado a lado com o Dr. Hipólito na preparação destes encontros e a experiência foi muito enriquecedora para mim própria e para todos os participantes.

A unidade terapêutica chamada "Os Plátanos" deu mais tarde origem a novas formas de actuação, como a clínica de dia e de noite, um lugar de encontros de grupo com os ex-pacientes, grupos de alcoólicos, grupos de famílias de pacientes, etc.

Após a partida do Dr. João Hipólito no fim de 1980, eu própria e alguns dos meus colegas continuámos os grupos de formação organizados por ele sobre a técnica de Rogers (centrada na pessoa). Este contacto ininterrupto permitiu-me acompanhar as suas realizações no Hospital Bellevue de Yverdon onde era subdirector e também participar estreitamente no desenvolvimento do seu conceito de antropoanálise. Acompanhei algumas comissões sob a sua presidência, por exemplo o GREAT e outras, onde deixou uma parte do seu excepcional dinamismo.

O regresso de João Hipólito a Portugal e a sua forma notável de se dividir entre duas culturas diferentes na linguagem, na vivência, nos costumes, etc. espanta ainda os seus colegas e os seus alunos. O seu afastamento parcial da Suíça não significou uma ruptura de contacto porque, como constataram, a participação na sua obra não está limitada por fronteiras.

patients, se sentant eux-mêmes beaucoup plus valorisés et plus impliqués dans ce processus évolutif.

Un autre de ses engagements précurseurs et qui reste toujours une préoccupation importante chez les politiciens et les praticiens, a été sa stratégie de lutte contre la toxicomanie et la compréhension de ce phénomène. Il a organisé le premier centre fribourgeois, qui pratiquait une prise en charge et le sevrage avec un protocole que lui était propre, comme le «sevrage à sec» bien délimité dans le temps, avec la notion du contrat de séjour et la collaboration de la famille, etc. Cette philosophie de travail dans ce domaine s'est pratiqué à la Clinique «Les Platanes» à Fribourg Cette clinique, très originale dans sa forme et dans son concept avait ouvert ses portes en 1976 et son fonctionnement était basé sur l'expérience communautaire sur le plan du lieu de vie du patient et également par rapport aux pratiques et aux techniques de l'équipe soignante.

Je me rappelle encore avec beaucoup d'émotion la grande réunion organisée à la clinique en présence de tous les intervenants sur le plan suisse autour de la formule du sevrage à sec. J'ai travaillé côte à côte avec Mr Hippolyte dans la préparation de ces rencontres et l'expérience a été très enrichissante pour moi-même et pour tous les participants.

L'unité thérapeutique appelée «Les Platanes» a donné plus tard naissance à de nouvelles formes de prise en charge, comme la clinique de jour et de nuit, un lieu de rencontres de groupe avec les ex-patients, des groupes d'alcoolistes, des groupes de la famille des patients, etc.

Après le départ du Dr. João Hippolyte de Fribourg à la fin de l'année 1980, moi-même et quelques-uns de mes collègues ont poursuivi les groupes de formation organisés par lui-même sur le modèle de Rogers (centrée sur la personne). Ce contact ininterrompu m'a permis de poursuivre ses réalisations à l'Hôpital Bellevue de Yverdon où il était le responsable médical, et également de participer étroitement dans le développement de son concept d'anthropoanalyse. J'ai participé à certaines commissions sous sa présidence, par exemple au GREAT (et d'autres), où il a laissé une part de son dynamisme exceptionnel.

Le retour de João Hippolyte au Portugal et sa façon remarquable de se partager entre deux cultures différentes dans le langage, le vécu, les coutumes, etc. démontrent encore une fois son souci pour le bien-être de ses collègues et de ses élèves. Son départ partiel de la Suisse ne signifie pas une coupure de contact parce que, comme vous le constatez, la participation à son œuvre n'est pas limitée par les frontières.

Fribourg, le 19 avril 2000

UMA GAMINHADA EM CONJUNTO

UN CHEMIN ENSEMBLE

IOULIOS IOSSFIDES*

O meu amigo João está agora a entrar na idade a que os gregos clássicos chamavam a idade da sabedoria «eufrónica» (*euphronious*). Ou seja, uma sabedoria que preenche e satisfaz a alma. A qualidade do saber durante os 60 é definitivamente diferente. É acompanhada de uma lenta evolução da noção de aceitação de si próprio e dos outros, de uma «grandeza» genuína e de generosidade face à vida e ao seu próprio meio imediato. Algumas palavras adquirem agora um novo significado, mais rico, mais completo, mais profundo. As admirações são agora mais fáceis de acontecer, e de alguma forma parecem sempre deixar um precipitado duradouro de realização e alegria. Com certeza, é necessário um homem sensível e aberto para receber todas as miraculosas dádivas dos 60, e o João é essa pessoa. Uma pessoa que pode aceitar e apreciar verdadeiramente as dádivas da vida.

A minha familiaridade com o Dr. Hipólito não é muito longa. Conhecemo-nos durante conferências ou encontros da Abordagem Centrada na Pessoa. Ele sempre me deu a impressão de ser um homem atento, cuidadoso com as palavras, com observações sempre objectivas e com comentários ou opiniões justas e sensíveis. Durante esses encontros parecia funcionar uma mente bem organizada, que associada a uma experiência de trabalho bem adquirida, produziu uma contribuição efectiva para o esforço comum. O Dr. Hipólito frequentemente operava de forma a acrescentar e dirigir a discussão para um objectivo realista e realizável. Possuía a capacidade de perceber tanto o espírito do assunto em discussão como a direcção consensual emergente das opiniões expressas.

O João Hipólito é um professor de Abordagem Centrada na Pessoa bem qualificado. Testemunhei as realizações dos seus alunos graduados quando ouvi, durante os encontros de Lisboa da Associação Internacional do *Counselling* Centrada na Pessoa e Psicoterapia Experiencial, comunicações das suas investigações sobre temas Centrados na Pessoa. O seu trabalho estava bem documentado e bem apresentado. Eram estudantes conhecedores, seguros na teoria da

IOULIOS IOSSFIDES

My friend Joao is just about now entering the age of what the classical Greeks used to call the age of "euphronious" wisdom. That is a **wisdom that fulfils and pleases the soul**. The quality of wisdom during the 60s is definitely different. It is accompanied by the slowly evolving notion of acceptance of yourself and the others, of a genuine "largese" and generosity towards life and your own immediate environment. Some words now acquire a new richer, broader, deeper meaning. Wonders are now easier to happen and somehow they always seem to leave a long lasting precipitate of fulfilment and joy. For sure, it takes a sensitive and open man to receive all the miraculous gifts of the 60s and Joao is such a person. A person who can accept and truly enjoy a gift from life.

My acquaintance with Dr. Hipólito is not a long one. We met during conferences or PCA meetings. He always gave me the impression of an attentive man, careful with his words, with remarks always to the point and with judicious, sensible comments or opinions. During those meetings a well organized mind seemed to be at work, which coupled with a well acquired work experience produced an effective contribution to the common effort. Dr. Hipólito frequently managed to sum up and direct the discussion towards a realistic and achievable goal. He possessed the ability to perceive both the spirit of the subject under discussion and the emerging consensual direction of the opinions expressed.

João Hipólito is a well qualified PCA teacher. I witnessed the achievements of his graduate students as I heard, during the Lisbon meetings of the International Association of the Person Centered Counselling and Experiential Psychotherapy, papers of their research in Person Centered subjects. Their work was well documented and well presented. They were knowledgeable students, secured in the theory of the PCA and their research methodology. They

* Professor Jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade de Atenas. Fundador do Instituto de Abordagem Centrada na Pessoa, na Grécia. Presidente da Associação Europeia de *Counselling*.

Abordagem Centrada na Pessoa e na sua metodologia de investigação. Eram entusiastas em relação ao seu trabalho, alegres e muito motivados. Certamente representavam as capacidades comunicacionais do seu professor e a sua capacidade Centrada na Pessoa para permitir aos seus alunos aprender, assumir a responsabilidade da sua própria aprendizagem.

Como cientista, o Dr. Hipólito é bem conhecido no mundo Centrado na Pessoa. Conheci o seu trabalho antes de ter o prazer de o conhecer e apreciar as suas ricas experiências, científicas e de vida. Familiarizei-me com algumas das suas publicações. Contudo, nunca fui privilegiado com uma exposição real dos seus conhecimentos científicos, pelo que deixo a outros, melhor qualificados, a tarefa de falar sobre isso. Queria apenas dizer que o seu conhecimento e a sua vasta experiência da terapia centrada no cliente impressionaram-me, tanto nas nossas conversas privadas como através das suas contribuições para a rede ACP. O Dr. Hipólito é um teórico proeminente e um terapeuta profundamente experiente. Portugal é, de facto, afortunado por ter sido apresentado à Abordagem Centrada na Pessoa por um excelente académico e praticante da abordagem.

were enthusiastic of their work, joyful and well motivated. They certainly represented the communicating abilities of their teacher and his Person Centered capacity to allow his students to learn, to assume the responsibility of their own learning.

As a scientist Dr. Hipólito is well known in the Person Centered world. I knew of him before I had the joy of meeting him and enjoy his rich scientific and life experiences. I was acquainted with a few of his publications. I was, however, never privileged to be really exposed to his scientific achievements, so I better disallow myself in favour of others better qualified, to speak on this. I would only say that his knowledge and wide experience in PCA therapy have impressed me both in our private talks and through his contributions to the PCA network. Dr. Hipólito is a prominent theoretician and a deeply experienced PCA therapist. Portugal is indeed fortunate to have been introduced to the PCA by an excellent academic and practitioner of the approach.