

Desenvolvimento de um Instrumento de Avaliação de Resultados em Psicoterapia baseado na
Teoria da Mudança Terapêutica de Carl Rogers

Elizabeth Schmitt Freire

Tese apresentada como exigência parcial para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia sob
orientação da Prof.^a Dr.^a Sílvia Helena Koller

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instituto de Psicologia

Curso de Pós-Graduação em Psicologia

Agosto, 2006

UFRGS**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA /MESTRADO E DOUTORADO

PARECER TESE

TÍTULO: DESENVOLVIMENTO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADOS EM PSICOTERAPIA BASEADO NA TEORIA DA MUDANÇA TERAPÊUTICA DE CARL ROGERS

DOUTORANDA: ELIZABETH SCHMITT FREIRE

ORIENTADORA: PROFA. SILVIA HELENA KOLLER

EXAMINADORA: PROFA. MARISA JAPUR

Baseando-se em ampla e atual revisão de literatura sobre seu tema de pesquisa, a autora focaliza em seu estudo uma questão que, apesar de bastante pesquisada, ainda é considerada, pelos estudiosos do tema, com resultados inconclusos: a importância da relação entre a(s) proposta(s) teórica(s) que embasa(m) a(s) prática(s) psicoterapêutica(s) e construtos teóricos utilizados na elaboração dos instrumentos de avaliação de resultados em psicoterapia. No debate atual, a não consideração suficiente desta questão nas pesquisas realizadas tem levantando um ‘paradoxo’ que a autora toma como ponto de partida para justificar seu objetivo.

Trata-se de um trabalho de pesquisa elaborado de forma extremamente rigorosa, com uma linha de argumento desenvolvida de modo claro e bem elaborado. Considero que o objetivo proposto – a elaboração de um instrumento de avaliação de resultados em psicoterapia capaz de mensurar mudanças que são postuladas pela Teoria da Terapia de Carl Rogers - foi plenamente atingido.

Considero também que foi utilizado um delineamento metodológico coerente e rigoroso e que os resultados desta pesquisa podem representar uma contribuição importante a este campo de estudos. Assim sendo, considero que a autora cumpriu todos os requisitos necessários para a aprovação de sua tese de doutorado.

Isto considerado, gostaria agora de falar de duas razões que me levaram a examinar este trabalho com muito prazer. Por um lado, ele me fez reencontrar percursos significativos de minha trajetória acadêmica: a elaboração de minha própria tese de doutorado - na qual trabalhei também na construção e validação de instrumentos de avaliação psicológica; e a minha formação na Abordagem Centrada na Pessoa – tendo tido o privilégio de conhecer e aprender pessoalmente com Carl Rogers. Foi deste lugar de reencontro com partes significativas de mim mesma que avaliei esta tese e a considerei plenamente satisfatória.

Por outro lado, ele é um trabalho que me pôs em diálogo com questões que tenho tomado como meu foco de interesse atual, como pesquisadora e terapeuta – a centralidade da linguagem no nosso fazer em Psicologia, seja como pesquisadores, seja como terapeutas. E é deste lugar que convido a autora a conversar acerca de um aspecto de seu trabalho, que chamou muito a minha atenção, e que o formulo como uma questão:

a evidência que os estudos clínicos comparativos e os de meta-análise provêm acerca da equivalência de resultados das psicoterapias, independente das teorias e técnicas diferentes que embasam as práticas de terapeutas distintos, não poderia ser tomada também, não como um 'paradoxo', mas como uma evidência da postulação central de Rogers acerca das 'condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica'?

Estou tomando como pressuposto para formular essa questão que, as diferentes teorias e técnicas psicoterápicas constituem ferramentas que orientam o terapeuta acerca dos *conteúdos* das conversações terapêuticas que podem ser úteis, mais do que acerca do *como* dessas conversações. Ou seja, estou pressupondo, como o próprio Rogers postulou, que este *como* da relação terapêutica seja mais relacionado aos resultados da terapia do que qualquer outra variável.

Desejo que as reflexões que essa questão possam suscitar contribuam com a expansão das contribuições que a publicação desta tese já estará legando ao seu campo de estudo.



Prof. Dra. Marisa Japur – 23/08/2006

UFRGS – Instituto de Psicologia
Mestrado e Doutorado em Psicologia

PARECER

Tese: “Desenvolvimento de um instrumento de avaliação de resultados em psicoterapia baseado na Teoria da Mudança Terapêutica de Carl Rogers”

Autora: Elizabeth Schmitt Freire

Orientadora: Profa. Silvia Helena Koller

Examinadora: Profa. Débora Dalbosco Dell’Aglío

A tese de doutorado de Elizabeth Freire é um trabalho bem apresentado, com uma fundamentação teórica organizada e abrangente, enfocando a teoria de Rogers, resultados de psicoterapia centrada na pessoa e os principais instrumentos para avaliação de resultados de psicoterapia centrada na pessoa. O objetivo proposto no estudo, de desenvolver um instrumento para avaliação de resultados de psicoterapia baseada na teoria da Mudança de Carl Rogers, é bem justificado, tendo em vista a ausência de instrumentos com qualidades psicométricas adequadas, nesta abordagem terapêutica.

Quanto à parte empírica, é apresentada uma primeira etapa da construção do instrumento Strathclyde Inventory, desenvolvida na língua inglesa, na University of Strathclyde, na Escócia, durante o estágio doutoral de Elizabeth. São descritos os passos de organização dos itens, aplicação e análise dos dados, apresentando as limitações encontradas no instrumento e propostas de modificações de itens. Assim, este estudo leva ao encaminhamento da próxima etapa de construção do instrumento, propondo uma versão mais adequada e com um número menor de itens.

Observa-se que, mesmo para uma primeira etapa de construção do instrumento, seria recomendável que a amostra utilizada fosse composta por um número maior de participantes e que os mesmos fizessem parte de outros grupos, tendo em vista que o fato da maioria dos participantes serem psicoterapeutas humanistas pode ter provocado um viés nos resultados. Assim, sugere-se que nas próximas etapas estes cuidados com a amostra sejam tomados. Também sugere-se observar melhor a definição dos dois fatores identificados nas análises (congruência/incongruência), tendo em vista que os itens parecem compor um único fator no instrumento.

Dessa forma, considera-se que o trabalho de Elizabeth Freire é de grande relevância, trazendo contribuições para futuras pesquisas de resultados em psicoterapia centrada na pessoa, tanto no Brasil como em outros países.

Profa. Débora Dalbosco Dell’Aglío – UFRGS



Fundação Universidade
Federal do Rio Grande

RIO GRANDE, 25 DE AGOSTO DE 2006

PARECER

A tese de doutorado de Elizabeth Schmitt Freire intitulada "Desenvolvimento de um instrumento de avaliação de resultados em psicoterapia baseado na teoria de mudança terapêutica de Carl Rogers", apresenta a possibilidade de avaliar a eficácia da prática clínica pautada na abordagem rogeriana. Trata-se de um trabalho de forte apelo metodológico com potencial para uma reflexão político institucional acerca da necessidade de traduzir em números ou quantidades as mudanças decorrentes dos acompanhamentos terapêuticos realizados pelos serviços nacionais de saúde de alguns países. Tais terapêuticas se dão sob a égide de diferentes teorias da Psicologia. Portanto, defender o desenvolvimento do instrumento de avaliação apresentado é mais do que defender uma tese de doutorado. É a expressão da tentativa de inserir a psicoterapia rogeriana no mesmo patamar das outras formas psicoterápicas (na página 44 você afirma: Hoje em dia, existe uma ampla e difundida pressuposição no campo da psicoterapia de que as terapias humanistas são ineficazes...Gostaria de ter visto mais claramente/veemente, o corpo de dados de pesquisa que apóia a efetividade das terapias conforme Elliott, e as metodologias que têm sido usadas, o que você poderia usar no teu trabalho para minimizar estas concepções). Como diz a autora, o próprio Rogers deu início a este movimento de avaliação, sendo ele um pioneiro na pesquisa clínica. Surpreendeu-me (e consegui explicar ao mesmo tempo) que Rogers houvesse tentado avaliar ou pesquisar a eficácia de sua abordagem com grupos controle e com alguns instrumentos quantitativos. Ele é oriundo de Chicago e trabalhava na universidade berço das metodologias qualitativas – a Universidade de Chicago – o que seria muito mais compatível com o paradigma da sua teoria. Isso demonstrou e demonstra que a psicologia humanista não havia se libertado, e ainda não se libertou das estratégias herdadas da psicologia dita científica. Alguns autores contemporâneos demonstram que há maior compatibilidade entre a psicologia humanista e a abordagem fenomenológica e sugerem métodos científicos não reducionistas que estudem as pessoas nos seus mundos de significados psicológicos.

Tecerei alguns comentários decorrentes de minha apreciação deste trabalho:

- Quanto a organização do texto: senti falta de uma explicação inicial sobre os objetivos do teu trabalho. Acho que é importante saber mais da tua história como profissional, pesquisadora, no Instituto Delphos. Você já inicia apresentando a teoria, o que faz muito bem, com clareza, partir de informações atualizadas e cuidadosamente apresentadas. Mas, não fica evidente para o leitor, o que você exatamente pretende e qual a tua motivação em desenvolver um instrumento que, como já disse, de alguma forma parece contraditório com a visão holística da teoria rogeriana. Entretanto, você tem justificativas pertinentes que podem ajudar a compreender as intenções políticas e científicas do teu trabalho e estas deveriam fazer se mais presentes no corpo do teu trabalho. Sugiro que você intensifique as críticas para teus artigos.
- Na página 33, você aborda um item, “Uma visão positiva da natureza humana”. Iniciei a leitura, esperando que fosses colocar Rogers no seu devido lugar como contributo ao movimento da Psicologia Positiva. Ninguém mais qualificado do que você aqui no Brasil para fazer isso. Ainda acho que deves fazê-lo! Você ensaia dizendo “A teoria de Rogers tem sido criticada por apresentar uma visão boa e ingênua da natureza humana”. Não apenas por isso se você procurar saber o que pensa Martin Seligman e os pesquisadores de seu grupo sobre Rogers e Maslow – Na apresentação de uma edição de Janeiro de 2000, onde ele faz uma Introdução a Psicologia Positiva com Mihaly Csikszentmihalyi, Rogers e Maslow são citados como aqueles que prometeram uma nova perspectiva que se opunha ao behaviorismo. Ele diz que a visão generosa teve um forte efeito na cultura e trouxe uma grande promessa. Mas, que entretanto a psicologia humanista não atraiu pesquisas de base empírica e proliferou terapêuticas de auto ajuda. Ele afirma que Rogers e Maslow enfatizaram o EU encorajaram o auto-centrismo e não priorizavam o bem estar coletivo. Como você responderia a esta crítica dos Psicólogos Positivos deste século? Será que o teu trabalho é uma tentativa de resposta? Volto a reforçar que acho que deves ser mais explícita e trazer a figura de Carl Rogers como um importante precursor do atual movimento da Psicologia Positiva. Dar mérito e crédito a quem merece, revelando a omissão dos autores atuais em citá-lo com a devida e real dimensão; Três integrantes da Divisão 32 da APA, escreveram um artigo intitulado “Contributions of Humanistic Psychology to Positive Psychology” e recomendo que você faça a leitura deste

material para uso em futuras publicações (há uma profunda reflexão teórico metodológica no texto).

Sugestões para futuros artigos:

- Ainda penso que há muito mais a contribuir na provocação do diálogo entre a teoria humanista de Rogers e a ecologia do desenvolvimento de Bronfenbrenner (por exemplo, usar as dimensões das díades, as cinco proposições para o desenvolvimento saudável, as características das pessoas e os processos proximais primários do último autor);
- Tecer algumas considerações sobre as possíveis relações entre os conceitos rogerianos, como tendência à atualização e o fenômeno da resiliência (capacidade, traço, pode ser promovido, pode ser desenvolvido? O que leva a que?);
- Como trabalhar com a experiência, com as competências dos terapeutas? Como formar rogerianos, terapeutas centrados nas pessoas, o que fazer com aqueles conhecimentos que os terapeutas não colocam em análise, que eu chamo de teorias implícitas. Você teria uma proposta?

Em síntese, considero de especial relevância a realização deste trabalho na ótica de sua contribuição social, teórica e metodológica.

De maneira geral, Elizabeth demonstrou na qualificação e continua demonstrando pela sua trajetória profissional brilhante que possui todos os requisitos necessários para ser uma pesquisadora importante que virá a ser uma marco no reconhecimento social das abordagens humanistas no Brasil.

Profa. Dra. Maria Angela Mattar Yunes

Porto Alegre, 25 de Agosto de 2006

**Parecer sobre a Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial à obtenção do grau de doutora pela
Ms. Elizabeth Schmitt Freire**

Com o Título

Desenvolvimento de um instrumento de avaliação de resultados em psicoterapia baseado na Teoria da Mudança Terapêutica de Carl Rogers

O desenvolvimento de novos instrumentos para avaliar a mudança terapêutica consiste em um importante passo para o aperfeiçoamento de pesquisas sobre a efetividade e a eficácia das psicoterapias. Neste sentido, a tese de doutorado da Ms. Elizabeth Schmitt Freire contribui muito para este campo da psicologia. O instrumento desenvolvido pela doutoranda foi chamado de Strathclyde Inventory (SI). Sua concepção teórica foi a teoria da terapia de Carl Rogers, representada pelas dimensões da mudança terapêutica (“Internal Locus of Evaluation”, “Openness to Experience”, “Self-Liking”, “Existential Living”, “Acceptance of Others” e “Psychological Adjustment”). A versão final do questionário contou com 30 itens, divididos em dois fatores, nomeados Congruence/Experiential Fluidity e Incongruence/Experiential Constriction, extraídos por meio de análise fatorial exploratória.

O resultado bi-fatorial, selecionados pelo método do “scree plot”, mostrou-se diferente do modelo teórico utilizado. Dentre estes dois fatores não houve uma divisão clara dos seis construtos teóricos. Esta ausência dos resultados teóricos poderia estar relacionada a algumas características do procedimento estatístico utilizado. Formas alternativas de resolver este problema seriam:

- a) Utilização de análise fatorial confirmatória (softwares como o Lisrel ou o AMOS fazem este tipo de análise);
- b) Substituição do método “scree plot” pelo método de Kaiser;
- c) Pré-definição de extração de seis fatores na análise fatorial exploratória;
- d) Aumento da amostra para propiciar uma estabilidade do modelo fatorial.

Ainda com relação à descrição da análise fatorial, sugiro incluir as comunalidades dos itens retidos no instrumento final.

Com relação às correlações referentes às medidas de validades convergentes descritas na Tabela 3, seria conveniente esclarecer o por quê dos dois fatores, mesmo sendo opostos, apresentarem sempre correlações na mesma direção com os outros instrumentos. Ainda na Tabela 3, é descrito na página 62, que o fator 2 (Incongruence/Experiential Constriction) apresenta índices de correlação absolutos maiores do que o fator 1. Esta diferença, entretanto, não parece ser significativa, o que demonstraria que os dois fatores se correlacionam com a mesma magnitude com todos os instrumentos avaliados.

As sugestões estatísticas acima descritas constituem-se apenas em maneiras alternativas em se fazer as análises que não invalidam, entretanto, as realizadas. Desta maneira, tendo em vista a qualidade do trabalho de Tese, parablenizo a autora Elizabeth Schmitt Freire e sua orientadora pelo trabalho realizado.

Maycoln L. M. Teodoro

Professor Adjunto do Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

DEDICATÓRIA

Aos meus amigos do Instituto Delphos,
Ao meu mestre Newton Tambara,
Com amor e gratidão....

AGRADECIMENTOS

Ao meu irmão Ricardo,
Sem o seu apoio incondicional, nada disso teria sido possível...

A minha filha Aninha,
Pela alegria, pela esperança, pela força que me transmite...

À minha irmã Cristina,
Sempre cuidando de mim, me nutrindo...

À Silvia,
Que acreditou em mim, me acolheu com amor e carinho e me ajudou a alçar vôo...

À Iara,
Pela ajuda incondicional, constante,
Meu braço direito e minha segunda filha....

Ao Mick,
Que apostou no meu potencial...

À Dona Maria e Seu Walfredo,
Por tudo...

Ao Deus que está em toda a parte e em cada um,
Que me sustenta, me fortalece, me inspira,
E que me conduziu até aqui...

ABSTRACT

**Development of a psychotherapy outcome measure
based on Rogers' theory of therapy change**

Current results from comparative outcome studies suggest the general equivalence of psychotherapeutic treatments based on different theories and techniques. One of the alternative explanations for this general finding of no difference in the outcome of therapy is that different outcomes do occur but are not detected by current research strategies. Therefore, given the importance of developing research assessing humanistic therapy's specific effects using rating scales designed to assess dimensions beyond symptom intensity or global evaluations, this study aimed to develop and to test the validity of a psychotherapeutic outcome measure based on Rogers's theory of therapy change, entitled the 'Strathclyde Inventory' (SI). It consists of 51 items developed according to Rogers' description of the 'fully functioning person'. The SI was responded by 122 participants, alongside a range of other instruments as a means of testing the validity of the measure. The discriminant validity was assessed by comparing it with CORE-OM (Clinical Outcome and Routine Evaluation Outcome Measure) and the 'Marlowe-Crowne Social Desirability Scale' and its convergent validity was assessed through comparisons with 'Rosenberg Self-Esteem Scale' and the 'Scales for Experiencing Emotions'. The instrument was found to have excellent item-reliability and showed good convergence with related measures. It was not substantially associated with social desirability, but showed greater than desired overlap with clinical distress. An exploratory factor analysis suggested two components identified as Congruence/Experientially Fluidity and Incongruence/Experiential Constriction factors. A revised version of the measure has been developed and is currently being tested.

RESUMO

Desenvolvimento de um instrumento de avaliação de resultados em psicoterapia baseado na teoria da mudança terapêutica de Carl Rogers

Ensaio clínico comparativo e estudos de meta-análise têm sugerido a equivalência de resultados das psicoterapias baseadas em teorias e técnicas distintas. Uma das possíveis explicações para este paradoxo é a de que resultados diferentes ocorrem, mas não são detectados pelas estratégias atuais de pesquisa. Portanto, considerando a importância do desenvolvimento de instrumentos de pesquisa que sejam capazes de mensurar os efeitos específicos das terapias humanistas, que vão além da redução de sintomas e da melhora do funcionamento global, este estudo visou desenvolver e testar a validade de um instrumento de avaliação de resultados de psicoterapia baseado na teoria da mudança terapêutica de Carl Rogers, denominado 'Inventário Strathclyde'. O instrumento consiste de 51 itens desenvolvidos de acordo com a descrição de Rogers da 'pessoa em funcionamento pleno'. O inventário foi respondido por 122 participantes juntamente com uma bateria de outros instrumentos a fim de testar sua validade. A validade discriminante foi avaliada através da comparação com Clinical Outcome and Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM) e com a Escala Marlowe-Crowne de Desejo de Aceitação Social. A validade convergente foi avaliada através da comparação com Scales for Experiencing Emotions e com a Escala de Auto-Estima de Rosenberg. O instrumento apresentou excelente consistência interna e boa convergência com constructos relacionados. Ele não está substancialmente associado com desejo de aceitação social, mas apresentou uma sobreposição maior do que a desejada com o fator de 'sofrimento psíquico'. Uma análise fatorial exploratória sugeriu dois componentes, identificados como Congruência/Fluidez Experiencial e Incongruência/Construção Experiencial.

Sumário

LISTA DE FIGURAS	16
LISTA DE TABELAS	17
CAPÍTULO I. INTRODUÇÃO.....	18
1.1. Apresentação	18
1.2. A teoria da terapia e da personalidade de Rogers	18
1.2.1. A tendência atualizante	18
1.2.2. O campo da experiência.....	23
1.2.3. Autoconceito ou estrutura do eu	24
1.2.4. Processo de valoração organísmico	24
1.2.5. Necessidade de consideração positiva	24
1.2.6. Condições de valor.....	25
1.2.7. O <i>locus</i> externo de avaliação da experiência	27
1.2.8. A incongruência entre o autoconceito e a experiência.....	27
1.2.9. A experiência da ameaça e o processo de defesa.....	29
1.2.10. As condições do processo terapêutico	29
1.2.11. O processo da terapia	33
1.2.12. A mudança terapêutica.....	34
1.3. Pesquisas de resultados na psicoterapia centrada na pessoa	41
1.3.1. Pesquisas pioneiras em psicoterapia	41
1.3.2. O projeto de Wiscosin: Um divisor de águas	44
1.3.3. Pesquisas atuais de resultados na psicoterapia centrada na pessoa.....	46
1.3.4. Pesquisas sobre as condições centrais da hipótese rogeriana	48
1.3.5. Ensaios clínicos controlados e aleatórios.....	50
1.3.6. Meta-análise da efetividade das psicoterapias humanistas	51
1.3.7. O veredicto do Pássaro Dodô.....	52
1.4. Instrumentos para avaliação de resultados da psicoterapia centrada na pessoa.....	53
1.4.1. Q-Sort.....	54
1.4.2. Questionários de Autoconceito	55
1.4.3. Inventário de Orientação Pessoal.....	56
1.4.4. Inventário de Sentimentos, Reações e Crenças	56

	15
1.4.5. Escalas de Experienciação de Emoções.....	57
1.5. Objetivos	58
CAPÍTULO II. MÉTODO.....	59
2.1. Item Preparation	59
2.2. Participants	61
2.3. Measures	61
2.4. Procedures	62
CAPÍTULO III. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	63
3.1. Descriptive Analysis	63
3.2. Item Selection.....	65
3.3. Exploratory Factor Analysis	65
3.4. Internal Consistency, Convergent and Discriminant Validity	68
3.5. Discussion	71
CAPÍTULO IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS	74
ANEXOS	
A. STRATHCLYDE INVENTORY	86
B. SCALES FOR EXPERIENCING EMOTIONS - SEE.....	89
C. ROSENBERG SELF-ESTEEM SCALE.....	93
D. CLINICAL OUTCOMES AND ROUTINE EVALUATION OUTCOME MEASURE	95
E. MARLOWE-CROWNE SOCIAL DESIRABILITY SCALE.....	98
F. CARTA PARA PARTICIPANTE	100
G. STRATHCLYDE INVENTORY – VERSÃO 2	102

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Boxplot of mean score for all items	63
Figura 2. Histogram of SI scores	64
Figura 3. Error bar graph showing confidence intervals of SI mean scores for participants with conseling and non-counselling related occupations	64
Figura 4. Scree plot of the eigenvalues in the factor analysis	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Dimensions and Items of the Strathclyde Inventory	59
Tabela 2. Rotated Factor Matrix Loadings, Means and Standard Deviations	66
Tabela 3. Spearman Correlations with Referential Measures	70

CAPÍTULO I. INTRODUÇÃO

1.1. Apresentação

Esta tese foi desenvolvida durante meu estágio doutoral no Counselling Unit da University of Strathclyde, Escócia, centro de excelência internacional em formação e pesquisa na Psicoterapia Centrada na Pessoa, com a co-orientação de Dr. Mick Cooper, Professor em Counselling e diretor do Counselling Unit da University of Strathclyde, e de Dr. Robert Elliott, Professor em Clinical Psychology e diretor do Center for the Study of Experiential Psychotherapy da University of Toledo, EUA.

A tese está dividida em três partes. A primeira parte consiste da introdução dos conceitos teóricos relativos ao tema com a necessária revisão da literatura. A segunda parte, composta de método, resultados e discussão, está redigida em inglês, pois foi extraída de um artigo realizado sob a orientação direta do Dr. Robert Elliott. A terceira parte consiste de considerações finais sobre a relevância e as implicações deste estudo.

1.2. A teoria da terapia e da personalidade de Rogers

A teoria da terapia e da personalidade que fundamenta a psicoterapia centrada na pessoa¹ foi sistematizada por Rogers em duas oportunidades: em 1951, na forma de dezenove proposições, no livro *Terapia Centrada no Cliente* (Rogers, 1951) e posteriormente, em 1959, numa forma mais completa e rigorosa (Rogers, 1959), escrita a convite da *American Psychological Association* para uma série de publicações sobre teorias da personalidade. Os principais conceitos e proposições desta teoria são apresentados a seguir.

1.2.1. A tendência atualizante

A tendência atualizante é o constructo fundamental da teoria da personalidade de Rogers (Bozarth, 1998; Bozarth & Brodley, 1991; Brodley, 1999). Rogers definiu-a como “a tendência inerente ao organismo para desenvolver todas as suas capacidades em direções que sirvam para manter ou aperfeiçoar o organismo” (Rogers, 1959, p. 196). A tendência atualizante está presente em todo organismo vivo e, no ser humano, se manifesta como um fluxo direcional no sentido de

¹ Também chamada de “Terapia Centrada no Cliente”.

um desenvolvimento mais completo e complexo. Para Rogers (1978), a atualização é a única e básica motivação do ser humano, ou o substrato de toda motivação.

1.2.1.1. Características da tendência atualizante

Brodley (1999), ao analisar o conceito da tendência atualizante no contexto da teoria da personalidade de Rogers, distinguiu as seguintes características neste constructo:

- Individual e universal

A tendência atualizante é ao mesmo tempo individual e universal (Rogers, 1980). A expressão desta tendência é sempre única para cada indivíduo, ao mesmo tempo, em que é a tendência motivadora de todos os organismos.

- Ubíqua e constante

A tendência atualizante é ubíqua e constante (Rogers, 1978; Rogers & Sanford, 1984). É a motivação para todas as atividades, para todos os comportamentos, em todos os níveis de funcionamento do indivíduo, em todas as circunstâncias. A tendência atualizante opera tanto sob circunstâncias favoráveis quanto desfavoráveis para manter e enriquecer o indivíduo. É intrínseca às respostas do indivíduo aos estímulos e à manutenção de sua integridade. É a energia e direção de cada momento da vida da pessoa. Se a pessoa está viva, então a tendência atualizante está operando: “Isto é a verdadeira natureza do processo que chamamos vida. Esta tendência é operativa a todo momento, em todos os organismos. Na verdade, é somente a presença ou ausência deste processo direcional total que nos permite dizer se um determinado organismo está vivo ou morto” (Rogers, 1978, p. 239).

- Processo direcional

A tendência atualizante possui uma direção construtiva. É, portanto, um processo seletivo, pois não envolve o desenvolvimento de todas as potencialidades do organismo, como por exemplo, a capacidade para sentir náusea, ou a capacidade para a auto-destruição, mas somente das potencialidades que promovem a integridade, a preservação e o desenvolvimento do indivíduo.

- Autonomia

A tendência atualizante opera na direção da autonomia e no sentido contrário à heteronomia (Rogers, 1963). “A pessoa se move *inerentemente* na direção da auto-regulação e autodeterminação” (Brodley, 1999, p. 111).

- Atualização do eu

A ‘atualização do eu’ (*self-actualization*), na teoria da personalidade de Rogers de 1959², é definida como a expressão da tendência atualizante na porção da experiência do organismo que é simbolizada como “eu”. A tendência à “atualização do eu” é, portanto, um “sub-sistema” da tendência geral atualizante do organismo, constituindo um “sub-aspecto” da motivação (Rogers, 1959). “A atualização do eu se refere a uma ramificação da tendência atualizante que ocorre com o desenvolvimento do eu, com parte desta tendência dedicando-se atualizante da estrutura do eu” (Ford, 1991, p.104). A teoria do sub-sistema do “eu” explica porquê muitos comportamentos do indivíduo parecem contradizer a direcionalidade construtiva da tendência atualizante (ver tópico 1.2.8. A incongruência entre o autoconceito e a experiência) .

- Natureza pró-social do ser humano

O comportamento social construtivo é uma direção básica da tendência atualizante (Rogers, 1982). Os aspectos pró-sociais da tendência atualizante, segundo Brodley (1999) são: capacidade para identificação que leva a sentimentos de simpatia por outras pessoas, capacidade para empatia, tendência para afiliação, vinculação, comunicação, cooperação e colaboração social, capacidade para formação de regras morais e éticas e a tendência a se esforçar para viver de acordo com estas regras. Contudo, Brodley observa que, devido à complexidade da natureza social humana, a expressão desta tendência pró-social é inevitavelmente influenciada por contextos sociais e culturais.

Rogers (1958) afirma que o ser humano, quando livre da defensividade, revela uma natureza socialmente construtiva:

² Ford (1991) demonstra que Rogers modificou o significado teórico do conceito de “atualização do eu” no seu “magnum opus” *A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships, as Developed in the Client-Centered Framework* publicado em 1959. Em escritos anteriores, Rogers não diferenciava o conceito de tendência atualizante do conceito de tendência atualizante do eu, estes eram utilizados indistintamente, como tendo o mesmo significado.

“[o homem], quando você o conhece profundamente, em seus piores e mais perturbados estados, não é mal nem demoníaco... Não precisamos perguntar quem irá socializá-lo, porque uma de suas necessidades mais profundas é a de afiliação e comunicação com outros. Quando somos capazes de libertar o indivíduo da defensividade, de forma que esteja aberto à larga extensão de suas próprias necessidades, bem como à larga extensão das demandas sociais e ambientais, pode-se confiar que suas reações serão positivas, dirigidas para a frente, construtivas” (p.28).

1.2.1.2. A expressão da tendência atualizante sob condições desfavoráveis

Brodley (1999) considera que o comportamento de uma pessoa possui outros determinantes além da tendência atualizante, como as características inatas e aprendidas e as circunstâncias de vida da pessoa. A interação dinâmica da tendência atualizante com estas outras causas podem ou não resultar em comportamentos organicamente construtivos ou no que a sociedade considera como construtivos. Segundo a autora, as circunstâncias vividas por muitas pessoas, provavelmente pela maioria das pessoas, não são apropriadas para o desenvolvimento pleno de muitas de suas potencialidades. Mas a tendência atualizante persiste, e não é menos forte, menos presente, ou menos funcional, sob circunstâncias desfavoráveis. “A tendência atualizante pode, é claro, ser frustrada, mas não pode ser destruída sem que se destrua o organismo (Rogers, 1980, p.118)”.

A expressão da tendência atualizante, ou os resultados do processo de atualização, podem, portanto, ser mais ou menos distorcidos ou tolhidos dependendo das circunstâncias desfavoráveis. Rogers (1978, 1980) utilizou uma imagem originada de suas lembranças da infância, a imagem de uma caixa de batatas que brotaram mesmo na escuridão gelada do porão de sua casa, como uma metáfora da maneira como a tendência atualizante se manifesta mesmo sob as condições mais desfavoráveis. Ele conta que, durante o inverno, havia uma lata no porão, um metro abaixo de uma pequena janela, que armazenava o suprimento de batatas para o inverno. Apesar das condições serem desfavoráveis, as batatas brotaram e puderam crescer de 60 a 90 centímetros em direção à luz distante da janela. Mas seus brotos eram brancos, pálidos, espigados, bem diferentes dos brotos verdes saudáveis que exibiriam se plantadas no solo, na primavera:

“Em seu crescimento fútil, bizarro, eram uma espécie de expressão desesperada da tendência direcional que estou descrevendo. Nunca se

tornariam uma planta, nunca amadureceriam, nunca preencheriam suas potencialidades reais. Entretanto, sob as mais adversas circunstâncias, lutavam para tornar-se. A vida não desistiria, mesmo se não pudesse florescer” (Rogers, 1978, p.8).

Ao tratar indivíduos cujas vidas foram “terrivelmente emaranhadas”, homens e mulheres que foram abandonados em enfermarias de hospitais públicos, Rogers (1978) se lembrava destes brotos de batata. As condições em que estas pessoas se desenvolveram foram tão desfavoráveis que

“(..) suas vidas muitas vezes parecem anormais, distorcidas, dificilmente humanas (...). Entretanto, deve-se confiar na tendência direcional que nelas existe. O indício para entender seu comportamento é de que estão se esforçando, do único modo que lhes é possível, para alcançar o crescimento, para tornar-se alguém. Para nós, os resultados podem parecer bizarros e fúteis, mas são tentativas desesperadas da vida para tornar-se ela mesma” (p.8).

1.2.1.3. A tendência atualizante como um conceito heurístico

Brodley (1999) considera que a tendência atualizante é um conceito heurístico, que pode ser utilizado como um guia fértil para a compreensão do comportamento humano. O pressuposto da tendência atualizante é de que o indivíduo está necessariamente atualizando sua natureza da melhor forma que pode dentro das circunstâncias. Enquanto conceito heurístico, este pressuposto promove uma abordagem fenomenológica do comportamento humano, ao procurar alcançar o mundo subjetivo do indivíduo e as suas percepções dentro do seu contexto. Isto implica escutar a pessoa a fim de compreender seus objetivos, seus sentimentos e o significado pessoal que estão envolvidos em seu comportamento. Uma compreensão do comportamento humano baseada no pressuposto da tendência atualizante, ao focalizar a atenção na percepção que o indivíduo tem de sua situação, pode fornecer significados construtivos para comportamentos destrutivos.

Uma investigação baseada no pressuposto da tendência atualizante, segundo Brodley (1999), faria as seguintes perguntas:

- Como a motivação da pessoa para a atualização foi expressa neste comportamento

destrutivo?

- Quais são as realidades internas, subjetivas ou as circunstâncias externas que estão distorcendo os resultados da direção inerentemente construtiva e pró-social da pessoa?
- Como o comportamento destrutivo está servindo para a manutenção, integração e satisfação da pessoa?

As respostas a estas perguntas tendem a dar sentido a comportamentos destrutivos. Brodley (1999) considera que esta compreensão promove compaixão e geração de soluções criativas e humanas para os problemas humanos. O princípio da tendência atualizante, ao promover a compreensão dos significados construtivos de comportamentos socialmente destrutivos, faz emergir uma atitude de respeito pela pessoa e por sua capacidade inata de autodeterminação.

1.2.2. O campo da experiência

Rogers (1959) utiliza o termo *campo da experiência* para se referir ao mundo particular de experiências do indivíduo, que inclui todas as experiências que se passam no seu organismo e que estão potencialmente disponíveis à consciência. Ou seja, o campo da experiência engloba tanto as experiências que o indivíduo está consciente no momento quanto aquelas de que ele não está consciente mas que estão potencialmente disponíveis à consciência. Rogers assinala que, no mundo particular de experiências do indivíduo, uma porção muito pequena é *conscientemente* experienciada. A maior parte das experiências encontra-se apenas *disponível* para a consciência e pode se tornar consciente se estiver associada à satisfação de alguma necessidade do indivíduo no momento. Por exemplo, a sensação de fome faz parte do campo da experiência de um indivíduo mesmo que ele esteja tão envolvido pelo seu trabalho que não esteja percebendo esta sensação. Da mesma forma, o impacto de visões, sons e cheiros no organismo também faz parte do campo da experiência, mesmo que não seja o foco da atenção do indivíduo no momento. Rogers também denomina estas experiências de *organísmicas*, ou experiências *sensoriais e viscerais*.

Entretanto, Rogers (1959) ressalta que o conceito de *campo da experiência* engloba apenas as experiências do momento presente, ele não é uma acumulação de experiências passadas. As experiências passadas só fazem parte do campo da experiência quando a memória destas experiências está ativa no momento, influenciando o significado dos estímulos do presente.

1.2.3. Autoconceito ou estrutura do eu

Rogers (1959) define o ‘autoconceito’ ou ‘estrutura do eu’ como sendo o padrão organizado de percepções do eu e do eu-em-relacionamento com os outros e com o ambiente, juntamente com os valores associados a essas percepções. De acordo com Rogers, o autoconceito é uma configuração fluida e mutável, uma *gestalt* na qual a alteração de um aspecto menor pode alterar completamente o padrão do todo. Ele está disponível à consciência embora não seja necessariamente consciente. O indivíduo sempre procura agir de uma maneira coerente com as suas percepções e valores. Por este motivo, o autoconceito é o quadro de referência para as escolhas, atitudes e comportamentos do indivíduo. Desta forma, quando o autoconceito se modifica, o comportamento também muda a fim de tornar-se coerente com a nova organização do campo perceptual. Apesar dos termos *estrutura do eu* e autoconceito serem sinônimos, Rogers assinala que o termo *autoconceito* é mais utilizado quando se faz referência à visão que a pessoa tem de si mesma, ao passo que o termo *estrutura do eu* é mais utilizado quando se faz referência a esta *gestalt* a partir de um quadro externo de referência.

1.2.4. Processo de valoração organísmico

Segundo Rogers (1959), o organismo está continuamente atribuindo valores às experiências de acordo com a satisfação experimentada nelas. As experiências que mantêm e aperfeiçoam o organismo são valoradas positivamente ao passo que as experiências que o ameaçam ou que não o preservam recebem um valor negativo. Ou seja, a tendência atualizante é utilizada como critério pelo organismo para atribuir valores às suas experiências. Nesse processo de valoração, os valores não são fixos ou rígidos, mas são continuamente renovados a partir da experiência real do momento. Rogers ilustra esse processo de valoração organísmico com o comportamento do bebê, que valoriza a comida quando está com fome e que, quando satisfeito, a rejeita; ou que valoriza a estimulação em determinado momento e valoriza somente o repouso em outro.

1.2.5. Necessidade de consideração positiva

O conceito de consideração positiva e os outros conceitos a ele associados (*necessidade de consideração positiva*, *consideração positiva incondicional*, *autoconsideração positiva* e *condições de valor* - que serão definidos a seguir) foram introduzidos por Rogers em sua teoria a

partir da contribuição de Stanley Standal, seu aluno na Universidade de Chicago. Standal (1954) desenvolveu estes constructos na sua tese de doutorado: “*A necessidade de consideração positiva: uma contribuição para a teoria centrada-no-cliente*”. Até então, Rogers (1951) utilizara os conceitos de *aceitação* ao invés de consideração positiva e *valores introjetados* ao invés de *condições de valor*. Rogers (1959) incorporou os constructos desenvolvidos por Standal porque eles preenchiam algumas lacunas que haviam sido identificadas em sua teoria de 1951. Rogers reconheceu também que os constructos formulados por Standal apresentavam um caráter mais preciso e rigoroso (e, portanto, mais científico) do que os termos *aceitação* e *valores introjetados*, até então utilizados em sua teoria³.

Assim, em 1959, Rogers definiu a *necessidade de consideração positiva* como sendo a necessidade do indivíduo de perceber que as experiências que emergem do seu eu (ou *experiências do eu*) afetam o campo experiencial da outra pessoa de uma maneira positiva (Rogers, 1959). A consideração positiva envolve, em geral, os sentimentos e atitudes de calor, acolhida, respeito e aceitação.

1.2.6. Condições de valor

De acordo com Rogers (1959), a necessidade de consideração positiva se desenvolve na criança à medida em que emerge a sua *consciência do eu*. Para saber se está sendo amada ou não, a criança aprende a perceber em cada gesto, atitude e expressão de sua mãe (e de cada pessoa socialmente significativa para ela) sinais indicadores da presença ou ausência de consideração positiva em relação a ela. Gradualmente, ela vai percebendo que certas experiências que emergem do seu eu recebem consideração positiva das pessoas significativas ao passo que outras experiências recebem uma consideração negativa. As *experiências do eu* que são associadas à consideração positiva das pessoas socialmente significativas formam um sistema complexo, ou uma gestalt, que Standal (1954) denominou de *complexo de consideração*.

³ Moon, Rice & Schneider (2001), ao analisarem a influência do trabalho de Standal para a teoria de Rogers, concluem que: “muitos estudantes de pós-graduação, terapeutas e acadêmicos trabalharam com Rogers no curso do desenvolvimento da teoria centrada-no-cliente. Ocorreram discussões e trocas de idéias com infusão de vários pensadores. Mesmo uma análise bibliográfica detalhada de cada texto para discussão, tese e artigo de autoria dos estudantes e equipe da Ohio State University e do antigo *Counseling Center* não nos contaria necessariamente quem contribuiu exatamente com que idéia e quando. A origem da idéia de consideração positiva incondicional sem dúvida resultou da contribuição de múltiplas linhas seminais. (...) As hipóteses, linguagem e argumentos de Standal permeiam os constructos terapêuticos centrais da teoria centrada-no-cliente e dominam extensas seções do artigo de 1959, a formulação teórica mais formal de Rogers. Uma aceitação não-discriminativa do terapeuta em relação à experiência do cliente em combinação com a introjeção do cliente da aceitação do terapeuta tinha sido previamente identificada como um possível fator para a mudança do cliente. Standal postulou uma explicação para este fenômeno que foi adotada integralmente por Rogers”. (p. 33-34)

No momento em que a mãe, ou outra pessoa socialmente significativa, expressa consideração positiva em relação à criança, esta consideração positiva é transmitida a todo o *complexo de consideração* associado a esta pessoa. Sendo assim, cada interação da criança com uma pessoa socialmente significativa pode alterar todo o *complexo de consideração* associado a esta pessoa de maneira que cada nova experiência de rejeição pode abalar toda a história de consideração positiva já recebida desta pessoa. Portanto, uma desaprovação específica da mãe em relação a algum comportamento específico da criança (como, por exemplo, o de bater no seu irmão menor), pode ser experienciada pela criança como uma desaprovação geral a todo o seu eu. Por este motivo, a necessidade de consideração positiva se torna tão poderosa que a criança passa a guiar o seu comportamento não mais pelo grau em que uma experiência mantém ou aperfeiçoa o organismo, mas pela probabilidade de receber consideração positiva, ou amor, das pessoas que lhe são significativas (Rogers, 1959).

Quando uma *experiência do eu* está relacionada ao complexo de consideração de uma pessoa significativa, a criança experencia a satisfação da sua necessidade de consideração positiva, mesmo que esta pessoa não esteja mais presente na interação. Da mesma forma, quando uma *experiência do eu* não está relacionada ao complexo de consideração, a criança experencia a frustração da sua necessidade de consideração positiva mesmo na ausência desta pessoa. Em suma, a criança passa a ter a experiência de satisfação ou frustração da necessidade de consideração positiva em associação às suas *experiências do eu*, independentemente da interação real com as pessoas socialmente significativas. A consideração positiva experienciada desta maneira foi denominada por Standal (1954) de *autoconsideração*. Quando isto ocorre, a criança se torna a *pessoa socialmente significativa dela mesma*: é ela própria quem passa a satisfazer ou frustrar sua necessidade de autoconsideração positiva.

A fim de satisfazer a necessidade de autoconsideração, a criança passa a atribuir ao seu comportamento os mesmos valores atribuídos pelas pessoas socialmente significativas. Isto é, a criança passa a valorar o seu comportamento de acordo com *valores introjetados*. Os comportamentos que são valorados de forma positiva pelas pessoas socialmente significativas passam a ser valorados positivamente pela criança mesmo que não sejam experienciados organicamente como satisfatórios. Da mesma forma, os comportamentos que são valorados de forma negativa pelas pessoas socialmente significativas passam a ser valorados negativamente pela criança, mesmo que eles não sejam realmente experienciados como insatisfatórios (Rogers, 1959).

Quando a pessoa se comporta de acordo com estes valores introjetados, Standal (1954) diz

que ela adquiriu *condições de valor*. O indivíduo que adquiriu *condições de valor* somente experencia uma consideração positiva por si mesmo se vive em termos dessas condições. Ele passa a buscar ou evitar comportamentos somente por causa destas *condições introjetadas de autoconsideração*, quase que sem relacionar com as conseqüências orgânicas destes comportamentos. Isto é, ele substituiu o processo de valoração orgânico da experiência por condições de valor introjetadas.

Segundo Rogers (1959), as condições de valor não se desenvolveriam se a criança recebesse uma *consideração positiva incondicional* das pessoas significativas, isto é, se todas as *experiências do eu* da criança recebessem a mesma consideração positiva. Em outras palavras, se a criança se sentisse sempre valorizada, se todos seus sentimentos fossem igualmente aceitos (mesmo que alguns comportamentos fossem reprovados), então nenhuma condição de valor se desenvolveria e a criança seria capaz de reter a sua própria avaliação orgânica de cada experiência.

1.2.7. O *locus* externo de avaliação da experiência

De acordo com Rogers (1959), o indivíduo que adquiriu condições de valor falsifica os valores que o seu próprio organismo experencia e os substitui pelos valores que estas experiências têm para os outros. Isto significa que, ao invés de ele ser o centro do seu processo de avaliação, ele passa a utilizar um *locus* externo de avaliação. Os julgamentos e valores dos outros se tornam o critério que ele utiliza para avaliar a sua própria experiência.

1.2.8. A incongruência entre o autoconceito e a experiência

Rogers (1959) assinala que quando o indivíduo adquire *condições de valor*, ele passa a perceber sua experiência de forma seletiva, em função dos valores que foram introjetados. A fim de satisfazer sua necessidade de autoconsideração positiva, ele passa a perceber e simbolizar acuradamente na consciência somente as experiências que estão de acordo com estas *condições de valor*. As experiências que contrariam estas *condições de valor* não são acuradamente simbolizadas na consciência: elas são percebidas de forma distorcida ou são negadas à consciência. Desta forma, elas deixam de ser reconhecidas como *experiências do eu* e não são integradas ao autoconceito.

Esta percepção seletiva da experiência em função das *condições de valor* gera, portanto, um estado de *incongruência* entre o autoconceito e a experiência orgânica. Por um lado, o

autoconceito do indivíduo passa a incluir percepções distorcidas que não representam acuradamente sua experiência e, por outro lado, aspectos organísmicos de sua experiência são excluídos do autoconceito. Neste estado de incongruência, o indivíduo não consegue viver como uma pessoa unificada, integrada, pois seu comportamento passa a ser regulado algumas vezes pelo autoconceito e outras vezes pelas experiências organísmicas que não foram incluídas no autoconceito (Rogers, 1959).

Essa divisão da personalidade também gera uma cisão na tendência atualizante (Rogers, 1959). A *tendência atualizante do eu* é um subsistema da tendência atualizante que se expressa no sentido da atualização do eu. Se o autoconceito e a experiência total do organismo são relativamente congruentes, então a tendência atualizante permanece relativamente unificada. Mas se o autoconceito e a experiência se tornam incongruentes, então a tendência geral atualizante do organismo pode trabalhar em sentido contrário ao subsistema da tendência atualizante do eu. Rogers (1978) considera esta dissociação ou ruptura da tendência atualizante “uma canalização perversa de parte da tendência atualizante em comportamentos que não atualizam” (p. 247).

Rogers (1959) assinala que a *incongruência* representa um estado de tensão e confusão interna, pois o comportamento do indivíduo passa a ser regulado em alguns aspectos pela tendência atualizante organísmica geral e em outros aspectos pela tendência atualizante do eu, produzindo assim comportamentos divergentes e incompreensíveis. O comportamento se torna incompreensível para o indivíduo porque não está de acordo com o que o ele conscientemente “quer” fazer, que é atualizar um eu que não está mais congruente com sua experiência. Diz Rogers (1951/1992):

É neste ponto que o indivíduo entra no caminho que, mais tarde, descreverá como ‘eu, na verdade, não me conheço direito’. As reações sensoriais e viscerais primárias são ignoradas, ou não têm permissão para vir à consciência, exceto em forma distorcida. Os valores que poderiam ser desenvolvidos a partir delas não podem ser admitidos à consciência. Um autoconceito baseado, em parte, numa simbolização distorcida tomou o lugar deles (p. 569).

1.2.9. A experiência da ameaça e o processo de defesa

Segundo Rogers (1959), as experiências do organismo que são significativamente inconsistentes com o autoconceito não podem ser direta e livremente admitidas à consciência pois representam ameaças ao eu. Se estas experiências fossem simbolizadas acuradamente na consciência, o autoconceito se tornaria inconsistente, as condições de valor seriam violadas e a necessidade de autoconsideração seria frustrada. Isto tudo levaria a um estado de ansiedade. O *processo de defesa* é a reação do organismo que impede que estes eventos ocorram. O objetivo do processo de defesa, portanto, é preservar o autoconceito. Este objetivo é alcançado de duas formas: através da *distorção* do significado da experiência (de forma a torná-la consistente com o autoconceito) ou através da *negação* da existência da experiência, evitando assim qualquer ameaça ao eu.

Mas como o indivíduo pode perceber uma experiência como ameaçadora sem ainda ter tido consciência dela? Rogers (1959) ficou intrigado com esta questão, que parecia envolver um processo de perceber sem perceber. Neste sentido, McCleary e Lazarus (1949) deram uma contribuição fundamental à teoria, ao pesquisarem a relação entre percepção e consciência e concluírem que um indivíduo é capaz de discriminar um estímulo como ameaçador e reagir organicamente a ele mesmo sem ter reconhecido conscientemente o estímulo a que está reagindo. Eles formularam o conceito de *subcepção* para se referir a este processo de pré-percepção. A subcepção foi definida, então, como uma reação orgânica fisiológica avaliatória e discriminatória à experiência, que pode preceder a percepção consciente dessa experiência. É esta capacidade que permite ao indivíduo discriminar uma experiência como ameaçadora sem que ocorra uma simbolização na consciência desta ameaça.

Rogers (1959) salienta que as experiências que são negadas à consciência ou distorcidas na sua simbolização são aquelas *inconsistentes* com o autoconceito, e que estas não são necessariamente experiências negativas ou depreciativas para o indivíduo. Ou seja, até mesmo as experiências valorizadoras e positivas podem ter sua simbolização negada ou distorcida, se estas forem inconsistentes com o autoconceito.

1.2.10. As condições do processo terapêutico

Rogers (1959) postula que seis condições são necessárias e suficientes para promover uma mudança construtiva da personalidade:

1. Que duas pessoas estejam em contato psicológico;

2. Que a primeira, a quem chamaremos cliente, esteja num estado de incongruência, estando vulnerável ou ansiosa;
3. Que a segunda pessoa, a quem chamaremos de terapeuta esteja congruente ou integrada na relação;
4. Que o terapeuta experiencie uma consideração positiva incondicional pelo cliente;
5. Que o terapeuta experiencie uma compreensão empática do quadro interno de referência do cliente e se esforce por comunicar esta experiência ao cliente;
6. Que o cliente perceba, pelo menos num grau mínimo, a consideração positiva incondicional e a compreensão empática do terapeuta em relação a ele (p. 213).

Rogers (1959) afirma que se estas condições estiverem presentes e persistirem por um certo período de tempo, então o processo da mudança construtiva da personalidade ocorrerá. Rogers também postula que estas condições são suficientes, isto é, que mais nenhuma outra condição é necessária para que ocorra a mudança terapêutica. As condições relativas ao terapeuta (congruência, consideração positiva incondicional e compreensão empática) foram denominadas, na literatura de língua inglesa, de “condições centrais” (*core conditions*) e no Brasil são conhecidas como *atitudes facilitadoras*. A hipótese de Rogers (1957a) é de que essas condições são essenciais para todas as psicoterapias e para todas as relações de ajuda que tenham a mudança terapêutica da personalidade como objetivo.

As condições centrais da hipótese rogeriana impulsionaram a pesquisa em psicoterapia durante mais de três décadas e tornaram-se um marco de referência não somente para a psicoterapia centrada na pessoa como para as relações de ajuda em geral (Bozarth, Zimring, & Tausch, 2002). Ainda hoje elas permanecem como um tópico relevante e discutido no âmbito da psicoterapia (ver tópico 1.3.1.).

1.2.10.1. Consideração positiva incondicional

Rogers (1957, 1959) define a consideração positiva incondicional como sendo uma aceitação calorosa de cada aspecto da experiência de outra pessoa. Ter uma experiência de consideração positiva incondicional em relação a outra pessoa significa não colocar condições para a aceitação ou para a apreciação desta pessoa. É o oposto de uma atitude de apreciação

seletiva (do tipo: eu aceito você apenas se você for desta ou daquela maneira). A consideração positiva incondicional implica num cuidado não-possessivo, numa forma de apreciar o outro como uma pessoa individualizada a quem se permite ter os seus próprios sentimentos, suas próprias experiências. O terapeuta que vivencia a atitude de consideração positiva incondicional considera o cliente como uma pessoa de valor exatamente pelo que ele é, simplesmente por ser. O cliente não precisa mudar ou ser diferente para ser aceito pelo terapeuta. Tudo que o cliente expressa sobre si mesmo é igualmente aceito com calor, estima e respeito. O cliente pode ter seus próprios sentimentos e experiências e dar a estes sentimentos e experiências o seu próprio significado.

1.2.10.2. Compreensão empática

Compreender empaticamente significa perceber acuradamente o quadro interno de referência de outra pessoa como se fosse o seu próprio, com os seus significados e componentes emocionais, sem, contudo, perder a condição de *como se* (Rogers, 1959). Na relação terapêutica, a empatia envolve uma completa dedicação e compromisso do terapeuta em experienciar com aceitação o mundo interno do cliente. Rogers (1980) assinala que para vivenciar o modo de ser empático, o terapeuta necessita deixar de lado o seu próprio ponto de vista e valores para entrar no mundo do cliente sem preconceitos e sem julgamentos. O terapeuta deixa de ser um observador externo para se tornar um participante, para viver junto com o cliente os sentimentos e as atitudes que ele está tentando expressar. O terapeuta se torna um “companheiro confiante” do cliente em seu mundo interior. Para Rogers, portanto, a empatia é muito mais do que uma técnica terapêutica, ela é um “jeito de ser”, que requer sensibilidade constante do terapeuta quanto aos sentimentos e significados que estão sendo experienciados pelo cliente. Mas para vivenciar este “jeito de ser” empático, o terapeuta precisa pôr de lado o seu próprio eu, o que, segundo Rogers, só pode ser feito por uma pessoa “suficientemente segura de que não se perderá no mundo possivelmente estranho ou bizarro do outro e de que poderá voltar sem dificuldades ao seu próprio mundo quando assim o desejar” (p.143).

Rogers (1951) considera que para poder perceber o mundo do cliente com empatia, o terapeuta não pode estar pensando ao mesmo tempo em diagnosticar ou em avaliar o processo do cliente. A compreensão diagnóstica envolve a utilização de *quadros de referência externos* ao campo fenomenológico do cliente para avaliar (e, de certa forma, julgar) se seus comportamentos e experiências são “adequados” ou “inadequados”, “maduros” ou “imaduros”, “normais” ou “patológicos”. A compreensão empática, pelo contrário, envolve uma atitude não-avaliativa e de

aceitação (isto é, de não-julgamento). Raskin (2005) assinala que quando o terapeuta se esforça ao máximo para entrar na pele do cliente, para “chegar dentro e viver as atitudes expressas, em vez de observá-las”, simplesmente não sobra espaço em sua mente para realizar qualquer outro tipo de atividade, como avaliação ou diagnóstico (pp. 330-331). Ou seja, a compreensão empática e a compreensão diagnóstica não são apenas totalmente diferentes, como são também completamente excludentes. Portanto, Rogers (1946) conclui que o terapeuta deve deixar de lado sua preocupação com o diagnóstico, deve se livrar de sua tendência para fazer avaliações e prognósticos, deve renunciar à tentação de guiar sutilmente o cliente e deve se concentrar num único propósito: o de compreender empaticamente o cliente.

1.2.10.3. Congruência

Rogers (1959) define congruência como sendo um estado de acordo entre o autoconceito de um indivíduo e as suas experiências orgânicas. Uma pessoa está congruente quando as suas experiências podem ser acuradamente simbolizadas na consciência sem distorções ou negações, ou seja, a pessoa congruente é uma pessoa sem defesas, aberta à totalidade da sua experiência. Na relação terapêutica, a congruência do terapeuta é uma das condições essenciais para a promoção da mudança terapêutica. O terapeuta está congruente na relação com o cliente quando ele está sendo livre e profundamente ele mesmo, sem fachadas, sem defesas; quando ele está vivenciando abertamente os sentimentos e atitudes que estão fluindo de dentro dele. Ou seja, o terapeuta é congruente na medida em que é real e genuíno na relação com o cliente.

Rogers (1957, 1959) utilizou os conceitos de congruência, genuinidade, autenticidade e transparência como sinônimos em sua teoria da terapia. Mas alguns autores, como Haugh (1998), Brodley (1998) e Wyatt (2000), consideram que a ausência de distinção entre estes conceitos tem gerado interpretações e práticas equivocadas da psicoterapia centrada na pessoa. A congruência tem sido muitas vezes usada como justificativa para uma atitude de “qualquer coisa vale” na relação terapêutica. Sob o pretexto da genuinidade, muitos terapeutas projetam suas incongruências no cliente e, sutilmente, controlam o processo terapêutico a fim de satisfazerem suas próprias necessidades e, em casos extremos, tornam-se até abusivos. A congruência tem sido confundida com franqueza, com livre concessão para o terapeuta fazer o que quiser na terapia, para expressar qualquer sentimento ou pensamento que lhe vêm à mente. Mas Brodley (1998) esclarece que a franqueza pode existir num contexto de incongruência: Uma pessoa pode estar incongruente – não simbolizando acuradamente na consciência algum aspecto de sua experiência, mas estar sendo honesta – isto é, falando uma representação acurada de suas simbolizações

internas. Honesta, mas não congruente. Haugh (1998) sugere que genuinidade, autenticidade e transparência são muito mais resultados da congruência do que congruência *per se*. Ela conclui que quanto mais plenamente o terapeuta estiver consciente de sua experiência, mais provavelmente ele será experienciado como genuíno, autêntico e real pelo cliente.

1.2.11. O processo da terapia

O processo terapêutico na psicoterapia centrada na pessoa ocorre quando as condições descritas anteriormente (ver tópico 1.2.10) estão presentes. Este processo, segundo Rogers (1959), apresenta as seguintes características:

1. O cliente se sente livre para expressar seus sentimentos, seja de forma verbal ou não-verbal. O clima de liberdade e segurança gerado pela consideração positiva incondicional do terapeuta permite ao cliente sentir que “aquela hora é verdadeiramente sua e que pode usá-la como quiser” (Rogers, 1942/1997, p. 172). O cliente se sente seguro e livre para mover seus pensamentos e sentimentos em qualquer direção que desejar.
2. Os sentimentos expressos passam a se referir mais ao *eu* do que ao *não-eu*.
3. As experiências passam a ser simbolizadas de forma cada vez mais acurada, mais diferenciada.
4. O cliente vai se tornando cada vez mais consciente da incongruência existente entre suas experiências e o seu autoconceito.
5. Ele passa a ter a experiência consciente da ameaça representada por esta incongruência. Ao explorar e examinar os vários aspectos de sua experiência, o cliente começa a reconhecer as suas profundas contradições. Esta experiência só é possível por causa da constância da consideração positiva incondicional do terapeuta, que se dirige tanto à incongruência quanto à congruência, tanto à ansiedade quanto à ausência de ansiedade.
6. O cliente experencia plenamente, em sua consciência, sentimentos que no passado eram distorcidos ou negados à consciência.
7. Seu autoconceito se reorganiza a fim de assimilar e incluir estas experiências que tinham sido previamente distorcidas ou negadas à consciência. O cliente vai assimilando estas experiências contraditórias num padrão novo e revisado do autoconceito, de forma a poder incluí-las como partes de um todo coerente.
8. À medida que esta reorganização do *eu* continua, o autoconceito se torna cada vez mais congruente com sua experiência. O *eu* agora inclui experiências que anteriormente

tenham sido ameaçadoras demais para serem conscientes. A defensividade diminui pois agora existem menos experiências que podem ser ameaçadoras ao eu.

9. O cliente se torna cada vez mais capaz de experienciar, sem um sentimento de ameaça, a consideração positiva incondicional do terapeuta em relação a ele.
10. O cliente sente cada vez mais uma autoconsideração positiva incondicional. A experiência da aceitação incondicional do terapeuta permite ao cliente assumir essa mesma atitude em relação a si próprio. Ele descobre que pode se aceitar também, mesmo com a nova percepção que agora tem de si mesmo. Essa atitude de autoconsideração positiva incondicional lhe possibilita experienciar de maneira aberta e consciente todas as emoções que emergem organicamente nele.
11. O cliente cada vez mais experencia o seu próprio *eu* como o *locus* de avaliação. Ao se abrir à experiência do seu organismo, ele vai se permitindo assumir o seu *locus* interno de avaliação.
12. Ele reage à experiência menos em termos de suas *condições de valor* e mais em termos de um *processo de valoração orgânico*. À medida que avança no processo terapêutico, cada vez menos ele olha para os outros em busca de aprovação ou desaprovação ou em busca de modelos do que é o certo ou o errado. Seus valores, julgamentos e decisões passam a ter como base a sua própria experiência.

1.2.12. A mudança terapêutica

Rogers (1959) assinala que não existe uma distinção clara entre processo e resultado terapêuticos. Os elementos da mudança terapêutica que ele apresenta em sua teoria da terapia poderiam também ser considerados como aspectos do processo terapêutico. Apenas por motivo de conveniência, por serem aspectos usualmente associados com ‘resultados’, ou por serem aspectos observados fora da relação terapêutica, é que eles são apresentados como resultados da psicoterapia. A hipótese de Rogers é de que estas mudanças, descritas a seguir, são relativamente permanentes:

1. O cliente se torna mais congruente, mais aberto à sua experiência, menos defensivo.
2. Ele é conseqüentemente mais realista e objetivo em suas percepções.
3. Ele é conseqüentemente mais eficaz na solução de problemas.
4. Ocorre uma melhora no ajustamento psicológico, que se torna mais próxima do ajustamento ótimo.

5. Como resultado da maior congruência do *eu* com a experiência, a vulnerabilidade à ameaça é reduzida.
6. Como consequência do item 2 acima, a percepção do *eu ideal* se torna mais realista, mais atingível.
7. Como consequência das mudanças descritas nos itens 4 e 5, o *eu* se torna mais congruente com seu *eu ideal*.
8. Como consequência da maior congruência entre *eu* e *eu ideal* e da maior congruência entre *eu* e *experiência*, há uma redução de tensões – fisiológicas e psicológicas (incluindo a ansiedade, considerada como um tipo de tensão psicológica).
9. O cliente adquire um maior grau de autoconsideração positiva.
10. Ele passa a perceber o *locus* de avaliação e o *locus* de escolha como residindo em si mesmo. Como consequência das mudanças descritas nos itens 9 e 10, o cliente se sente mais confiante e com maior autonomia. Como consequência das mudanças descritas nos itens 1 e 10, seus valores passam a ser determinados por um processo de valoração organísmico.
11. Como consequência das mudanças descritas nos itens 1 e 2, o cliente passa a perceber as outras pessoas de maneira mais realista e acurada. Quanto menos atitudes defensivas ele utiliza para preservar o seu autoconceito, mais realista ele se torna não somente em relação a si mesmo como também em relação aos outros.
12. O cliente experencia maior aceitação dos outros como consequência da menor necessidade de distorção das suas percepções. Ao viver de maneira integrada, congruente com a sua experiência sensorial e visceral, ele consegue perceber o outro como ele realmente é, com todas as suas diferenças, sem que estas diferenças sejam percebidas como ameaças. Isto é, quando o indivíduo percebe e aceita todas as suas experiências sensoriais e viscerais, ele adquire necessariamente uma compreensão e uma aceitação maior dos outros como indivíduos diferenciados.
13. Seu comportamento se modifica de diversas maneiras. Como vimos anteriormente (tópico 1.2.3), o comportamento de um indivíduo tende a se manter sempre coerente com o autoconceito. Assim, quando o cliente, como resultado do processo terapêutico, reorganiza o seu *eu*, o seu comportamento se modifica espontaneamente, acompanhando estas mudanças (Rogers assinala que as mudanças de comportamento são, portanto, mais fáceis e menos dolorosas que as

mudanças no autoconceito). À medida que a proporção da experiência assimilada na *estrutura do eu* aumenta, a proporção de comportamentos que podem ser reconhecidos como pertencendo ao *eu* também aumenta. Do mesmo modo, a proporção de comportamentos que são percebidos como não pertencendo ao *eu* diminui. Conseqüentemente, o indivíduo percebe que possui maior controle sobre seu comportamento.

14. Seu comportamento é percebido pelos outros como mais socializado, mais maduro.
15. Como conseqüência das mudanças descritas nos ítems 1, 2 e 3, seu comportamento se torna mais criativo, mais adaptativo a cada nova situação e a cada novo problema, e mais expressivo dos seus próprios propósitos e valores.

Rogers (1959) observa que a essência da mudança terapêutica está expressa no primeiro item. Os itens 2 a 15 são apenas uma descrição mais explícita das implicações teóricas do item 1. Estas implicações se seguem prontamente da lógica da teoria, mas freqüentemente não são percebidas a não ser que sejam explicitamente apontadas.

1.2.12.1. A descoberta do ‘eu real’

O processo terapêutico, segundo Rogers (1959), é essencialmente um processo de desorganização e reorganização do *eu*. À medida que o processo avança, uma configuração nova ou revisada do *eu* vai sendo construída, contendo percepções anteriormente negadas. Esta nova configuração envolve uma simbolização mais exata das experiências sensoriais e viscerais e uma reorganização de valores em que a experiência do organismo é reconhecida como a fonte que proporciona as evidências para as valorações. Desta forma, emerge um novo *eu* que é “muito mais próximo do verdadeiro, porque se baseia muito mais na experiência global do cliente, percebida sem distorção” (Rogers, 1951/1992, p.222). Ou seja, o novo *eu* que surge a partir da desorganização do antigo autoconceito é muito mais congruente com a totalidade da experiência. Conseqüentemente, as experiências tornam-se menos ameaçadoras e o indivíduo, sem precisar mais de tantas defesas, torna-se mais aberto à sua experiência direta, sensorial e visceral. Nesse novo *eu* há, portanto, muito menos ansiedade e mais segurança. Rogers (1959) salienta que é devido à presença da tendência atualizante que o indivíduo em terapia, ao invés de seguir para uma desintegração, move-se na direção de uma *reorganização* promotora do crescimento e de uma realização mais completa das suas potencialidades.

Rogers (1967) também descreve o processo terapêutico utilizando-se de uma expressão de Kierkegaard, como sendo um processo de vir a “*ser o que realmente se é*” (p. 166). Na segurança e aceitação da relação terapêutica, o cliente vai descobrindo quanto do seu comportamento e dos seus sentimentos não são reações genuínas do seu organismo, mas uma fachada, uma falsa aparência, atrás da qual o seu ser *real* vem se escondendo. Tentando descobrir algo mais básico e verdadeiro em si mesmo, o cliente experencia sentimentos e atitudes que tinham estado escondidos dentro dele, experiências das quais nunca fora consciente e que contradizem profundamente a percepção que tem de si mesmo. É como se o indivíduo deixasse cair as suas máscaras, papéis, ou falsas fachadas com as quais costumava enfrentar a vida e descobrisse “o estranho que estava vivendo atrás destas máscaras, o estranho que é ele mesmo” (Rogers, 1967, pp. 123-124). Desta forma, vivenciando plenamente toda a riqueza de sentimentos que existe dentro dele, o cliente se descobre sendo *ele mesmo*. Diz Rogers (1967):

Ao invés de tentar manter sua experiência na forma de uma máscara, ou fazê-la ser uma forma ou estrutura que ela não é, ser ele mesmo significa descobrir a unidade e harmonia que existe nas suas próprias reações e sentimentos reais. Isto significa que o eu real é alguma coisa que é confortavelmente descoberta na sua experiência e não alguma coisa que é imposta sobre ela (p.114).

1.2.12.2. A pessoa em funcionamento pleno

Ao descrever o resultado da mudança terapêutica, Rogers (1959, 1967) considerou uma condição hipotética na qual a psicoterapia centrada na pessoa tivesse atingido o seu nível ótimo ou ideal. No ponto máximo deste processo terapêutico, o cliente se tornaria uma *pessoa em funcionamento pleno*. Esta pessoa apresentaria as seguintes características:

- Ela estaria aberta a todos os elementos da sua experiência;
- Ela possuiria confiança no seu próprio organismo;
- Ela utilizaria o seu *locus* interno de avaliação;
- Ela viveria sua vida como um processo fluido, no qual estaria continuamente descobrindo novos aspectos de si mesma no fluxo de sua experiência.

1.2.12.2.1. Abertura à experiência

Rogers (1967) afirma que o indivíduo, como consequência do processo terapêutico, se torna mais aberto à sua experiência. Isto significa que ele se torna mais abertamente consciente dos sentimentos e atitudes que existem nele ao nível orgânico, sensorial e visceral. A abertura à experiência é o oposto da defensividade e rigidez. Quando o indivíduo não está aberto à experiência, ele distorce as evidências dos sentidos que não são compatíveis com os conceitos que ele tem de si mesmo e do mundo. A pessoa defensiva não consegue perceber tudo que os seus sentidos lhe apontam, mas somente aquilo que se enquadra nos seus modelos pré-concebidos. Ao longo do processo terapêutico, esta defensividade ou rigidez tende a ser substituída por uma crescente abertura à experiência. O indivíduo vai se tornando mais consciente da realidade tal como ela existe nele mesmo, ao invés de percebê-la através de suas categorias pré-concebidas. Ele se torna capaz de perceber e vivenciar uma nova situação assim *como ela é*, ao invés de distorcê-la para se encaixar nos modelos que ele já tinha. Ou seja, o indivíduo desenvolve uma abertura de consciência para o que existe no momento, nele mesmo e na situação que está vivendo (Rogers, 1967).

- Confiança no organismo

Quando o indivíduo está aberto à sua experiência, ele descobre que pode confiar no seu organismo (Rogers, 1967). Ao invés de temer suas reações emocionais, ele descobre que os sentimentos que existem nele ao nível orgânico e visceral são um guia competente e confiável para o seu comportamento. A consciência deixa de ser o ‘vigia’ de uma multidão de impulsos perigosos e imprevisíveis, dos quais poucos “podem ver a luz do dia” para descobrir que os impulsos, sentimentos e pensamentos que emergem do seu organismo possuem uma autodireção confiável quando não são guardados medrosamente (p. 119). Assim, abrindo-se à experiência total do seu organismo, o indivíduo descobre que existe uma sabedoria nele que vai muito além do intelecto e que lhe possibilita fazer as escolhas mais adequadas e mais satisfatórias para cada situação existencial.

- Locus interno de avaliação

Como consequência do processo terapêutico, o indivíduo desenvolve a sua autonomia, assumindo o seu *locus* interno de avaliação (Rogers, 1967). Ele passa a reconhecer que “sou eu quem escolhe” e “sou eu quem determina o valor de uma experiência para mim” (p. 122). A

partir de então, é a sua própria experiência, e não mais a experiência dos outros, que serve de marco para o seu itinerário e ele se torna o arquiteto do seu Ser.

- Tornando-se um processo

Segundo Rogers (1967), quando o indivíduo procura ajuda, ele geralmente possui um conjunto definido de metas que deseja alcançar. Ele quer solucionar certos problemas e atingir algum tipo de estado fixo, que corresponderia ao seu *eu ideal*. No entanto, na liberdade e aceitação da relação terapêutica, o indivíduo se vê continuamente descobrindo novos aspectos de si mesmo no fluxo de sua experiência. Assim, ele tende a deixar para trás tais objetivos fixos e a compreender que ele não é um produto acabado, uma entidade com uma quantidade fixa de traços, mas uma constelação mutável de potencialidades. Ele descobre que é um *processo de tornar-se*. Desta forma, ao invés de se queixar do passado e se pré-ocupar com o futuro, o indivíduo passa a se apropriar do sempre rico e surpreendente fluxo de experiências no aqui-e-agora de sua existência.

Em síntese, Rogers (1962) descreve a “pessoa em funcionamento pleno” como sendo:

“um ser humano em fluxo, em processo, em vez de ter alcançado algum estado... Tal pessoa experencia o presente com imediação. Ela é capaz de viver nos seus sentimentos e reações do momento. Ela não está presa às estruturas das aprendizagens passadas, mas estas são recursos presentes para ela na medida em que estejam relacionadas à experiência do momento. Ela vive livremente, subjetivamente, num confronto existencial com este momento na vida (...) Tal pessoa é uma pessoa criativa. Com sensível abertura ao seu mundo e confiança na sua própria habilidade para formar novos relacionamentos com seu meio, ela é o tipo de pessoa da qual produtos criativos e vida criativa emergem. Por fim, tal pessoa vive uma vida que envolve uma extensão mais ampla, uma maior riqueza do que a vida constricta na qual a maioria de nós nos encontramos. Parece-me que o cliente que se moveu significativamente em terapia vive mais intimamente com seus sentimentos de dor, mas também mais vividamente com seus sentimentos de êxtase. Que a raiva é mais claramente sentida, mas também é o amor. Que o medo é uma experiência que ele conhece mais profundamente, mas a coragem também o é. E que a razão pela qual ele pode assim viver

plenamente numa extensão mais ampla é que ele tem esta confiança básica nele mesmo como instrumento confiável para ir ao encontro da vida” (p.33).

Ou seja, *a pessoa em funcionamento pleno* está completamente engajada no processo de ser e tornar-se ela mesma. E sendo ela mesma, ela descobre que é uma pessoa socialmente orientada, sensível ao seu meio e criativa.

- Uma visão positiva da natureza humana

Rogers (1962) assinala que, após vinte e cinco anos de experiência em psicoterapia, ele chegou à inevitável conclusão de que o comportamento humano é primorosamente racional, movendo-se com sutil e ordenada complexidade na direção dos objetivos que o organismo está se esforçando por alcançar: “A tragédia para a maioria de nós é que nossas defesas nos impedem de estarmos conscientes dessa racionalidade, de forma que conscientemente nos movemos em uma direção, enquanto que organismicamente nos movemos em outra” (p.30).

O indivíduo sem defesas, aberto à experiência do seu organismo, apreende significados que constituem na indicação mais sábia, satisfatória e apropriada para o seu comportamento: “o homem é mais sábio que o seu intelecto”, diz Rogers (1978, p. 246). A natureza básica do ser humano, quando funcionando livremente, sem barreiras, é construtiva e digna de confiança. A patologia psicológica e social ocorre, segundo Rogers (1959, 1963), devido à cisão na tendência atualizante, que leva à dissociação entre os comportamentos que são guiados por rígidos conceitos e constructos, e os comportamentos que são guiados por processos orgânicos. O modo mais eficiente e satisfatório de viver não envolve esta dissociação. A pessoa que é psicologicamente madura confia nas direções dos processos orgânicos internos que, em coordenação com os processos conscientes, conduzem-na na direção de um encontro total, unificado, integrado e adaptativo com a vida e seus desafios (Rogers, 1963).

O constructo da tendência atualizante, portanto, opõe-se à concepção dominante de que o ser humano é basicamente irracional e que, se seus impulsos não forem controlados, conduzir-lhe-ão à destruição dos outros e de si mesmo. A teoria de Rogers, por conseguinte, tem sido criticada por apresentar uma visão ‘boa’ e ingênua da natureza humana (May, 1982; Quinn, 1993; Walker, 1956). Esta crítica, segundo Brodley (1999), se baseia numa compreensão equivocada do conceito de tendência atualizante. A natureza ‘construtiva’ da tendência atualizante não se refere a uma bondade ética ou moral das respostas do indivíduo às circunstâncias, mas a uma motivação no sentido da manutenção, integridade e atualização das

potencialidades. Rogers (citado em Brodley, 1999) não atribuiu um valor moral ou ético à natureza ‘construtiva’ da tendência atualizante:

“Eu descobri que se você alcança o cerne do indivíduo, você encontra algo construtivo, não destrutivo. As pessoas dizem para mim, “Oh, então você acredita que o homem é bom”. Eu não gosto do termo bom. Isto é um julgamento moral... Nós olhamos para uma planta. Não decidimos se ela é [boa ou] má por natureza. Apenas supomos que, dadas as condições certas, ela crescerá, florescerá e produzirá uma vida normal. Não pensamos da mesma forma em relação a humanos... Eu certamente lidei com uma profusão de pessoas que estão fazendo coisas más, que estão fazendo coisas que são socialmente destrutivas. Mas... se você conseguir conhecer a pessoa por dentro, descobrirá que ela gostaria de viver em harmonia e é construtiva por natureza” (p. 115).

A destrutividade, segundo Rogers (Ford, 1994; Rogers, 1957b, 1962, 1982), não é inerente no ser humano: “Minha experiência não fornece nenhuma evidência para acreditar que se os elementos mais profundos da natureza humana fossem liberados nós teríamos um descontrolado e destrutivo id desatrelado no mundo” (Rogers, 1957b, p.201). Num ser humano hipoteticamente aberto a todos os seus impulsos, sua necessidade de ser amado por outros e sua tendência para dar afeto seriam tão fortes quanto seus impulsos para a autogratificação ou cobiça. Ele seria agressivo em situações na qual a agressividade fosse realisticamente apropriada, mas não teria uma necessidade descontrolada de agressão. Quando estivesse aberto a todas as suas experiências, o seu comportamento total, diz Rogers (1962), seria equilibrado e realista – um comportamento que seria apropriado à sobrevivência e aperfeiçoamento de um animal altamente social.

1.3. Pesquisas de resultados na psicoterapia centrada na pessoa

1.3.1. Pesquisas pioneiras em psicoterapia

Rogers e seus colegas revolucionaram o campo da psicoterapia na década de 40 ao introduzirem a pesquisa científica de teste de hipóteses. Eles foram os pioneiros na pesquisa de

processos e resultados em psicoterapia, utilizando metodologias tanto qualitativas⁴ quanto quantitativas (Bozarth et al., 2002; McLeod, 2000). Rogers e seus colegas foram os primeiros a fazerem gravações sonoras de sessões de terapia a fim de investigar cientificamente o intercâmbio verbal entre terapeuta e cliente. A aparelhagem utilizada naquela época envolvia enormes gravadores de rolo e discos de vidro que precisavam ser instalados numa sala anexa à sala de atendimento (Rogers, 1942). Com esta atitude pioneira, Rogers contribuiu para a desmistificação da psicoterapia, atravessando o labirinto de mistério que rodeava o trabalho dos psicoterapeutas em geral (Raskin, 1948).

Dentre estas pesquisas pioneiras da década de 40, citaremos os estudos que investigaram os resultados da psicoterapia centrada na pessoa (na época chamada ‘não-diretiva’). Snyder (1945) analisou 48 sessões de seis casos de psicoterapia não-diretiva e concluiu que ao final do processo terapêutico ocorreram emergência de *insight*, planejamento de atividades e sentimentos positivos. Em um estudo posterior, Snyder (1947) constatou que a clarificação dos sentimentos (ou reflexo de sentimentos) gera experiência de auto-aceitação nos clientes. A mudança no autoconceito foi investigada por Raimy (1948), que constatou que casos considerados “bem-sucedidos” apresentaram mudanças positivas no autoconceito e que casos avaliados como “mal-sucedidos” não apresentaram esta mudança.

Em 1949, um número inteiro do *Journal of Consulting Psychology* foi dedicado à publicação da série de pesquisas coordenadas identificada como “*Parallel Studies Project*” desenvolvida por Rogers e colegas (Raskin, 1949). Neste projeto, diversos métodos (quantitativos e qualitativos) e perguntas de pesquisa foram aplicadas a 10 casos totalmente gravados. Sheerer (1949) observou um aumento na aceitação do *eu* e conseqüente aceitação dos outros ao longo do processo terapêutico. Hoffman (1949), definindo ‘maturidade’ como comportamento com substancial autonomia e responsabilidade, constatou que nos casos mais bem-sucedidos a maturidade dos clientes aumentara significativamente.

Durante a década de 50, Rogers e seus colegas desenvolveram novos estudos coordenados utilizando, pela primeira vez no campo da psicoterapia, grupos controle. Onze destes estudos foram relatados em detalhe no livro “*Psychotherapy and Personality Change*” (Rogers & Dymond, 1954). A amostra nestes estudos consistiu de 54 clientes, que foram investigados por uma equipe de cerca de 40 pesquisadores e terapeutas. Metade da amostra foi utilizada como um grupo controle de ‘lista de espera’ (eles só iniciaram terapia 60 dias após a primeira avaliação).

⁴ McLeod (2000) inclusive assinala que Rogers e seu grupo de pesquisa desenvolveram “pesquisa qualitativa sistemática antes da pesquisa qualitativa ter sido inventada” (p.92)

Foi utilizado também um outro grupo controle de 23 pessoas que se voluntarizaram a participar de uma ‘pesquisa sobre personalidade’. Todos os participantes responderam a uma bateria de instrumentos antes do início da terapia, ao final e em entrevistas de *follow-up* entre 6 a 12 meses após o término da terapia. Os principais instrumentos utilizados foram: Q-Sort (ver tópico 1.3.8.1.), Teste de Apercepção Temática (*TAT*), Escala Willoughby de Maturidade Emocional (*E-M*) e Escala de Atitude Eu-Outro (*Self-Other Attitude Scale – S-O*). Todas as sessões foram gravadas e transcritas. O principal resultado destes estudos coordenados foi o estabelecimento da efetividade da terapia centrada na pessoa. Os clientes do grupo experimental obtiveram melhora significativamente maior do que os sujeitos dos grupos controles e estes ganhos se mantiveram no *follow-up*. O aspecto teoricamente relevante da mudança terapêutica examinado nestes estudos foi a congruência entre o *eu real* (como o indivíduo se percebe) e o *eu ideal* (como o indivíduo gostaria de ser). Os resultados indicaram que os clientes obtiveram uma redução significativa na discrepância entre o *eu real* e *eu ideal* ao término da terapia.

Shlien (1957) realizou um estudo comparativo de resultados entre terapia centrada no cliente com tempo limitado, terapia centrada no cliente sem tempo limitado e um grupo controle. Os instrumentos utilizados incluíram o BHQ, o TAT, avaliações feitas pelos terapeutas e taxas de desistência e de retorno à terapia. Resultados indicaram que, para ambos os grupos de tratamento, obteve-se melhora no funcionamento psicológico, conforme medido pelo TAT, e redução da discrepância entre o *eu real* e o *eu ideal*, conforme medido pelo BHQ.

Visando investigar a hipótese rogeriana das condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica, Halkides (1958) e Barrett-Lennard (1962) desenvolveram instrumentos que avaliam o nível das três condições relativas ao terapeuta: empatia, consideração positiva incondicional e congruência. Halkides desenvolveu escalas para serem utilizadas por juízes na análise de gravações de sessões e constatou que estas três condições estavam relacionadas aos casos bem-sucedidos. Barrett-Lennard, por sua vez, desenvolveu um instrumento que avalia a percepção dos clientes destas condições: o Inventário de Relacionamento (*Relationship Inventory*). Barrett-Lennard constatou que os clientes melhoram na medida em que percebem estas condições no terapeuta. O Inventário de Relacionamento foi aperfeiçoado ao longo dos anos e vem sendo utilizado em pesquisas em diversos países, com traduções em mais de 15 línguas (Barrett-Lennard, 1998).

1.3.2. O projeto de Wiscosin: Um divisor de águas

Entre 1957 e 1963, Rogers e colegas da University of Wiscosin (Rogers, Gendlin, Kiesler, & Truax, 1967) desenvolveram um grande projeto de pesquisa sobre a aplicação da abordagem centrada no cliente a indivíduos hospitalizados com diagnóstico de esquizofrenia. Neste projeto, foram investigadas tanto as variáveis de resultados quanto as de processo. O objetivo era analisar não somente a relação entre as condições atitudinais (i.e. empatia, congruência e consideração positiva incondicional) da terapia centrada no cliente e o resultado terapêutico nessa população, como também a relação entre o processo de “experenciamento” (*experiencing*) e a mudança terapêutica. A amostra consistiu de 48 pacientes divididos em três grupos experimentais (crônicos, agudos e normais) comparados com grupos controle sem tratamento. Foi utilizada uma bateria de instrumentos para a avaliação de resultados, incluindo Rorschach, MMPI, TAT e WAIS. Os resultados, no geral, foram pouco significativos e alguns, “decepcionantes” (Rogers et al., 1967, p. 82). Os pacientes que perceberam seus terapeutas como tendo maior compreensão empática e genuinidade obtiveram mudanças terapêuticas significativamente maiores que os pacientes que perceberam seus terapeutas com baixo nível destas condições. Entretanto, não foram encontradas diferenças significativas entre o grupo experimental e o grupo controle tanto nas variáveis de processo quanto nas de resultado.

Análises posteriores (Prouty, 2002; Sommerbeck, 2002) identificaram diversas limitações e falhas metodológicas no projeto de Wiscosin que explicam os resultados decepcionantes. Um dos principais problemas apontados foi a falta de experiência dos terapeutas do projeto com clientes diagnosticados com esquizofrenia. Rogers descreve que os terapeutas ficaram perplexos com a falta de auto-exploração (*self-exploration*) dos clientes, visto que consideravam a auto-exploração como um aspecto fundamental da psicoterapia (Rogers et al., 1967). Sommerbeck, portanto, conclui que os terapeutas estavam despreparados para as dificuldades encontradas na terapia com estes clientes. A autora observa que faltou aos terapeutas do projeto duas competências essenciais para se relacionarem com indivíduos esquizofrênicos regressivos (ela utiliza o termo “regressivo” para diferenciar dos indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia que são auto-expressivos e ativos nos relacionamentos). A primeira competência é a aceitação do fato de que o cliente não reconhece a existência do terapeuta e não quer, aparentemente, ser compreendido por ele. É precisamente este não-reconhecimento do outro (o terapeuta incluído) que caracteriza, de acordo com Sommerbeck, o aspecto central da experiência de estar “fora de contato” do indivíduo esquizofrênico regressivo. Este fato é muito difícil de ser aceito pelo

terapeuta centrado no cliente familiarizado com clientes (da população original da terapia centrada no cliente) que reconhecem a existência do terapeuta e querem ser compreendidos por ele. A segunda competência que faltou para os terapeutas do projeto de Wiscosin foi a de comunicar empatia aos indivíduos esquizofrênicos regressivos num nível concreto apropriado⁵. Bozarth (1998) e Sommerbeck também criticam o fato dos terapeutas participantes do projeto não serem necessariamente adeptos da terapia centrada no cliente. Por exemplo, Rogers relata que um dos terapeutas disse para o seu cliente: “Não vou escutar mais nada dessa porcaria!” (*I won't listen to any more of that crap!*) (Rogers et al., p. xv).

Sommerbeck (2002) identifica dois fatores que deveriam ter sido considerados no delineamento do projeto: o nível de motivação para terapia e o grau de “auto-expressividade” do paciente. Com base em sua experiência de 30 anos como terapeuta centrada no cliente num hospital psiquiátrico, ela acredita que se o projeto de Wiscosin tivesse sido direcionado para a investigação da terapia centrada no cliente com pacientes motivados e auto-expressivos, os resultados do grupo experimental teriam sido significativamente melhores do que os do grupo controle. Shlien (citado em Sommerbeck, 2002), por fim, comenta que Rogers e seus colegas foram extremamente ingênuos em desenvolverem um projeto massivo como este sem realizarem nenhum estudo piloto!

A pesquisa de Wiscosin é considerada como um “divisor de águas” na história da abordagem centrada na pessoa (Shlien, 2003; Sommerbeck, 2002). Rogers posteriormente descreveu o projeto como “sem dúvida o mais doloroso e angustiante episódio de toda minha carreira profissional” (em Thorne, 1992, p. 17). Após desentendimentos entre o grupo de pesquisadores, e a frustração com os resultados finais da pesquisa, Rogers aposentou-se da academia e interrompeu (prematuramente) sua carreira de pesquisador. Este foi seu o último grande projeto de pesquisa. Após Wiscosin, realizaram-se pouquíssimas pesquisas sobre a terapia centrada no cliente nos Estados Unidos. As pesquisas deslocaram-se principalmente para o estudo das condições facilitadoras do terapeuta sem consideração pela sua orientação teórica (Bozarth et al., 2002; Lietaer, 1990).

⁵ Infelizmente, a *Pré-Terapia*, um método da abordagem centrada na pessoa desenvolvido por Garry Prouty (1994, 2001) que capacita o terapeuta a responder empaticamente (verbalmente e não-verbalmente) num nível concreto que é aceito pelos indivíduos esquizofrênicos regressivos (através de “reflexos de contato”) ainda não tinha sido desenvolvida na época do projeto de Wiscosin.

1.3.3. Pesquisas atuais de resultados na psicoterapia centrada na pessoa

Em contraste com a realidade dos Estados Unidos, a partir do final da década de 60, um crescente corpo de pesquisas na terapia centrada no cliente, utilizando amostras de terapeutas centrados na pessoa, vem sendo desenvolvido na Alemanha, Bélgica e Holanda, com resultados significativamente positivos (e.g. Boehne, Finke, & Teusch, 1998; Bommert, Minsel, Fittkau, Langer, & Tausch, 1972; Eckert, Schwartz, & Tausch, 1977; Lietaer, van Praag, & Swildens, 1984; Minsel, Bommert, Bastine, Langer, Nickel, & Tausch, 1972; Rudolph, Langer, & Tausch, 1980).

A partir da década de 90, a abordagem ‘de processo experiencial’ (*process-experiential*), uma abordagem terapêutica desenvolvida a partir dos princípios da abordagem centrada no cliente, mas que integra elementos da gestalt-terapia e focaliza nos determinantes cognitivo-afetivos dos problemas emocionais dos clientes (Baker, 2004; Greenberg, Rice, & Elliott, 1993) vem se destacando pelo desenvolvimento de um grande número de pesquisas de processos e resultados (e.g., Elliott, Davis, & Slatick, 1998; Greenberg & Rice, 1981; Greenberg & Foerster, 1996; Greenberg & Watson, 1998, Paivio & Greenberg, 1995; Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos, & Steckley, 2003). Apesar de ser considerada uma das ‘tribos’ da grande ‘nação’ centrada-na-pessoa (Sanders, 2004), a sua ênfase em intervenções terapêuticas diretas e ‘focalizadas na tarefa’ (*task-focused*) tem gerado considerável tensão e controvérsia entre a comunidade de terapeutas, teóricos e pesquisadores identificados com a abordagem centrada na pessoa (e.g. Levitt, 2005). Em 1998, Greenberg e Watson realizaram uma pesquisa comparativa entre os efeitos das intervenções experienciais de processo e as atitudes básicas da terapia centrada no cliente no tratamento da depressão (Greenberg & Watson, 1998). Participaram do estudo 34 clientes, que foram avaliados através de uma bateria de instrumentos uma semana antes do início da terapia, uma semana após e em *follow-up* de seis meses. Os instrumentos para avaliação de resultados utilizados foram o Inventário Beck de Depressão, a Lista de 90 Sintomas Revisada (*Symptom Checklist-90-Revised*, SCL-90-R), o Inventário Rosenberg de Auto-estima, o Inventário de Problemas Interpessoais (*Inventory of Interpersonal Problems*), a Escala de Metas das Queixas de Desconforto (*Target Complaint Discomfort Box Scale*, TCBS) e a Avaliação Longitudinal de Intervalo de Follow-Up II (*Longitudinal Interval Follow-up Evaluation II*, LIFE). Ambas terapias (centrada no cliente e de processo experiencial) apresentaram tamanho do efeito pré-pós no Inventário Beck (2.6 e 2.82 respectivamente) equivalente ao obtido por outras abordagens terapêuticas no tratamento da depressão (Greenberg, Elliott, & Lietaer, 1994;

Robinson, Berman, & Neimeyer, 1990). Não foi encontrada diferença significativa entre os dois grupos no Inventário Beck e na Escala de Metas das Queixas de Desconforto ao final da terapia. Embora o grupo da terapia de processo experiencial tenha apresentado melhora significativamente maior ao término da terapia nos índices de auto-estima, funcionamento interpessoal e redução no nível geral de sintomas psicológicos, ao final de seis meses estas diferenças desapareceram e os dois grupos tornaram-se indistinguíveis.

Uma das limitações deste estudo, no entanto, foi a não utilização de *bona fide* (i.e., legítimos) terapeutas da terapia centrada no cliente, visto que os terapeutas foram treinados conforme manual desenvolvido pelos próprios pesquisadores, reconhecidamente defensores da abordagem de processo experiencial. O manual apresenta incorreções e distorções da prática da terapia centrada no cliente como, por exemplo, a orientação para o terapeuta “responder seletivamente àquelas partes da mensagem do cliente que parecem mais vivas e comoventes”, comunicar sua experiência quando for considerado “necessário e facilitador”, e “encorajar” o cliente a ir além em sua auto-exploração (Greenberg & Watson, 1998, p.213). Ademais, os terapeutas foram utilizados como seus próprios controles, isto é, cada terapeuta atendeu um ou dois clientes em cada uma das condições de tratamento, o que demonstra uma visão meramente tecnicista da terapia centrada no cliente. Genuínos terapeutas centrados no cliente seriam incapazes de utilizar técnicas de processo experienciais, visto que estas técnicas contradizem os princípios fundamentais da prática clínica centrada no cliente (Bozarth, 1998; Freire, 2002, 2005). O delineamento deste estudo baseou-se na pressuposição de que implementar a terapia centrada no cliente significa utilizar “técnicas” de respostas empáticas e se restringir à utilização destas técnicas. Entretanto, conforme discutido no item 2.10., esta é uma visão distorcida e reducionista da terapia centrada no cliente que não faz juz a profundidade e complexidade da vivência das atitudes facilitadoras de empatia, consideração positiva incondicional e congruência na relação terapêutica.

Uma das mais importantes e significativas pesquisas de resultados envolvendo *bona fide* terapeutas centrados no cliente foi realizada recentemente na Grã-Bretanha por Stiles, Barkhm, Twigg, Mellor-Clark e Cooper (2006), com terapeutas do sistema público de saúde (*National Health Service*, NHS). O objetivo deste estudo era investigar a efetividade (*effectiveness*)⁶ das terapias cognitivo-comportamental (TCC), psicodinâmica (TPD) e centrada na pessoa (TCP) da forma como são aplicadas na prática de rotina do sistema público de saúde. Participaram do

⁶ Em contraposição aos estudos de eficácia (*efficacy*) que possuem delineamento verdadeiramente experimental, mas com pouca validade externa.

estudo 1.309 pacientes que receberam terapia cognitivo-comportamental, centrada na pessoa ou psicodinâmica em 58 centros de saúde pública da Grã-Bretanha ao longo de três anos. Os resultados foram investigados através da comparação entre os escores pré e pós tratamento obtidos com o Instrumento de Avaliação de Resultados na Rotina Clínica (*Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure*, CORE-OM). Os três grupos de tratamento mostraram substanciais tamanhos do efeito pré-pós: 1.32 para TCP, 1.27 para TCC e 1.23 para TPD. As diferenças nos resultados entre as três abordagens, embora estatisticamente significativas, foram pequenas em relação à mudança substancial encontrada em cada tratamento. A média de melhora por tratamento explicou aproximadamente 100 vezes mais da variância no escore do CORE-OM do que as diferenças entre os efeitos das três abordagens. Ademais, as distribuições dos escores da mudança entre os três grupos foram largamente sobrepostas. Como discutiremos a seguir (tópicos 1.3.2 e 1.3.3), os resultados deste estudo são importantes para o reconhecimento da efetividade da terapia centrada no cliente diante da difundida alegação de que as terapias cognitivo-comportamentais possuíam efetividade superior.

Além destas pesquisas de resultados envolvendo a terapia centrada no cliente propriamente dita, as condições centrais da mudança terapêutica postuladas por Rogers também foram investigadas de forma independente da abordagem teórica utilizada pelo terapeuta. De fato, estas condições foram o foco principal das pesquisas em psicoterapia durante as décadas de 60 e 70 (Bozarth et al., 2002; Stubbs & Bozarth, 1994).

1.3.4. Pesquisas sobre as condições centrais da hipótese rogeriana

Numa revisão das pesquisas sobre as condições centrais da hipótese rogeriana realizadas durante a década de 60, Truax e Mitchell (1971) concluíram que altos níveis de empatia, cuidado não-possessivo e genuinidade estão relacionados com resultados terapêuticos positivos. Clientes cujos terapeutas obtêm altos escores destas condições melhoram significativamente mais do que os clientes cujos terapeutas recebem escore menor.

Entretanto, posteriores revisões de pesquisa realizadas durante a década de 70 (Gurman, 1977; Mitchell, Bozarth, & Krauft, 1977; Parloff, Waskow, & Wolfe, 1978) sugeriram que a relação entre as condições centrais, ou facilitadoras, e os resultados terapêuticos não é tão significativa quanto os estudos anteriores haviam sugerido. Mitchell et al. (1977) concluíram que o relacionamento entre as condições facilitadoras e os resultados da terapia não havia sido adequadamente investigado porque os terapeutas que receberam escores mais altos apresentavam um nível apenas moderado ou baixo das condições. Entretanto, apesar de criticarem a

nebulosidade destes dados, os autores ficaram impressionados com os resultados terapêuticos positivos obtidos pelo grupo de terapeutas com maior pontuação, já que poucos receberam um escore maior que o nível mínimo.

A partir da década de 80, os resultados das revisões de pesquisas sobre as atitudes facilitadoras (ou *condições centrais*) tornaram-se controversos. Gelso e Carter (1985) concluíram que “as condições originalmente especificadas por Rogers não são nem necessárias nem suficientes, embora pareça claro que tais condições são facilitadoras” (p. 220). Patterson (1984) sugere que a tendenciosidade dos revisores distorceria a precisão e o significado das revisões de pesquisa. Na sua re-avaliação dessas revisões, ele encontrou uma forte evidência para a hipótese das condições serem necessárias e suficientes para a mudança terapêutica. Assim como Mitchell et al. (1977), outros autores também concluíram que as condições centrais não haviam sido adequadamente testadas (Bozarth, 1983; Watson, 1984). Entretanto, Stubbs e Bozarth (1994), numa análise qualitativa de quatro décadas de pesquisa em psicoterapia, constataram que as condições centrais postuladas por Rogers são a única linha consistente de pesquisa relacionada à efetividade da psicoterapia.

Particularmente em relação à efetividade da empatia, a evidência acumulada desde a década de 70 sugere uma correlação positiva entre empatia e resultado terapêutico (Bohart, Elliott, Greenberg, & Watson, 2002; Gurman, 1977; Orlinsky, Grawe, & Parks, 1994; Stubbs & Bozath, 1994). Em recente meta-análise, Bohart et al. (2002) constataram que a variação do resultado terapêutico explicada pela empatia é da mesma magnitude, ou provavelmente maior, do que a explicada por intervenções específicas ou pela aliança terapêutica.

Recentemente, Sachse e Elliott (2002) realizaram uma revisão geral das pesquisas de processo-resultado das estratégias terapêuticas das psicoterapias humanistas. Nessa revisão, os autores analisaram separadamente a efetividade de cada uma das condições facilitadoras. Suas conclusões foram:

- Como um todo, as pesquisas indicam que a empatia do terapeuta está associada com resultados positivos; algumas vezes é altamente efetiva, mas nunca é prejudicial. Por estas razões, a empatia pode ser considerada como uma condição básica relevante em qualquer terapia.
- A aceitação do cliente pelo terapeuta constitui uma resposta terapêutica geralmente construtiva.

- A genuinidade do terapeuta é uma condição potencialmente efetiva.

1.3.5. Ensaios clínicos controlados e aleatórios

Diversos ensaios clínicos comparativos, controlados e aleatórios (*randomized controlled clinical trials*) têm sido realizados por pesquisadores adeptos das psicoterapias cognitivo-comportamentais nos quais a terapia não-diretiva, ou centrada no cliente, é utilizada como grupo controle. (e. g., Beck, Sokol, Clark, Berchick, & Wright, 1992; Kolko, Brent, Baugher, Bridge, & Birmaher, 2000; Shaw, 1977; TARRIER, Kinney, McCarthy, Humphreys, Wittkowski, & Morris, 2000). Nestes estudos, o grupo controle é descrito como terapia de apoio, não-diretiva e não-prescritiva, utilizando constructos característicos da terapia centrada no cliente, tais como empatia ou atitude apreciativa e não-julgadora (*non-judgmental prizing*). Entretanto, nenhum destes estudos utilizou *bona fide* terapia centrada no cliente, mas distorções ou arremedos de terapia centrada no cliente. Por exemplo, no estudo de Beck et al. (1992), comparando terapia cognitiva e ‘terapia de apoio breve baseada nos princípios da terapia centrada no cliente’ para transtorno do pânico, a terapia de apoio utilizada consistia em revisões semanais de 30 minutos dos ‘diários de pânico’ (*panic logs*) do paciente! Devido à generalizada utilização de terapeutas não-representativos da terapia centrada no cliente nestes ensaios comparativos, não é surpreendente que os resultados destes estudos sugiram uma eficácia superior das terapias cognitivo-comportamentais. Entretanto, o que é verdadeiramente surpreendente é que muitos desses estudos, ainda assim, encontraram equivalência de resultados entre o grupo experimental e o grupo controle! (e.g., Kolko et al., 2000; TARRIER et al., 2000).

Um recente ensaio clínico controlado, comparativo e aleatório utilizando *bona fide* terapeutas centrados no cliente foi realizado na Inglaterra por Ward et al. (2000). Participaram do estudo 464 pacientes do sistema público de saúde da Grã-Bretanha, com diagnóstico de depressão ou depressão mista com ansiedade. Os pacientes foram aleatoriamente encaminhados para dois grupos experimentais: terapia (*counselling*) não-diretiva e terapia cognitivo-comportamental. O tratamento usual com médico clínico geral (*usual general practitioner care*) foi utilizado como grupo controle. O Inventário Beck de depressão foi o principal instrumento de avaliação de resultados utilizado. Todos os três grupos melhoraram significativamente após tratamento. Após quatro meses, os pacientes que receberam tratamento psicológico (i.e., terapias não-diretiva e cognitiva-comportamental) obtiveram melhora significativamente superior ao do grupo controle, sem que houvesse diferença nos resultados entre as duas terapias. Entretanto, após 12 meses, não

foi mais encontrada diferença nos resultados entre os as terapias psicológicas e o tratamento com clínico geral.

Os resultados de Ward et al. (2000) contradizem estudos anteriores que sugerem a superioridade da terapia cognitiva-comportamental para o tratamento da depressão (e.g., Beck et al., 1992). De fato, recentes meta-análises de pesquisas de resultados nas psicoterapias humanistas confirmam a equivalência de resultados entre terapias humanistas ou experienciais e terapias cognitivo-comportamentais (Greenberg et al., 1994; Elliott, 1996; Elliott, 2002; Elliott, Greenberg, & Lietaer, 2004).

1.3.6. Meta-análise da efetividade das psicoterapias humanistas

Elliott (2002) lamenta que os terapeutas centrados no cliente dos Estados Unidos tenham, a partir da década de 60, perdido o interesse em desenvolver pesquisas de resultados. Considerando que as outras duas grandes correntes da psicoterapia humanista, a Gestalt-terapia e a terapia existencial, nunca desenvolveram suas próprias tradições de pesquisa, tornou-se fácil, a partir do final da década de 70, para os defensores das terapias cognitivas e comportamentais desprezar as terapias humanistas e considerá-las como irrelevantes e carentes de suporte empírico. Hoje em dia, existe uma ampla e difundida pressuposição no campo da psicoterapia de que as terapias humanistas são ineficazes. No entanto, Elliott afirma que esta pressuposição é incorreta. Existe, de fato, um substancial corpo de dados de pesquisa que apóia a efetividade das terapias humanistas.

Segundo Elliott (2002), existem diversas explicações para a invisibilidade da pesquisa em terapia humanista. Alguns dos estudos datam da década de 50 e são desconhecidos hoje em dia. Muitos estudos estão enterrados em cantos obscuros da literatura ou não são reconhecidos porque usam delineamento de grupo único, geralmente ignorado em meta-análises. Além disso, grande parte da literatura tem sido publicada somente em alemão, tornando-a inacessível para os “psicólogos mono-lingüais dos Estados Unidos” (p. 58).

Elliott vem desenvolvendo meta-análises da efetividade das psicoterapias humanistas desde 1994 (Greenberg et al., 1994; Elliott, 1996; Elliott, 2002; Elliott, Greenberg, & Lietaer, 2004). A mais recente meta-análise, publicada em 2004, inclui dados de tamanhos do efeito da mudança terapêutica (pré-pós) de 127 amostras de terapias humanistas (denominadas nesta última meta-análise de terapias experienciais) em 112 estudos, envolvendo 6.569 clientes. Das pesquisas revisadas, 42 são estudos controlados com lista de espera ou grupo sem tratamento, 74 são estudos comparativos com outros tratamentos e 5 são estudos comparativos entre diferentes

terapias experienciadas. Dentre o total, 52 estudos investigam a terapia centrada no cliente numa forma relativamente pura. Quase metade dos estudos foi desenvolvida na década de 90, demonstrando um recente ressurgimento da pesquisa de resultados das psicoterapias humanistas. Nessa ampla meta-análise, Elliott conclui que as terapias humanistas são de fato efetivas. Essa conclusão baseia-se em diversos indicadores:

- Clientes que participam de terapias humanistas mostram, na média, grande quantidade de mudança ao longo do tempo. A média de pré-pós efeito entre os 122 grupos de tratamento foi .99.
- As mudanças pós-terapia nas terapias humanistas são estáveis, podendo até aumentar após o término da terapia, e se mantêm em *follow-ups* de 12 meses.
- Em ensaios clínicos aleatórios com grupo controle de clientes sem tratamento, clientes que participam de terapias humanistas geralmente mostram mudança terapêutica substancialmente maior que clientes sem tratamento.
- Em ensaios clínicos aleatórios comparativos, clientes em terapias humanistas geralmente mostram quantidade de mudança equivalente a clientes em terapias não-humanistas, incluindo terapias cognitivo-comportamentais.

1.3.7. O veredicto do Pássaro Dodô

Ensaio clínicos comparativos (e.g., Elkin et al., 1980; Shapiro et al., 1994; Barkham et al., 1996) e amplas revisões de pesquisa (e.g. Elliott et al., 2004; Lambert & Ogles, 2004; Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Roth & Fonagy, 2004; Smith & Glass, 1977; Wampold, 2001) têm concluído que as terapias *bona fide* que têm sido ativamente pesquisadas tendem a ser igualmente efetivas. Esta equivalência nos resultados apresenta um paradoxo para pesquisadores e terapeutas, na medida em que as pesquisas de processo têm demonstrado claramente a existência de diferenças sistemáticas nas técnicas utilizadas pelos terapeutas (Stiles, Shapiro, & Elliott, 1986). A fala de um dos personagens de *Alice no País das Maravilhas*, o Pássaro Dodô, onde ele pronuncia seu veredicto para os participantes de uma corrida: “*Todos venceram e todos têm que receber prêmios*” (Carroll, 1865/1962, p.45) tem sido utilizada, há sete décadas, para descrever este paradoxo (e.g., Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975; Rozenzweig, 1936; Seligman, 1995).

Uma das possíveis explicações para este paradoxo é a de que resultados diferentes ocorrem, mas não são detectados pelas estratégias atuais de pesquisa (Lambert & Ogles, 2004;

Stiles, Shapiro, & Elliott, 1986). Pesquisadores comportamentais (e.g., Agras, Kazdin, & Wilson, 1979; Rachman & Wilson, 1980) consideram que os métodos tradicionais de avaliação são muito globais, imprecisos e baseados no “modelo médico” de conceitualização dos problemas psicológicos. Essas medições imprecisas provavelmente obscurecem as diferenças entre os efeitos das diferentes terapias. Da mesma forma, Luborsky (1995) critica a insensibilidade e superficialidade dos instrumentos de avaliação de resultados para detectar diferenças entre os tratamentos. Luborsky et al. (1975) observam que os resultados de pesquisa são normalmente baseados na *quantidade* de melhora sem revelarem diferenças na *qualidade* da melhora de cada tratamento. Consistente com esta hipótese, a meta-análise realizada por Shapiro e Shapiro (1982) revelou que instrumentos de avaliação de resultados específicos para os objetivos do tratamento obtiveram maiores efeitos.

Por conseguinte, Lambert e Hill (1994) sugerem que as pesquisas de resultados não devem focalizar apenas em avaliações de sintomas mas devem utilizar também instrumentos que sejam capazes de avaliar processos de mudança teoricamente importantes. Thomas e Seeman (1971) argumentam que a maneira mais potente de selecionar um instrumento de avaliação de resultados é permitir que a teoria determine a avaliação dos resultados. Da mesma forma, Elliott (2002) recomenda aos terapeutas humanistas o desenvolvimento de instrumentos que avaliem o funcionamento positivo e as forças e recursos que são teoricamente relevantes para as psicoterapias humanistas. Elliott (2000) constata que diversos domínios da mudança terapêutica que são relevantes às terapias humanistas como “contato com eu emocional”, “poder pessoal” e “experenciamento do mundo” são ignorados ou negligenciados pelos atuais instrumentos de avaliação de resultados (p. 111). Elliott considera que o desenvolvimento de bons instrumentos para avaliar este tipo de mudança no cliente é de alta prioridade. Da mesma forma, Stiles (2002) sugere o desenvolvimento de instrumentos de pesquisa que sejam capazes de mensurar os efeitos específicos das terapias humanistas, e que não se restrinjam a avaliações globais ou de ‘intensidade de sintomas’.

1.4. Instrumentos para avaliação de resultados da psicoterapia centrada na pessoa

Na revisão da literatura, foram encontrados apenas cinco instrumentos que poderiam ser utilizados para avaliar efeitos específicos da psicoterapia centrada na pessoa. Estes instrumentos são descritos a seguir:

1.4.1. Q-Sort

Com o objetivo de investigar a hipótese de que a psicoterapia centrada na pessoa promove uma diminuição na discrepância entre o *eu real* (como o indivíduo se percebe) e o *eu ideal* (como o indivíduo gostaria de ser), o grupo de pesquisas de Rogers na universidade de Chicago desenvolveu um instrumento denominado *SIO Q-Sort* (Butler & Haigh, 1954; Hartley, 1951; Rogers, 1951). Um conjunto de cem (100) sentenças curtas descritivas do eu foram retiradas aleatoriamente de um grande número de transcrições de sessões, refinadas com o propósito de torná-las mais claras e distintivas, e copiadas em cartões. Esta seleção de sentenças inclui uma ampla variedade de maneiras de perceber o eu, como, por exemplo: “Eu sou uma pessoa submissa”, “Eu sou uma pessoa que trabalha duro”, “Eu estou realmente perturbado”, “Eu tenho receio de discordar abertamente de alguém”. O participante é solicitado a classificar estes cartões em nove colunas, com os itens menos característicos do seu eu (*unlike-me*) na coluna zero e aqueles mais característicos na coluna 8 (*like-me*). O participante tem que colocar em cada coluna um número definido de cartões - 1, 4, 11, 21, 26, 21, 11, 4, 1, respectivamente - de forma a forçar uma distribuição normal. O participante também é instruído a agrupar os cartões duas vezes, primeiramente de acordo com a percepção que tem de si mesmo (“agrupe estes cartões de forma a descrever como você se vê hoje”) e posteriormente de acordo com a percepção do seu eu ideal (“agora agrupe estes cartões de forma a descrever a pessoa que você acha ideal – a pessoa que você mais gostaria de ser”). A correlação entre estes dois agrupamentos fornece o índice de discrepância entre o eu real e o eu ideal.

Posteriormente, Dymond (1954) adaptou o instrumento Q-Sort para criar um ‘Índice de Ajustamento - Q’. Juízes especialistas em psicologia clínica classificaram as sentenças do Q-Sort em dois grupos: aquelas que pessoas ‘bem-ajustadas’ não usariam para se descrever e aquelas que pessoas ‘bem-ajustadas’ usariam para se descrever. Do total, 37 sentenças foram selecionadas para cada grupo e 26 sentenças foram descartadas por serem consideradas não discriminativas de bom-ajustamento. Elaborou-se, assim, um modelo de referência de como a pessoa ‘bem-ajustada’ se descreveria. De acordo com este modelo, 37 indicadores positivos deveriam ser colocados do lado da distribuição que corresponde ao ‘*como eu sou*’ (*like me*) - qualquer ponto da escala entre as colunas 5 e 8 - e 37 indicadores negativos deveriam ser colocados do lado ‘diferente de como eu sou’ (*unlike me*) da distribuição - entre as colunas 3 e 0. Para calcular o ‘Índice de Ajustamento – Q’, computa-se o número de itens que o participante colocou na mesma posição que a do modelo da pessoa ‘bem-ajustada’. O escore, portanto, varia

de 74, no caso de uma correspondência perfeita com o modelo de bom-ajustamento a zero, no caso de nenhuma correspondência.

Embora o instrumento Q-Sort tenha sido uma peça fundamental no desenvolvimento das pesquisas de resultados e na formulação da teoria da mudança terapêutica da psicoterapia centrada na pessoa durante as décadas de 40 e 50, ele apresenta uma séria limitação que impediu sua ampla utilização em estudos posteriores: é um instrumento que exige muito tempo de aplicação e assistência individualizada. Este fator torna bastante difícil a utilização do instrumento em estudos com grandes amostras. Outra limitação do Q-Sort se refere ao fato dele avaliar somente uma dimensão da mudança terapêutica - a congruência entre eu real e eu ideal -, tendo em vista que a teoria da psicoterapia centrada na pessoa postula outras dimensões (ver tópico 1.2.12) que não são abarcadas pelo instrumento.

1.4.2. Questionários de Autoconceito

Watson (2001) desenvolveu dois questionários para medir a discrepância entre o eu real e o eu ideal: o Questionário de Autoconceito – Constructos Pessoais (*Self-Concept Questionnaire – Personal Construct, SCQ-PC*) e o Questionário de Autoconceito – Constructos Convencionais (*Self-Concept Questionnaire – Conventional Construct, SCQ-CC*). Além da discrepância entre eu real e eu ideal, estes questionários também avaliam a discrepância entre o eu real e o eu ‘que deveria ser’ (*ought self*). Estes questionários são administrados através de um programa de computador que elicita as características descritivas do autoconceito na forma de constructos bipolares. A versão ‘Constructos Pessoais’ utiliza questões abertas para elicitar 36 componentes do autoconceito ao passo que a versão ‘Constructos Convencionais’ utiliza 28 características retiradas do “*Adjective Check List*”. Ambas versões do Questionário de Autoconceito apresentam adequada confiabilidade intra-observador e validade convergente, discriminante e de constructo (Bryan, Watson, Babel, & Thrash, 2006).

Em comparação com o instrumento Q-Sort, os Questionários de Autoconceito apresentam a vantagem de utilizarem um tempo de administração relativamente breve. Entretanto, assim como o Q-Sort, eles são instrumentos de alcance limitado na avaliação de resultados da psicoterapia centrada na pessoa na medida em que avaliam somente uma dimensão da mudança terapêutica - a discrepância/congruência entre eu real e eu ideal.

1.4.3. Inventário de Orientação Pessoal

Shostrom (1964) desenvolveu um instrumento para mensurar a ‘auto-atualização’ (*self-actualization*), denominado Inventário de Orientação Pessoal (*Personal Orientation Inventory - POI*). O instrumento consiste de 150 itens elaborados a partir de diversas formulações teóricas da psicologia humanista, existencial e da gestalt-terapia. Os principais constructos utilizados no desenvolvimento do instrumento são ‘direcionalidade interna e externa’ (*inner- and other-directedness*) de Riesman, Glazer e Denney (1950), ‘auto-atualização’ de Maslow (1962) e orientação temporal (*time orientation*) de Perls (1947) e May e Angel (1958).

Contudo, a validade de constructo e as características psicométricas do POI têm sido bastante criticadas na literatura (e.g. Ray, 1984; Weiss, 1987, 1991; Whitson & Olezak, 1991). De acordo com Weiss (1987), a confiabilidade da consistência interna do instrumento está abaixo dos níveis aceitáveis. Weiss (1987, 1991) conclui que o POI é incapaz de discriminar entre pessoas ‘auto-atualizadas’ e ‘normais’ e que o instrumento mede alguma outra variável, com uma correlação de fraca a moderada com o constructo da auto-atualização.

Ademais, o POI não foi desenvolvido prioritariamente com base no constructo da ‘pessoa em funcionamento pleno’ da teoria de Rogers, mas, em sua maior parte, em constructos oriundos da psicologia existencial e da gestalt-terapia. Portanto, não constitui um instrumento adequado para avaliar a mudança terapêutica tal como é postulada na teoria da psicoterapia centrada na pessoa. Outra característica problemática do instrumento é o grande número de itens, 150, o que o torna de difícil aplicação.

1.4.4. Inventário de Sentimentos, Reações e Crenças

Cartwright e Mori (1988) desenvolveram um instrumento para mensurar aspectos da personalidade conforme descritos pela teoria de Rogers, o Inventário de Sentimentos, Reações e Crenças (*Felings, Reactions, and Beliefs Survey – FRBS*). O instrumento consiste de 130 itens, distribuídos em nove escalas: Focalização da Atenção Consciente (*Focusing Conscious Attention*), Abertura a Sentimentos nos Relacionamentos (*Openness to Feelings in Relationships*), Confiança no Eu como um Organismo (*Trust in Self as an Organism*), Pessoa em Funcionamento Pleno (*Fully Functioning Person*), Sentimento de Incômodo com Pessoas (*Feeling Uncomfortable with People*), Lutando com Sentimentos de Inferioridade (*Struggling with Feelings of Inferiority*), Sentimento de Ambivalência nos Relacionamentos (*Feeling*

Ambivalent in Relationships), Abertura a Experiências Transcendentais (*Openness to Transcendent Experiences*) e Crenças Religiosas-Espirituais (*Religio-spiritual Beliefs*).

Embora o instrumento tenha demonstrado adequada consistência interna e alguma evidência de validade externa (Cartwright & Mori, 1988; Cartwright, DeBruin, & Berg, 1991), a validade de face (*face validity*) do constructo de quatro das sub-escalas é questionável. Não existe relação teoricamente significativa e relevante entre a teoria da personalidade de Rogers (1959) e as escalas ‘Focalização da Atenção Consciente’, ‘Sentimento de Ambivalência nos Relacionamentos’, ‘Abertura a Experiências Transcendentais’ e ‘Crenças Religiosas-Espirituais’. Ademais, muito dos itens das outras escalas também possuem questionável validade de face, como, por exemplo: ‘Algumas vezes você se sente que não é tão inteligente quanto os outros’ (*Sometimes you feel you are not so smart as others*) e ‘Eu nunca me sinto profundamente triste’ (*I never feel sad deep down*). Da mesma forma que o Inventário de Orientação Pessoal, o grande número de itens do FRBS também torna-o de difícil aplicação em pesquisas clínicas.

1.4.5. Escalas de Experienciação de Emoções

Behr e Becker (2002) desenvolveram um instrumento multidimensional para mensurar o grau de experienciação e de valoração e regulação de sentimentos, denominado Escalas de Experienciação de Emoções (*Scales for Experiencing Emotions*). O instrumento baseia-se nas teorias da personalidade centrada na pessoa e experiencial e em conceitos de inteligência emocional, consistindo de 46 itens distribuídos em sete escalas: Aceitação das próprias Emoções (*Accepting own Emotions*), Experiência de Emoções Extremas (*Experiencing Overwhelming Emotions*), Experiência de Ausência de Emoções (*Experiencing Lack of Emotions*), Simbolização Corporal de Emoções (*Bodily Symbolization of Emotions*), Simbolização Imaginativa de Emoções (*Imaginative Symbolization of Emotions*), Experiência de Regulação de Emoções (*Experiencing Regulation of Emotions*) e Experiência de Auto-Controle (*Experiencing Self-Control*).

A confiabilidade das escalas, medida pela alfa de Cronbach, é bastante adequada, (variando de .79 a .85), considerando o baixo número de itens em cada escala (de 4 a 9). A intercorrelação entre as escalas é baixa (.22 na média, variando de .40 a .41), o que indica que elas podem ser consideradas como independentes entre si. As escalas também apresentaram adequada evidência de validade convergente e discriminante.

Entretanto, apesar das boas qualidades psicométricas do instrumento, apenas duas das escalas possuem relação teórica significativa e relevante com a teoria da mudança terapêutica de Rogers: as escalas ‘Aceitação das próprias Emoções’ e ‘Experiência de Ausência de Emoções’. As outras escalas apresentam constructos relevantes apenas para as teorias experienciais e de inteligência emocional.

1.5. Objetivos

Considerando a importância do desenvolvimento de pesquisas de resultados na psicoterapia centrada na pessoa e a ausência de instrumentos com qualidades psicométricas adequadas para a mensuração dos resultados específicos desta abordagem terapêutica, visamos, com este estudo, construir e validar um instrumento de avaliação de resultados de psicoterapia que seja capaz de mensurar as dimensões da mudança terapêutica postuladas pela teoria da terapia de Carl Rogers.

CAPÍTULO II. MÉTODO

2.1. Item Preparation

Items were developed from sentences selected in Rogers' writings where he described the person after therapy, or the 'fully functioning person' (Rogers, 1951, 1959, 1967). These Rogers' sentences were slightly adapted to fit in a 'self-report' model of questionnaire. Eventually 51 items were developed, covering six dimensions of therapeutic change described by Rogers in his theory of therapy: "Internal Locus of Evaluation", "Openness to Experience", "Self-Liking", "Existential Living", "Acceptance of Others" and "Psychological Adjustment" (see Table 1).

Table 1
Dimensions and Items of the Strathclyde Inventory

Dimension	Item	- ve	No
LE	I try to be what others think I should be	-	3
LE	I look to others for approval or disapproval	-	8
LE	I don't look to others for decisions and choices		20
LE	I feel that I have to do things because they are expected of me		26
LE	I live in ways which feel deeply satisfying to me		29
LE	I take responsibility for my choices		33
LE	I use to let others make choices for me	-	37
LE	I frequently conform to what others think or want	-	50
OE	I am able to be spontaneous and genuine		1
OE	I trust in my own feelings and reactions to situations		5
OE	I feel afraid of my emotional reactions	-	7
OE	I listen sensitively to myself		14
OE	I am afraid of some of my feelings	-	19
OE	I am not aware of my feelings	-	27
OE	I am aware of my own impulses, my own desires, opinions and subjective reactions in general		30
OE	I can hear my own inner reactions and feelings		38

(table continues)

Dimension	Item	- ve	No
OE	I accept <i>all</i> my feelings and reactions		40
SL	I feel worthy of being liked		4
SL	I don't like myself	-	11
SL	I feel that the 'core' of myself is something positive		17
SL	I am quite pleased with who I am		21
SL	I often condemn myself for my attitudes and behavior	-	25
SL	I am a person of worth		31
SL	I often feel hopeless about myself	-	34
SL	I feel a quiet pleasure in being myself		47
SL	What I feel like being is all right		51
EL	I live fully in each new moment		9
EL	I feel uncomfortable changing from day to day	-	13
EL	I feel that I cannot be who I 'truly' am	-	15
EL	I express myself in my own unique way		18
EL	I feel truly myself		23
EL	I live in a way which expresses who I am		32
EL	I hide some elements of myself behind a "mask"	-	35
EL	I experience myself as a living, fluctuating process		36
EL	I continually discover new aspects of myself		49
AO	I feel accepting towards others		6
AO	I frequently find myself "on guard" when relating with others	-	10
AO	I have very satisfying personal relationships		16
AO	I easily feel threatened by others' words or behavior	-	42
AO	I feel uncomfortable perceiving that other people are different from me	-	44
AO	I let other people be who they are.		46
AO	I am able to understand those with whom I have personal contact		48
PA	I am effective in problem solving		2

(table continues)

Dimension	Item	- ve	No
PA	I feel an internal strain	-	12
PA	I am confident		22
PA	I am able to adapt to new situations of life		24
PA	I often feel anxious	-	28
PA	I feel vulnerable	-	39
PA	Sometimes I do things that are not myself, which I cannot control	-	41
PA	I am able to resolve my own conflicts		43
PA	I am competent to cope with life		45

SL, Self-Liking; LE, Internal Locus of Evaluation; OE, Openness to Experience; EL, Existential Living; AO, Acceptance of Others; PA, Psychological Adjustment; -ve, reversed scored item.

A four-point rating scale was used, ranging from ‘Fits me pretty much’ (0) to ‘Clearly doesn’t fit me’ (3). Thirty items were positively framed (higher scores indicate more ‘fully functioning’), and 21 items were negatively framed and later reverse scored (See Appendix A).

2.2. Participants

The participants were recruited directly in several sites (e.g., counselling courses, a person-centred conference) and through advertisements in person-centred websites and counselling magazines. The sample (N = 122) consisted of 87 females and 35 males with a mean age of 46.62 years (SD = 12.3). 70 participants (57.4%) were involved in counselling or counselling related occupations.

2.3. Measures

The evaluation of convergent and discriminant validity was accomplished through the strategy of correlating the Strathclyde Inventory with other measures of constructs theoretically related to the concept of the ‘fully functioning person’ (convergent validity) as well as measures of constructs presumably unrelated to it (discriminant validity).

Convergent validity was assessed through comparisons with Scales for Experiencing Emotions - SEE (Behr & Becker, 2002) (See Appendix B) and Rosenberg Self-Esteem Scale (Crandal, 1973) (See Appendix C). The Scales for Experiencing Emotions is a multidimensional

measure of experiencing, valuing and regulation of feelings which is based on person-centered and experiential theory of personality and concepts of emotional intelligence. Two of its subscales were used for this analysis: ‘Accepting own Emotions’ and ‘Experiencing Lack of Emotions’. The Rosenberg Self-Esteem Scale is the most widely-used self-esteem measure in social science research. In concordance with the person-centred construct of the fully functioning person, we expected high positive correlations of the Strathclyde Inventory with the ‘Accepting own Emotions’ and Rosenberg Self-Esteem scales, and high negative correlations with the scale ‘Experiencing Lack of Emotions’.

Discriminant validity was assessed through comparisons with CORE-OM, Clinical Outcome and Routine Evaluation Outcome Measure (Evans et al., 2002) (See Appendix D) and the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale (Strahan & Gerbasi, 1972) (See Appendix E). The CORE-OM is a standardized brief outcome measure, with domains of subjective well-being, symptoms, function and risk. The Marlowe-Crowne Social Desirability Scale is the most commonly used social desirability bias assessment, and assesses the individual’s need for approval. We expected the Strathclyde Inventory to have a low negative correlation with the CORE-OM and to be uncorrelated with the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale.

2.4. Procedures

The participants who volunteered to participate in the study received an information letter (See Appendix F) and the measures cited above (Strathclyde Inventory, Marlow-Crowne Social Desirability Scale, CORE, Behr’s Stuttgart Emotional Experiencing Scale and Rosenberg Self-Esteem Scale), along with a stamped envelope addressed to the researcher. They were asked to respond all the measures and to post them to the researcher. These procedures were approved by the Departmental Ethics Committee of the Faculty of Education of University of Strathclyde.

CAPÍTULO III. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Descriptive Analysis

The overall mean score of SI items was 2.25 (SD = 0.51). The smallest modal score was 2.3, with a median of 2.33. The scores ranged from 0.4 to 3. There were two outliers, with scores < 0.8 (Figure 1).

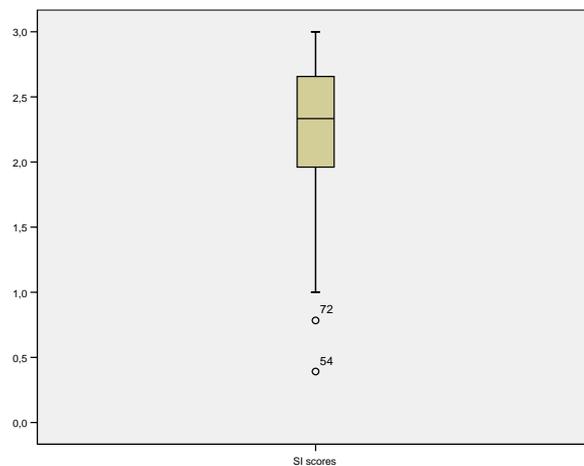


Figure 1. Boxplot of mean score for all items.

The box encloses the interquartile range (IQR) (i.e., encloses the middle 50% of scores) and the line through the box marks the sample median. 'Whiskers' extended above and below the box indicate the top and the bottom quartile respectively (i.e., the range between which the highest and the lowest 25% of scores fall). There are two outliers.

The z-score for skewness was - 4.11 ($P < .001$), indicating a pile-up of the scores on the right distribution and the z-score for kurtosis was 2.09 ($P < .01$), indicating a pointy distribution (Figure 2). The K-S test of normality confirmed the deviation from normal distribution, with $D(108) = 0.096$, $P < .05$.

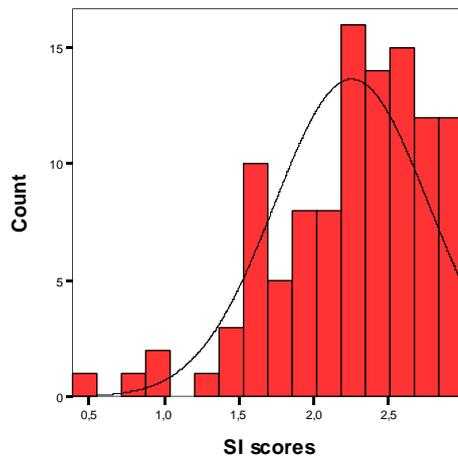


Figure 2. Histogram of SI scores.

Since a large percentage of the respondents were involved in counselling related occupations, it was necessary to check whether this factor would have biased the results significantly. The mean score for the respondents whose occupation was related to counselling was higher ($M = 2.32$, $Mdn = 2.39$, $N = 63$, $SD = 0.06$) than the mean score for the respondents whose occupation was not related to counseling ($M = 2.19$, $Mdn = 2.33$, $N = 31$, $SD = 0.09$). However, the confidence intervals for both groups overlapped considerably (Figure 3) and the Mann-Whitney U test showed that the difference between these two groups was not statistically significant ($U = 830.5$, ns). In fact, the effect size ($r = -.12.$) was very small indeed.

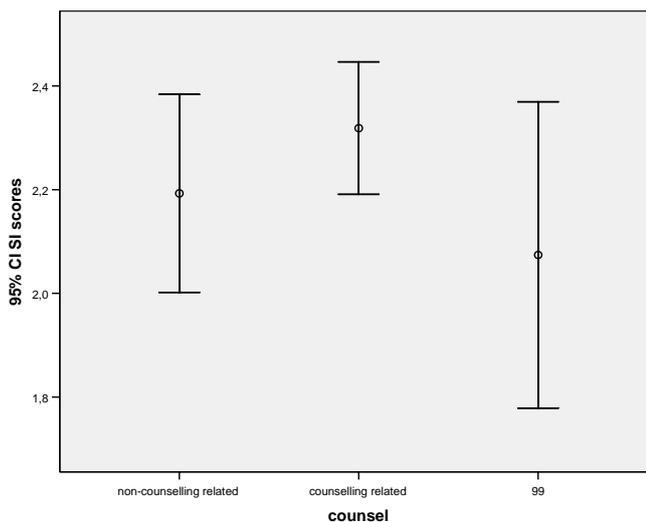


Figure 3. Error bar graph showing confidence intervals of SI mean scores for participants with counseling and non-counseling related occupations.

Although the mean score for females was higher ($M = 2.33$, $N = 76$, $SD = 0.05$) than the mean score for males ($M = 2.1$, $N = 29$, $SD = 0.11$), the Mann-Whitney U test showed that this difference was not statistically significant ($U = 834.5$, ns , $r = -.19$). The correlation between age and SI mean score indicated a small increase in score with age ($\rho = .27$, $P = 0.07$), with the variable age explaining about 7% of the total variance in the SI mean score.

3.2. Item Selection

The preliminary step in the process of item selection consisted of the removal of two items out of three pairs which intercorrelated higher than .70. The items removed were 'I live in ways which feel deeply satisfying to me' and 'I feel that I cannot be who I truly am'.

Since the initial correlation between SI and CORE scores was very high ($\rho = -0.69$, $P < 0.01$), we proceeded to drop out the 8 items which had absolute correlations with CORE higher than 0.5. These items were 'I don't like myself', 'I feel an internal strain', 'I am quite pleased with who I am', 'I am able to adapt to new situations of life', 'I often feel hopeless about myself', 'I feel vulnerable', 'I am competent to cope with life', and 'I feel a quiet pleasure in being myself'. In addition, the item 'I often feel anxious' was subsequently dropped out because it was found to have poor face validity, since 'anxiety' is not a construct specific of person-centred therapy.

3.3. Exploratory Factor Analysis

The remaining 40 items were inter-correlated and the resulting matrix was subjected to principal axis factoring. Prior to the factoring, the matrix was assessed for psychometric adequacy using Bartlett's test of sphericity and the Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy (MSA). Both measures of psychometric adequacy suggested that the correlation matrix was suitable for factor analysis: Bartlett's test of sphericity indicated that the items were interdependent ($\chi^2 = 2482.9$, $P < 0.001$); the Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy was well above the 0.5 minimally accepted level ($MSA = .85$), indicating that the items belonged together psychometrically.

The scree plot (Figure 4) showed the very large proportion of the variance in the first component (33,74%) and suggested a clear break between the second and third factors, indicating that a two-factor solution was suitable for rotation (Cattell, 1966).

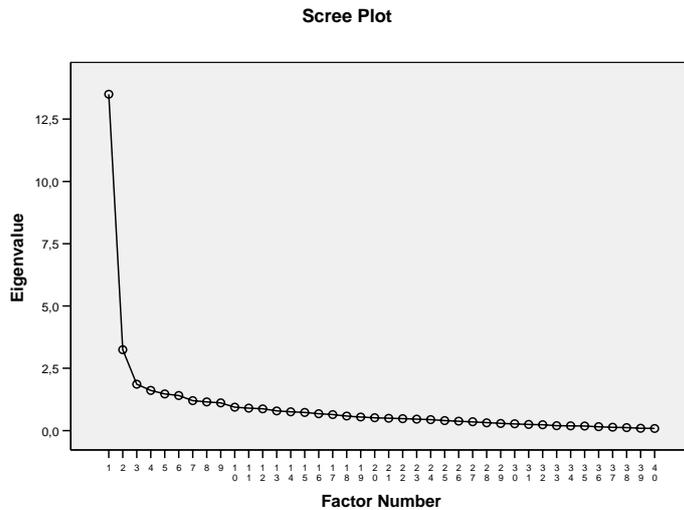


Figure 4. Scree plot of the eigenvalues in the factor analysis.

Examination of the factor loadings for the two-factor solution after varimax rotation revealed that 10 items had loadings < 0.5 . Since the instrument had too many items for only two factors, these items were eliminated⁷. The remaining items were again factor analyzed (principal axis factoring, two factors rotated to a varimax solution). The results are present in Table 2.

Table 2
Rotated Factor Matrix Loadings, Means and Standard Deviations

Theoretical dimension	Item	-ve	No	Congruence/ Experiential Fluidity Factor	Incongruence/ Experiential Constriction Factor	Mean	SD
EL	I feel truly myself		23	.725	.363	2.14	.869
EL	I live in a way which truly expresses who I am		32	.666	.331	2.01	.966
OE	I am aware of my feelings		27	.647	.119	2.71	.582

(table continues)

⁷ An exception was made for the item 'I don't look to others for decisions and choices' which was instead re-written for the subsequent test of the second version of the instrument. It became 'I make decisions and choices based on my own internal sense of what is right'. The corrected item-total correlation of this item was 0.464 and the Cronbach's Alpha of the scale did not rise if this item were deleted.

Theoretical dimension	Item	-ve	No	Congruence/ Experiential Fluidity Factor	Incongruence/ Experiential Constriction Factor	Mean	SD
OE	I am aware of my own impulses, my own desires. opinions and subjective reactions in general		30	.644	.259	2.57	.692
PA	I am confident		22	.627	.367	2.15	.779
EL	I express myself in my own unique way		18	.623	.053	2.66	.640
EL	I live fully in each new moment		9	.610	.263	1.71	.922
OE	I am able to be spontaneous and genuine		1	.595	.081	2.57	.615
OE	I trust in my own feelings and reactions to situations		5	.595	.244	2.57	.679
SL	I am a person of worth		31	.577	.463	2.55	.695
PA	I am able to resolve my own conflicts		43	.567	.232	2.32	.777
AO	I am able to understand those whom I have personal contact		48	.555	.166	2.56	.590
SL	What I feel being is all right		51	.554	.361	2.33	.833
AO	I have very satisfying personal relationships		16	.550	.131	2.23	.889
OE	I accept all my feelings and reactions		40	.541	.347	1.93	.950
OE	I listen sensitively to myself		14	.540	.215	2.30	.897
OE	I can hear my own inner reactions and feelings		38	.511	.057	2.56	.803
LE	I take responsibility for my choices		33	.504	.119	2.67	.595
LE	I don't look to others for decisions and choice		20	.414	.258	1.96	1.03
LE	I look to others for approval or disapproval	-	8	.222	.721	1.87	.983
OE	I am afraid of some of my feelings	-	19	.147	.716	1.89	1.10
OE	I feel afraid of my emotional reactions	-	7	.132	.700	2.18	.983
LE	I frequently conform to what others think or want	-	50	.288	.680	2.30	.840
LE	I feel that I have to do things because they are expected of me	-	26	.263	.679	1.80	1.02
LE	I try to be what others think I should be	-	3	.182	.669	2.24	.902
SL	I often condemn myself for my attitudes and behaviour	-	25	.257	.655	1.93	1.16
AO	I easily feel threatened by others' words or behaviour	-	42	.294	.603	2.02	1.01
EL	I hide some elements of myself behind a "mask"	-	35	.218	.603	1.75	1.04

(table continues)

Theoretical dimension	Item	-ve	No	Congruence/ Experiential Fluidity Factor	Incongruence/ Experiential Constriction Factor	Mean	SD
PA	Sometimes I do things that are not myself, which I cannot control	-	41	.078	.578	2.34	.859
AO	I frequently find myself "on guard" when relating with others	-	10	.191	.570	1.90	1.05

LE, Internal Locus of Evaluation; OE, Openness to Experience; EL, Existential Living; AO, Acceptance of Others; PA, Psychological Adjustment; -ve, reversed scored item.

The two factor solution accounted for 43.41% of the total variance. The rotated factor matrix showed a clear separation of the items into a positively worded group (Factor 1) and a negatively keyed group (Factor 2). Factor 1 (with 19 items) accounted for 23.42% of the total variance and Factor 2 (with 11 items) accounted for 19.99% of the total variance. The percentage of nonredundant residuals with absolute values greater than 0.05 was 41%, which indicates an adequate fit of the two factors model.

The size and pattern of the loadings on these two factors indicated that they are not simply an artifact of using both positively and negatively keyed items (i.e., simply reflecting participants responding differently to the negative items), but that they are measuring something important. The first factor seems to be tapping into experiential processing, fluidity, congruence and self-acceptance, with 11 of its items (about 58%) originating from the ‘Existential Living’ and ‘Openness to Experience’ dimensions. The second factor, with 4 items (about 36%) originating from the ‘Locus of Evaluation’ dimension, seems to capture a sense of fear, interpersonal/experiential constriction and incongruence. Therefore, these factors were named ‘*Congruence/Experiential Fluidity*’ and ‘*Incongruence/Experiential Constriction*’ respectively.

3.4. Internal Consistency, Convergent and Discriminant Validity

The remaining 30 items of the Strathclyde Inventory demonstrated excellent internal consistency (Cronbach’s alpha = 0.94), as did each of the two factors (Cronbach’s alpha for the first and two factors were 0.92 and 0.90 respectively).

Table 3 presents the Spearman correlations of Strathclyde Inventory and its two factors with the referential measures used in this study (it should be noted that the items in the

'Incongruence/Experiential Constriction' were reverse scored). Consistent with our predictions, the results showed that the SI has strong positive relation with 'Self-Esteem' and 'SEE - Accepting own Emotions' scales. These findings are expected theoretically since self-esteem and self-acceptance are intrinsic characteristics of the fully functioning person. Also consistent with our predictions, the SI showed a strong negative correlation with 'SEE - Experiencing Lack of Emotions'. Although this correlation was rather smaller than the former correlations it is still quite high and significant. This finding is also highly expected theoretically since the 'fully functioning person' is characterised by the full experiencing of feelings and emotions. Yet not previously expected, the 'SEE – Experiencing Overwhelming Emotions' scale also showed high negative correlation with the SI. This scale describes "individuals who suffer from an overload of emotions and thoughts, and wish they had less" (Behr & Becker, 2002 p.158). This result is coherent with the theory of the 'fully functioning person' which sustains that the individual who is open to the wide range of his own experiences will achieve a positive adjustment to life and won't be overwhelmed by the intensity of their emotions and feelings. The other four SEE scales, 'Imaginative Symbolisation of Emotions', 'Experiencing Self-Control', 'Bodily Symbolisation of Emotions' and 'Experiencing Regulation of Emotions' did not show significant correlation with SI. These results would have been expected theoretically since these scales do not represent person-centred constructs but concepts derived from emotional intelligence theory. The high correlation between SI and CORE indicates that the SI showed greater than expected overlap with clinical distress. The correlation of .27 with Marlowe-Crowne Social Desirability Scale indicates that SI presented only a modest degree of social desirability bias.

Table 3
Spearman Correlations with Referential Measures

	Congruence/ Experiential Fluidity Factor	Incongruence/ Experiential Constriction Factor	All items
RSE	.69**	.58**	.72**
SEE – Accepting own emotions	.66**	.60**	.70**
SEE – Lack of emotions	-.53**	-.47**	-.56**
SEE – Overwhelming emotions	-.51**	-.70**	-.69**
SEE – Bodily symbolization	.27**	.17	.23*
SEE – Imaginative symbolisation	-.14	-.19*	-.19*
SEE – Regulation of emotions	-.09	-.20*	-.18
SEE – Self-control	-.06	-.10	-.07
CORE – All items	-.55**	-.63**	-.65**
CORE - Well-being	-.50**	-.58**	-.60**
CORE - Problems/ Symptoms	-.52**	-.60**	-.61**
CORE – Life Functioning	-.52**	-.52**	-.58**
CORE – Risk	-.18	-.32**	-.31**
MC	.32**	.21*	.27**

Bold values indicate the strongest (or equal strongest) correlations with SI factors. RSE, Rosenberg Self Esteem Scale; SEE, Scales for Experiencing Emotions; CORE, Clinical Outcome Routine Evaluation; MC, Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. ** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

3.5. Discussion

The Strathclyde Inventory was found to have excellent item-reliability and showed good convergence with related measures. It was not substantially associated with social desirability, but showed greater than desired overlap with clinical distress. However, it is a well-recognised problem that self-report instruments can be very good at measuring degrees of distress yet far less good at making conceptual distinctions of the experience of distress (Lambert & Hill, 2004; Stiles, personal communication, March 30, 2005). So, this result would have been expected.

Moreover, the high correlation between SI and CORE would indicate that the characteristics of the ‘fully functioning person’ described in person-centred theory might be considered as a ‘mirror image’ or constituting opposite of clinical distress. This interpretation would go in the same direction of the work developed recently by Hatcher, Barends and Rogers (2006), who are developing a measure of interpersonal strengths to mirror the Inventory of Interpersonal Problems. It means that although SI might be considered ‘redundant’ with distress measures like CORE, this fact would not imply that the SI is not valuable or useful. In fact, this redundancy would indicate that measuring pathology is not so necessary since it is redundant with growth-oriented measures. This result is highly consistent with the claims of the current movement of positive psychology (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Rich, 2001).

The promising results of this study indicate that the Strathclyde Inventory is potentially a very useful tool for research on the effectiveness of person-centred therapy and training. It is a nonpathology-oriented instrument that person-centred therapists would feel more comfortable using and that would fit the outcomes of person-centred therapy better than the standard outcomes measures. Well supported by these results, the investigators are currently undertaking the test of the revised version of the Strathclyde Inventory which was developed from the results of this initial study.

CAPÍTULO IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No desenvolvimento deste estudo, tivemos o imenso privilégio de trabalhar sob a orientação do Dr. Robert Elliott, atualmente uma das maiores autoridades na pesquisa em psicoterapia humanista/experiencial. Elliott já foi presidente da *Society for Psychotherapy Research* e teve a ‘consagração’ de ter a sua meta-análise da efetividade das psicoterapias experienciais publicada na última edição do *Bergin and Garfields’s Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, em 2004. Desta forma, receber o apoio, incentivo e orientação do Dr. Elliott no desenvolvimento do Inventário Strathclyde representou para nós a confiança de que este instrumento realmente poderá contribuir de forma significativa para o desenvolvimento das pesquisas de resultados na psicoterapia centrada na pessoa.

Os resultados deste estudo já foram apresentados em três congressos internacionais de psicoterapia (Freire, Cooper, & Elliott, Maio, 2006; Junho, 2006; Julho, 2006) e foram recebidos com entusiasmo pela comunidade internacional de pesquisadores da abordagem centrada na pessoa. Os terapeutas que participaram do estudo também expressaram grande satisfação com a perspectiva de poderem utilizar um instrumento de avaliação de resultados que se enquadra (*fit*) na sua prática centrada na pessoa. Muitos terapeutas que trabalham no sistema público de saúde da Grã-Bretanha (*NHS – National Health System*) comentaram do seu desconforto em terem que aplicar o *CORE-OM* (que é o instrumento adotado oficialmente pelo NHS para a avaliação de rotina) com os seus clientes, por ser um instrumento orientado para os sintomas e para a patologia.

Assim, os resultados promissores deste estudo e a recepção extremamente positiva e encorajadora da comunidade de terapeutas e pesquisadores da abordagem centrada na pessoa têm nos incentivado a prosseguir no desenvolvimento do Inventário Strathclyde. A segunda versão do inventário (Ver Anexo G), desenvolvida com base nos resultados deste primeiro estudo, já se encontra em fase de teste. Além dos 20 ítems que foram retirados, outras modificações substanciais foram realizadas. Elliott sugeriu a utilização do tempo verbal passado na elaboração dos ítems, a fim de tornar o instrumento mais adequado ao estudo de resultados de psicoterapia. Também foi alterado o tipo de escala *likert* utilizada, pois muitos participantes apontaram que a escala *likert* utilizada era bastante problemática e encontraram dificuldade em escolher a opção correta (este *feedback* foi obtido porque anexamos ao Inventário Strathclyde uma folha solicitando *feedback* dos participantes em relação ao instrumento). Já aplicamos o teste da segunda versão do Inventário em uma amostra de cerca de 300 participantes (Elliott aplicou o

inventário em cerca de 200 estudantes da sua universidade nos EUA). Após a análise dos resultados nessa amostra, realizaremos o teste do inventário em uma amostra clínica.

Também estamos desenvolvendo a tradução do Inventário Strathclyde para o português e pretendemos em breve iniciar a validação do instrumento no Brasil. Infelizmente, a pesquisa em psicoterapia no Brasil ainda se encontra em fase bastante incipiente (ver Araújo & Wiethaeuper, 2003). Esperamos, desta forma, que o Inventário Strathclyde possa servir de estímulo para a realização de pesquisas de resultados da psicoterapia centrada na pessoa também no Brasil.

REFERÊNCIAS

- Agras, W. S., Kazdin, A. E., & Wilson, G. T. (1979). *Behavior therapy: Towards an applied clinical science*. San Francisco: Freeman.
- Araújo, M. S., & Wiethaeuper, D. (2003). Considerações em torno das atuais correntes predominantes da pesquisa em psicoterapia. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 5(1), 33-52.
- Baker, N. (2004). Experiential person-centred therapy. In P. Sanders (Ed.), *The tribes of the person-centred nation: An introduction to the schools of therapy related to the person-centred approach* (pp. 67-95). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Barkham, M., Rees, A., Shapiro, D. A., Stiles, W. B., Agnew, R. M., Halstead, J., Culverwell, A., & Harrington, V. M. G. (1996). Outcomes of time-limited psychotherapy in applied settings: Replicating the Second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1079-1085.
- Barrett-Lennard, G. T. (1962). Dimensions of therapist response as casual factors in therapeutic change. *Psychological Monograph*, 76 (43. Whole No. 562)
- Barrett-Lennard, G. T. (1998). *Carl Rogers' helping system: Journey and substance*. London: Sage.
- Beck, A. T., Sokol, L., Clark, D. A., Berchick, R., & Wright, F. (1992). A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 778-83.
- Behr, M., & Becker, M. (2002). Congruence and experiencing emotions: Self-report scales for the person-centered and experiential theory of personality. In J. C. Watson, R. N. Goldman, & M. S. Warner (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy: Advances in theory, research and practice* (pp. 150-167). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Boehne, H., Finke, J., & Teusch, L. (1998). Effekte stationärer Gesprächspsychotherapie bei verschiedenen Krankheitsbildern [Efeitos da psicoterapia centrada no cliente em pacientes hospitalizados com diversos transtornos]. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 48(1), 20-29.
- Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2002). Empathy. In J. C. Norcross (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 89-108). Oxford: Oxford University Press,.

- Bommert, H., Minsel, W., Fittkau, B., Langer, I., & Tausch, R. (1972). Empirische Kontrolle der Effekte und Prozesse klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie bei psychoneurotischen Klienten [Controle empírico para efeito e processo da psicoterapia centrada no cliente com clientes neuróticos]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 1, 48-63.
- Bozarth, J. D. (1983). Current research on client-centered therapy in the USA. In M. Wolf-Rudiger & H. Wolfgang (Eds.), *Research on psychotherapeutic approaches: Proceedings of the First European Conference on Psychotherapy Research* (pp. 105-115). Frankfurt: Peter Lang.
- Bozarth, J. D. (1998). *Person-centered therapy: A revolutionary paradigm*. Ross-on-Wye, England: PCCS Books.
- Bozarth, J. D., & Brodley, B.T. (1991). Actualization: a functional concept in client-centered psychotherapy. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6, 45-59.
- Bozarth, J.D., Zimring, F., & Tausch, R. (2002). Client-Centered Therapy: Evolution of a Revolution. In D. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 147-188). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Brodley, B. T. (1998) Congruence and its relation to communication in client-centered Therapy. *The Person-Centered Journal*, 5, 83-106.
- Brodley, B. T. (1999). The actualizing tendency concept in client-centered theory. *The Person-Centered Journal*, 6, 108-120.
- Bryan, B. C., Watson, N., Babel, K. S., & Thrash, T. M. (Junho, 2006). *Three methods for measuring real-ideal and real-ought self-discrepancies: Test-retest reliability, convergent and discriminant validities, and criterion-related validity*. Trabalho apresentado no 37º encontro anual da Society for Psychotherapy Research, Edinburgo, Escócia.
- Butler, J. M., & Haigh, G. V. (1954). Changes in the relation between self-concepts and ideal concepts consequent upon client-centered counseling. In C. R. Rogers & R. F. Dymond (Eds.), *Psychotherapy and personality change* (pp. 55-75). Chicago: University of Chicago Press.
- Carroll, L. (1962). *Alice's adventures in wonderland*. Harmondsworth: Penguin Books. (Original publicado em 1865)
- Cartwright, D., & Mori, C. (1988). Scales for assessing aspects of the person. *Person-Centered Review*, 3(2), 176-194.

- Cartwright, D., DeBruin, J., & Berg, S. (1991). Some scales for assessing personality based on Carl Rogers theory: Further evidence of validity. *Personality and Individual Differences*, 12(2), 151-156.
- Cattell, R. B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1, 245-276.
- Crandal, R. (1973). The measurement of self-esteem and related constructs. In J. P. Robinson & P. R. Shaver (Eds.), *Measures of social psychological attitudes* (pp.80-82). Ann Arbor: ISR.
- Dymond, R. (1954). Adjustment changes over therapy from self-sorts. In C. R. Rogers & R. F. Dymond (Eds.), *Psychotherapy and personality change* (pp. 76-84). Chicago: University of Chicago Press.
- Eckert, J., Schwartz, H. J., & Tausch, R. (1977). Client experiences and the correlation these have with psychic changes in person-centered psychotherapy. *Zeitschrift fur Klinische Psychologie*, 6, 177-184.
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J.T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., Glass, D. R., Pilkonis, P.A., Leber, W. R., Docherty, J. P., Fiester, S. J., Parloff, M. B. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.
- Elliott, R. (1996). Are client-centered/experiential therapies effective? A meta-analysis of outcome research. In U. Esser, H. Pabst, & G. W. Speierer (Eds.), *The power of the person-centered approach: New challenges, perspectives, answers* (pp. 125-138). Köln: GwG Verlag.
- Elliott, R. (2000). Render unto Caesar: Quantitative and qualitative knowing in research on humanistic therapies. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1(1-2), 102-117.
- Elliott, R. (2002). The effectiveness of humanistic therapies: A meta-analysis. In D. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 57-81). Washington DC: American Psychological Association
- Elliott, R., Davis, K., & Slatick, E., (1998). Process-experiential therapy for post-traumatic stress difficulties. In L. Greenberg, G. Lietaer, & J. Watson (Eds.), *Handbook of experiential psychotherapy* (pp. 249-271). New York: Guilford Press.
- Elliott, R., Greenberg, L. S., & Lietaer, G. (2004) Research on experiential psychotherapies. In M. J. Lambert (Eds.), *Bergin and Garfields's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 493-539). New York: Wiley.

- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., & Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British Journal of Psychiatry*, *180*, 51-60.
- Ford, J.G. (1991). Rogerian self-actualization: a clarification of meaning. *Journal of Humanistic Psychology*, *31*, 101-111.
- Ford, J.G. (1994). Extending Rogers' thoughts on human destructiveness. *Person-Centered Journal*, *1*, 33-42.
- Freire, E. S. (2002). Unconditional positive regard: The distinctive feature of client-centered therapy. In J. Bozarth & P. Wilkins (Eds.), *Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice: Vol 3, Unconditional positive regard* (pp. 155-164). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Freire, E. S. (2005). The experience of non-directivity in client-centred therapy: A case study. In B. Levitt (Eds.), *Embracing nondirectivity: Reassessing person-centered theory and practice in the 21st century* (pp. 113-138). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Freire, E. S., Cooper, M., & Elliott, R. (Maio, 2006). *Development of a psychotherapy outcome measure based on Rogers' theory of therapy change*. Trabalho apresentado na 12ª British Association for Counselling and Psychotherapy Research Conference, Glasgow, Escócia.
- Freire, E. S., Cooper, M., & Elliott, R. (Junho, 2006). *Development of a psychotherapy outcome measure based on Rogers' theory of therapy change*. Trabalho apresentado no 37º encontro annual da Society for Psychotherapy Research, Edinburgh, Escócia.
- Freire, E. S., Cooper, M., & Elliott, R. (Julho, 2006). *Development of a psychotherapy outcome measure based on Rogers' theory of therapy change*. Trabalho apresentado na 7ª World Conference for Experiential Psychotherapy and Counseling, Potsdam, Alemanha.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist*, *13*, 155-433.
- Greenberg, L. S., & Rice, L. (1981). The specific effects of a gestalt intervention. *Psychotherapy, Theory, Research and Practice*, *18*, 31-37.
- Greenberg, L. S., Rice, L., & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment by moment process*. New York: Guilford Press.

- Greenberg, L. S., Elliott, R., & Lietaer, G. (1994). Research on humanistic and experiential psychotherapies. In A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4^a ed., pp. 509-539). New York: Wiley.
- Greenberg, L. S., & Foester, F. (1996). Task analysis exemplified: The process of resolving unfinished business. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64(3), 439-446.
- Greenberg, L. S., & Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research*, 8(2), 210-224.
- Gurman, A. S. (1977). The patient's perception of the therapeutic relationship. In A. S. Gurman & A. M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. 503-543). New York: Pergamon.
- Halkides, G. (1958). *An experimental study of four conditions necessary for therapeutic change*. Tese de doutorado não-publicada, University of Chicago.
- Hatcher, R. L., Barends, A., & Rogers, D. T. (Abril, 2006). *Inventory of Interpersonal Strengths*. Trabalho apresentado 6^o encontro da Ohio Society for Psychotherapy Research, Oxford, Ohio.
- Hatley, M. W. (1951). *A Q-technique study of changes in the self-concept during psychotherapy*. Tese de doutorado não publicada. Universidade de Chicago, Chicago, Illinois.
- Haugh, S. (1998) Congruence: A confusion of language. *Person-Centred Practice*, 6, 44-50.
- Hoffman, A. E. (1949). A study of reported behavioral changes in counseling. *Journal of Consulting Psychology*, 13, 190-195.
- Kolko, D. J., Brent, D. A., Baugher, M., Bridge, J., & Birmaher, B. (2000). Cognitive and family therapies for adolescent depression: Treatment specificity, mediation, and moderation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 603-614.
- Lambert, M. J., & Hill, C. E. (1994). Assessing psychotherapy outcomes and processes. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4a. ed., pp. 72-113). New York: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 139-193). New York: Wiley.
- Levitt, B. (2005) (Eds.) *Embracing nondirectivity: Reassessing person-centered theory and practice in the 21st century*. Ross-on-Wye: PCCS Books.

- Lietaer, G. (1990). The client-centered approach after the Wisconsin project: A personal view on its evolution. In G. Lietaer, J. Rombauts, & R. Van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapies in the nineties* (pp. 19-45). Leuven: Leuven University Press.
- Lietaer, G., van Praag, P. P., & Swildens, J. C. A. G. (1984). *Client-centered psychotherapie in beweging* [Client-centered psychotherapy in action]. Leuven, Belgium: Acco.
- Luborsky, L. (1995). Are common factors across different psychotherapies the main explanation for the Dodo bird verdict that "Everyone has won, so all shall have prizes?" *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 106-109.
- Luborsky, L. Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "Everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Maslow, A. (1962). *Toward a psychology of being*. New York: Van Nostrand.
- May, R., & Angel, E. (1958). *Existence*. New York: Basic Books.
- May, R. (1982). The problem of evil: An open letter to Carl Rogers. *Journal of Humanistic Psychology*, 22, 10-21.
- McCleary, R., & Lazarus, R. (1949). Autonomic discrimination without awareness. *Journal of Personality Change*, 18, 171-179.
- McLeod, J. (2000). Research policy and practice in person-centered and experiential therapy: Restoring coherence. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1(1-2), 87-101.
- Minsel, W., Bommert, H., Bastine, R., Langer, I., Nickel, H., & Tausch, R. (1972). Weitere Untersuchung der Auswirkungen und Prozesse klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie [Novas investigações em resultados e processos da psicoterapia centrada no cliente]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 1, 232-250.
- Mitchell, K. M., Bozarth, J. D., & Krauft, C. C. (1977). A reappraisal of the therapeutic effectiveness of accurate empathy, non-possessive warmth, and genuineness. In A. S. Gurman & A. M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp.482-502). New York: Pergamon.
- Moon, K., Rice, B., & Schneider, C. (2001). Stanley W. Standal and the need for positive regard. In J. Bozarth & P. Wilkins (Eds.), *Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice: Vol 3, Unconditional positive regard* (pp. 19-34). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4a. edição, pp. 270-378). New York: Wiley.

- Paivio, S., & Greenberg, L. (1995). Resolving unfinished business: Experiential therapy using empty chair dialogue. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 63*(3), 419-425.
- Parloff, M. B., Waskow, I. E., & Wolfe, B. E. (1978). Research on therapist variables in relation to process and outcome. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2a. edição, pp. 233-282). New York: Wiley.
- Patterson, C. H. (1984). Empathy, warmth, and genuineness in psychotherapy: A review of reviews. *Psychotherapy, 21*, 431-438.
- Perls, F. (1947). *Ego, hunger and aggression*. London: George Allen and Unwin.
- Prouty, G. (1994). *Theoretical evolutions in person-centered/experiential therapy: Applications to schizophrenic and retarded psychoses*. Westport: Praeger-Greenwood.
- Prouty, G. (2001). A new mode of empathy: Empathic contact. In S. Haugh & T. Merry (Eds.). *Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice: Vol 2, Empathy*. Ross-on-Wye: PCCS Books, pp. 155-162.
- Prouty, G. (2002). Humanistic psychotherapy for people with schizophrenia. In D. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 579-601). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Quinn, R. (1993). Confronting Carl Rogers: a developmental-interactional approach to person-centered therapy. *Journal of Humanistic Psychology, 33*, 6-23.
- Rachman, S. J., & Wilson, G. T. (1980). *The effects of psychological therapy*. New York: Pergamon Press.
- Raimy, V. C. (1948). Self-reference in counseling interviews. *Journal of Consulting Psychology, 12*, 153-163.
- Raskin, N. J. (1948). The development of nondirective therapy. *Journal of Consulting Psychology, 12*, 92-110.
- Raskin, N. J. (1949). An analysis of six parallel studies of the therapeutic process. *Journal of Consulting Psychology, 13*, 206-219.
- Raskin, N. J. (2005). The nondirective attitude. In B. Levitt (Eds.), *Embracing nondirectivity: Reassessing person-centered theory and practice in the 21st century* (pp. 329-347). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Ray, J. J. (1984). A caution against use of the Shostrom Personal Orientation Inventory. *Personality and Individual Differences, 5*(6), 755.

- Rich, G. J. (2001). Positive psychology: An introduction. *Journal of Humanistic Psychology*, 41(1), 8-12.
- Riesman, D., Glazer, N., & Denney, R. (1950). *The lonely crowd*. New York: Doubleday.
- Robinson, L., Berman, J., & Neimeyer, R. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108, 30-49.
- Rogers, C. R. (1942). The use of electrically recorded interviews in improving psychotherapeutic techniques. *American Journal of Orthopsychiatry*, 12, 429-434.
- Rogers, C. R. (1946). Significant aspects of client-centered therapy. *The American Psychologist*, 1, 415-422.
- Rogers, C. R. (1951) *Client-centered therapy*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Rogers, C. R. (1957a). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C. R. (1957b). A note on "the nature of man". *Journal of Counseling Psychology*, 4, 199-203.
- Rogers, C. R. (1958). Concluding comment. *Pastoral Psychology*, 9(85), 15-28.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Eds.), *Psychology: A study of science: Formulation of the person and the social context*, vol. 3 (pp. 184-256). New York: McGraw Hill.
- Rogers, C. R. (1962). Toward becoming a fully functioning person. In A. Combs (Eds.), *Perceiving, behaving, and becoming: A new focus for education* (pp. 21-33). Washington: Association for Supervision and Curriculum Development.
- Rogers, C. R. (1967). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. London: Constable.
- Rogers, C. R. (1978). *Carl Rogers on personal power: Inner strength and its revolutionary impact*. London: Constable.
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1982). Reply to Rollo May's letter. *Journal of Humanistic Psychology*, 22, 85-89.
- Rogers, C. R. (1992). *Terapia centrada no cliente*. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1951).
- Rogers, C. R. (1997). *Psicoterapia e consulta psicológica*. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1942).

- Rogers, C. R., & Dymond, R. F. (1954) (Eds.). *Psychotherapy and personality change*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rogers, C. R., Gendlin, E. T., Kiesler, D.J., & Truax, C.B. (Eds.) (1967). *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Rogers, C. R., & Sanford, R. (1984). Client-centered psychotherapy. In H. Kaplan e B.J. Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry IV* (pp. 1374-1388). Baltimore: Williams and Wilkins.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2004). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. Guilford: New York.
- Rozenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Rudolph, J., Langer, I., & Tausch, R. (1980). Empirical investigation of psychic effects and conditions of person-centered therapy with individual clients. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 9, 23-33.
- Sachse, R., & Elliott, R. (2002). Process-outcome research on humanistic therapy variables. In D. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 83-115). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Sanders, P. (2004) (Eds.). *The tribes of the person-centred nation: An introduction to the schools of therapy related to the person-centred approach*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1) 5-14
- Shapiro, D. A., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
- Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G. E., Reynolds, S., & Startup, M. (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioural and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 522-534.
- Shaw, B. F. (1977). Comparison of cognitive therapy and behavior therapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 543-51.

- Sheerer, E. T. (1949). An analysis of the relationship between acceptance of and respect for self and acceptance of and respect for others in ten counseling cases. *Journal of Consulting Psychology, 13*, 169-175.
- Shlien, J. (1957). Time-limited psychotherapy: An experimental investigation of practical values and theoretical implications. *Journal of Counseling Psychology, 4*, 318-322.
- Shlien, J. M. (2003). *To lead an honorable life*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Shostrom, E. L. (1964). An inventory for the measurement of self-actualization. *Educational and Psychological Measurement, 24*(2), 207-218.
- Smith, M.L., & Glass, G.V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist, 32*, 752-760.
- Snyder, W. U. (1945). An investigation of the nature of non-directive psychotherapy. *Journal of General Psychology, 33*, 192-223.
- Snyder, W. U. (1947). *Casebook of non-directive counseling*. Boston: Houghton Mifflin.
- Sommerbeck, L. (2002). The Wisconsin watershed: Or the universality of client-centered therapy. *The Person-Centered Journal, 9*(2), 140-157.
- Standal, S.W. (1954). *The need for positive regard: A contribution to client-centered theory*. Tese de doutorado não publicada. Universidade de Chicago, Chicago, Illinois.
- Stiles, W. B. (2002). Future directions in research on humanistic psychotherapy. In D. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 605-616). Washington DC: American Psychological Association.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A., & Elliott, R. (1986). "Are all psychotherapies equivalent?" *American Psychologist, 41*(2), 165-180.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Twigg, E., Mellor-Clark, J., & Cooper, M. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred and psychodynamic therapies as practiced in UK National Health Service settings. *Psychological Medicine, 36*, 555-566.
- Strahan, R., & Gerbasi, K. C. (1972). Short, homogeneous versions of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *Journal of Clinical Psychology, 28*, 191-193.
- Stubbs, J.P., & Bozarth, J. D. (1994). The dodo bird revisited: A qualitative study of psychotherapy and efficacy research. *Journal of Applied and Preventive Psychology, 3*, 109-120.
- Tarrier, N., Kinney, C., McCarthy, E., Humphreys, L., Wittkowski, A., & Morris, J. (2000). Two-year follow-up of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling in the treatment

- of persistent symptoms in chronic schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 917-922.
- Thomas, M., & Seeman, J. (1971). Criterion measure for therapy outcome: A study in personality integration. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 8(1), 26-30.
- Thorne, B. (1992). *Carl Rogers*. London: Sage.
- Truax, C. B., & Mitchell, K. M. (1971). Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. In A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 299-344). New York: Wiley.
- Walker, D. (1956). Carl Rogers and the nature of man. *Journal of Counseling Psychology*, 3, 89-92.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah: Erlbaum.
- Ward, E., King, M., Lloyd, M., Bower, P., Sibbald, B., Farrelly, S., Gabbay, M., Tarrier, N., & Addington-Hall, J. (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. I: Clinical effectiveness. *British Medical Journal*, 321, 1383-1388.
- Watson, N. (1984). The empirical status of Rogers' hypothesis of the necessary and sufficient conditions for effective psychotherapy. In R.F. Levant & J.M. Shlien (Eds.), *Client-centered therapy and the person-centered approach: new directions in theory, research and practice* (pp. 17-40). New York: Praeger.
- Watson, N. (2001). The Self-Concept Questionnaire-Personal Constructs and the Self-Concept Questionnaire-Conventional Constructs [Computer software]. Williamsburg, VA: The College of William and Mary.
- Watson, J. C., Gordon, L.B., Stermac, L., Steckley, P., & Kalogerakos, F. (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 773-781.
- Weiss, A. S. (1987). Shostrom's personal orientation inventory: Arguments against its basic validity. *Personality and Individual Differences*, 8(6), 895-903.
- Weiss, A. S. (1991). The measurement of self-actualization: The quest for the test may be as challenging as the search for the self. *Journal of Social Behavior & Personality*, 6(5), 265-290.
- Whitson, E. R., & Olczak, P. V. (1991). The use of the POI in clinical situations: An evaluation. *Journal of Social Behavior & Personality*, 6(5), 291-310.

Wyatt, G. (2000). The multifaceted nature of congruence. *Person-centered Journal*, 7, 52-68.

ANEXO A

STRATHCLYDE INVENTORY

STRATHCLYDE INVENTORY

Please read each statement below and think to what extent you perceive yourself in that way. Then tick the box which is closest to this. There are no right or wrong answers – it is only important what is true for you individually.

	Fits me pretty much	Fits me fairly well, but not totally accurate	Might be true for me, but I'm not sure	Clearly doesn't fit me
1. I am able to be spontaneous and genuine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. I am effective in problem solving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. I try to be what others think I should be	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. I feel worthy of being liked	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. I trust in my own feelings and reactions to situations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. I feel accepting towards others	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. I feel afraid of my emotional reactions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. I look to others for approval or disapproval	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. I live fully in each new moment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. I frequently find myself "on guard" when relating with others.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. I don't like myself	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. I feel an internal strain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. I feel uncomfortable changing from day to day	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. I listen sensitively to myself	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. I feel that I cannot be who I 'truly' am	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. I have very satisfying personal relationships	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. I feel that the 'core' of myself is something positive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. I express myself in my own unique way	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. I am afraid of some of my feelings	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. I don't look to others for decisions and choice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. I am quite pleased with who I am	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. I am confident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. I feel truly myself	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. I am able to adapt to new situations of life	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. I often condemn myself for my attitudes and behavior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Fits me pretty much	Fits me fairly well, but not totally accurate	Might be true for me, but I'm not sure	Clearly doesn't fit me
26. I feel that I have to do things because they are expected of me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. I'm aware of my feelings	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. I often feel anxious	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. I live in ways which feel deeply satisfying to me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. I am aware of my own impulses, my own desires, opinions and subjective reactions in general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. I am a person of worth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. I live in a way which truly expresses who I am	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. I take responsibility for my choices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. I often feel hopeless about myself	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. I hide some elements of myself behind a "mask"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. I experience myself as a living, fluctuating process	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. I let others make choices for me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. I can hear my own inner reactions and feelings	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. I feel vulnerable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. I accept <i>all</i> my feelings and reactions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Sometimes I do things that are not myself, which I cannot control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. I easily feel threatened by others' words or behavior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. I am able to resolve my own conflicts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. I feel uncomfortable perceiving that other people are different from me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. I am competent to cope with life	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. I let other people be who they are	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. I feel a quiet pleasure in being myself	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. I am able to understand those with whom I have personal contact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. I continually discover new aspects of myself	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. I frequently conform to what others think or want	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. What I feel like being is all right	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Age () Male () Female () Occupation _____

ANEXO B

SCALES FOR EXPERIENCING EMOTIONS - SEE

On the following pages you find statements about the perception and the handling of feelings. For each statement you can mark, how much this is true for you. There are no right or wrong answers – it is only important, what is true for you individually.

Please do not try to find the answer that may make the best impression to others. Answer according to your personal mind. If any statement does not exactly fit to you personally, please try to find an answer as good as possible.

Please mark with a cross one of the five possibilities:

	False	Rather false	medium	Rather true	true
1 My feelings become clearer through my dreams.	<input type="checkbox"/>				
2 I have ways of controlling my emotions.	<input type="checkbox"/>				
3 I've got some emotions that I would rather not have.	<input type="checkbox"/>				
4 My body often reflects my feelings.	<input type="checkbox"/>				
5 My self-control could be better.	<input type="checkbox"/>				
6 My fantasies help me to cope with the past.	<input type="checkbox"/>				
7 I stand by all my feelings.	<input type="checkbox"/>				
8 I notice signals in my body very quickly.	<input type="checkbox"/>				
9 Thank God I manage my emotions well.	<input type="checkbox"/>				
10 My perception of the tensions and relaxations within me helps me to make decisions.	<input type="checkbox"/>				
11 I wish I were not always so affected by my emotions.	<input type="checkbox"/>				
12 I don't often feel my inner world.	<input type="checkbox"/>				
13 In order to cope with stress it often helps me to focus on daydreams.	<input type="checkbox"/>				
14 If I want to be in a better and livelier mood, I can easily bring that about.	<input type="checkbox"/>				

Please turn over →

	False	Rather false	medium	Rather true	true
15 Even when things are bubbling up inside me I can pretend to be calm.	<input type="checkbox"/>				
16 I feel what I feel and that's ok.	<input type="checkbox"/>				
17 I often wish that I were more aware of my emotions.	<input type="checkbox"/>				
18 I consider daydreams to be useful.	<input type="checkbox"/>				
19 My physical state usually corresponds to my mental state.	<input type="checkbox"/>				
20 I'm so full of emotions that I can often hardly stand it.	<input type="checkbox"/>				
21 Most of the time I know how to calm down when I'm het up.	<input type="checkbox"/>				
22 When I make decisions I rely on my bodily feelings.	<input type="checkbox"/>				
23 There's no question for me, that I have a right to all my feelings.	<input type="checkbox"/>				
24 I've always got myself under control.	<input type="checkbox"/>				
25 Sometime my emotions bother me.	<input type="checkbox"/>				
26 My daydreams give me clues as to my needs and my wishes.	<input type="checkbox"/>				
27 Feelings like rapid heart beat, stomachache, skin irritation can give me a good idea of what I want.	<input type="checkbox"/>				
28 I wish I could switch off my thoughts sometimes.	<input type="checkbox"/>				
29 I would like to experience more within myself.	<input type="checkbox"/>				
30 I'm not ashamed of my emotions.	<input type="checkbox"/>				
31 I've got a lot of feelings inside me, which I'd like to be rid of.	<input type="checkbox"/>				

Please turn over →

	False	Rather false	medium	Rather true	true
32 When I feel unhappy in a situation I notice this for example in my stomach, on my skin, in areas of tension	<input type="checkbox"/>				
33 When things are bubbling up inside me, unfortunately people around me can tell at once.	<input type="checkbox"/>				
34 All my emotions have the right to be just as they are.	<input type="checkbox"/>				
35 I consider problems in my body to be an expression of mental uneasiness.	<input type="checkbox"/>				
36 I don't often notice what my body is telling me.	<input type="checkbox"/>				
37 I get overwhelmed by my emotions too often.	<input type="checkbox"/>				
38 Through my dreams I have a better understanding of my relationships with other people.	<input type="checkbox"/>				
39 If I want to I can easily manipulate my emotions.	<input type="checkbox"/>				
40 Normally other people can't see what is going on inside me.	<input type="checkbox"/>				
41 My intuition has a lot to do with what is going on in my body.	<input type="checkbox"/>				
42 When feelings bubble up inside, I can always accept them to start with.	<input type="checkbox"/>				

Please finally check, if you marked each statement with a cross. Thank you.

ANEXO C

ROSENBERG SELF-ESTEEM SCALE

ROSENBERG SELF-ESTEEM SCALE

Below is a list of statements dealing with your general feelings about yourself. If you strongly agree, circle SA. If you agree with the statement, circle A. If you disagree, circle D. If you strongly disagree, circle SD.

- | | | | | | |
|-----|--|----|---|---|----|
| 1. | On the whole, I am satisfied with myself. | SA | A | D | SD |
| 2. | At times, I think I am no good at all. | SA | A | D | SD |
| 3. | I feel that I have a number of good qualities. | SA | A | D | SD |
| 4. | I am able to do things as well as most other people. | SA | A | D | SD |
| 5. | I feel I do not have much to be proud of. | SA | A | D | SD |
| 6. | I certainly feel useless at times. | SA | A | D | SD |
| 7. | I feel that I'm a person of worth, at least on an equal plane with others. | SA | A | D | SD |
| 8. | I wish I could have more respect for myself. | SA | A | D | SD |
| 9. | All in all, I am inclined to feel that I am a failure. | SA | A | D | SD |
| 10. | I take a positive attitude toward myself. | SA | A | D | SD |

ANEXO D

CLINICAL OUTCOMES AND ROUTINE EVALUATION OUTCOME MEASURE
CORE-OM

CORE – OM

CORE – OM

ANEXO E

MARLOWE-CROWNE SOCIAL DESIRABILITY SCALE

Marlowe-Crowne Social Desirability Scale – M-C 2(10)

Listed below are a number of statements concerning personal attitudes and traits. Read each item and decide whether the statement is true or false as it pertains to you personally.

1. I never hesitate to go out of my way to help someone in trouble. ()
2. I have never intensely disliked anyone. ()
3. There have been times when I was quite jealous of the good fortune of others. ()
4. I would never think of letting someone else be punished for my wrong doings. ()
5. I sometimes feel resentful when I don't get my way. ()
6. There have been times when I felt like rebelling against people in authority even though I knew they were right. ()
7. I am always courteous, even to people who are disagreeable. ()
8. When I don't know something I don't at all mind admitting it. ()
9. I can remember "playing sick" to get out of something. ()
10. I am sometimes irritated by people who ask favors of me. ()

ANEXO F

CARTA PARA PARTICIPANTE

Dear Participant,

Thank you for agreeing to participate in our study.

We are in process of developing a psychotherapy outcome measure based on Rogers' theory of personality change, termed the 'Strathclyde Inventory'. In this envelope you will find this inventory and four other questionnaires (*SEE – Scale for Experiencing emotions, CORE – Clinical Outcomes in Routine Evaluation, Rosenberg's Self-Esteem Scale, and Marlowe-Crowne's Social Desirability Scale*). We would appreciate if you would fill all of them, according to the instructions given in each of their headings.

We assure you that your responses to these questionnaires will be kept completely anonymous and confidential.

After completion, you can post these questionnaires to us using the stamped and addressed envelope enclosed.

If you require any further information, or if you would like to talk to someone having completed these questionnaires, for any reason, please contact Beth at: elizabeth.freire@strath.ac.uk or on 0790-4831-296.

Yours sincerely,

Elizabeth Freire

Dr. Mick Cooper

ANEXO G

STRATHCLYDE INVENTORY – VERSÃO 2

STRATHCLYDE INVENTORY

Please read each statement below and think how often you sense it has been true for you during the last month. Then mark the box that is closest to this. There are no right or wrong answers – it is only important what is true for you individually.

	Never	Only Occasio- nally	Some- times	Often	All or Most of the time
1. I have been able to be spontaneous and genuine	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2. I have condemned myself for my attitudes and behavior	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
3. I have tried to be what others think I should be	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
4. I have trusted in my own feelings and reactions to situations	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5. I have experienced very satisfying personal relationships	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6. I have felt afraid of my emotional reactions	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
7. I have looked to others for approval or disapproval	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
8. I have been aware of my own impulses, desires and reactions	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9. I have expressed myself in my own unique way	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
10. I have found myself "on guard" when relating with others	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
11. I have made decisions and choices based on my own internal sense of what is right	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
12. I have listened sensitively to myself	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
13. I have felt myself doing things which I could not control at all	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
14. I have lived fully in each new moment	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

	Never	Only Occasionally	Sometimes	Often	All or Most of the time
15. I have been afraid of some of my feelings	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
16. I have felt that I have to do things because they are expected of me	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
17. I have been confident	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
18. I have been aware of my feelings	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
19. I have felt that I am a person of worth	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
20. I have hidden some elements of myself behind a "mask"	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
21. I have taken responsibility for my choices	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
22. I have felt truly myself	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
23. I have been able to hear my own inner reactions and feelings	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
24. I have been able to resolve my own conflicts	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
25. I have felt threatened by others' words or behavior	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
26. I have felt myself doing things that are not me	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
27. I have accepted my feelings and reactions	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
28. I have conformed to what others think or want	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
29. I have lived in a way which truly expresses who I am	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
30. I have been able to understand those with whom I had personal contact	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
31. I have felt it is all right to be the kind of person I am	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Age ()

Male () Female ()

Occupation _____

