

Psicoterapia Experiencial / Orientada pela Focalização: Pesquisa e Prática¹

Marion N. Hendricks, PhD. Diretora Instituto de Focalização

In Cain, David and Seeman, Jules (Eds.) Humanistic Psychotherapy: Handbook of Research and Practice, American Psychological Association, 2001. - Translated by João Carlos Caselli Messias²

C: Mas por que diabos eu fico tão assustada? Quero dizer, eu fico doente só de pensar que tenho que encontrá-lo. Eu tenho essa sensação como a de um tipo de pressão que vem surgindo em mim. Como... como quando eu estava falando ao telefone com ele hoje e ele vem com aquele "Eu senti mesmo a sua falta". Você não acha que isso deveria me fazer sentir bem?

T: Como você disse, você sente isso como uma pressão. Você consegue sentir qual é a natureza dessa pressão?

C: Eu não sei. Quer dizer... eu sinto como se... como se ele pudesse me levar a fazer algo que eu não quisesse, ou algo assim. Agora... o que ele poderia me levar a fazer que eu não quisesse? Eu não sei.

T: Que tal relaxar e ver se você consegue sentir o que é? É como uma pressão, como se você pudesse vir a fazer algo que você não quer. Qual é a sua sensação disso tudo?

C: Puxa, eu não estou bem certa... (suspiro profundo) (longa pausa) isso é meio tonto, você sabe, eu, pensando isso... (lágrimas)... quer dizer, e se eu talvez gostasse *mais* dele ou algo assim? Ou sei lá. Eu não sei o que é (lágrimas).

T: Que talvez você possa gostar mais dele...

C: Uhum...

Quando as pessoas deslancham em uma psicoterapia humanista, é assim que elas geralmente se expressam, independente da orientação do terapeuta. Elas param e buscam palavras ou imagens. Prestam atenção em um aspecto pouco claro, porém corporalmente sentido, de como elas estão em uma situação. Elas não apenas pensam a respeito da situação e também não se afogam em emoções. Elas prestam atenção naquilo que chamamos de **felt sense** (*significado sentido corporal*) da situação ou problema. Palavras ou imagens surgem diretamente dessa sensação. O que vem é geralmente uma surpresa. Um novo aspecto da experiência emerge, um pequeno passo de mudança que traz uma resposta corporal, como um sutil relaxamento da tensão, ou lágrimas ou uma respiração mais profunda. Nós chamamos isso de **felt shift** (mudança do felt sense). Esse tipo de processo é um "motor da mudança" em psicoterapia.

A Psicoterapia Experiencial / Orientada pela Focalização consiste em uma interação na qual os clientes podem contatar sua experiência direta desta maneira. A ênfase na experienciação do cliente marca o inicial e contínuo desenvolvimento da Psicologia Humanista. Essa raiz prioritária de uma Psicoterapia Humanista surgiu na Universidade de Chicago, nos anos 50, da colaboração entre Carl Rogers, o fundador da Terapia Centrada no Cliente e do filósofo Eugene Gendlin. Seguindo a tradição filosófica de Dilthey, Dewey, Merleau-Ponty, e McKeon, Gendlin desenvolveu uma Filosofia do "Implícito" (Gendlin, 1997) e a aplicou ao trabalho que Rogers estava realizando. Ele perguntava o que efetivamente acontece quando condições empáticas estão presentes. Dessa interação desdobrou-se, posteriormente, uma teoria de mudança da personalidade (Gendlin, 1964) e psicoterapia (Gendlin, 1996) que envolve uma mudança fundamental de ênfase do **conteúdo** – o que o cliente discute – para o

¹ Para mais informações ver: www.focusing.org ou www.focusingarg.com.ar

² e.mail do João: joaomess@mpcnet.com.br

processo – como o cliente se relaciona com a experiência. A partir do exame de centenas de transcrições e de horas de gravações de sessões terapêuticas, Gendlin e Zimring formularam a variável conhecida como Nível Experiencial. Uma Escala de Processo e, finalmente, a Escala de Experienciação (Klein et al 1969; 1986) foram desenvolvidas para a mensuração do Nível Experiencial. A hipótese era a de que os clientes com maior sucesso em terapia mostrariam uma crescente habilidade em referir-se diretamente à experiência corporalmente sentida (experienciação) como ilustrado no exemplo acima. Para sua surpresa e espanto, algumas descobertas indicavam que o Nível Experiencial no **início** da terapia predizia o resultado. Clientes que já iniciavam a terapia capazes de falar a partir de sua experiência interna tinham bom resultado e aqueles que começavam sem essa capacidade não necessariamente a desenvolviam e tinham um resultado mais pobre. Em resposta ao problema de que o fracasso poderia ser predito desde o início, instruções específicas foram desenvolvidas para ensinar as pessoas como realizar esse importante processo, e foram chamadas de Focalização (Focusing).

A importância da emoção e da relação com o terapeuta tem sido reconhecida como central para a psicoterapia, começando com a ênfase inicial de Freud na ab-reação e transferência. Estas linhas foram posteriormente desenvolvidas através do trabalho de Rank e Rogers. Rogers (1959) via a terapia como envolvendo uma mudança de personalidade ao longo de "um contínuo que se estendia da rigidez e fixidez de funcionamento psicológico... para um fluir psicológico e capacidade de mudança". (p.96). Indo ainda mais além na direção de uma definição de processo terapêutico, Gendlin (1996) afirma que "a terapia não é constituída primordialmente de tipos de experiência familiares e previamente definidos, sejam sonhos ou emoção, ações ou imagens. A terapia é, em lugar disso, um processo que envolve, principalmente, a experiência *antes* que ela venha a se tornar um desses 'pacotes' definidos e *após* à sua imersão novamente na área do limite da consciência" (p.4). Sua contribuição foi a articulação do **Felt Sense**, distinto das emoções, e sua especificação exata de como a interação terapêutica sustenta esse processo de focalização. Ao longo dos últimos 40 anos, a focalização tem sido aplicada e pesquisada em outras áreas desde a medicina, negócios, escolas, escrita criativa e igrejas até o pensamento experiencial.

Experienciação: uma nova compreensão do corpo e ambiente

"Experienciação" se refere ao que você é capaz de sentir no seu corpo exatamente agora enquanto você lê isto. Os seres humanos têm corpos que vivem em situações não apenas no espaço físico. Uma boa notícia na sua caixa de correspondência a respeito de uma situação com a qual você está preocupado muda o seu corpo. Você vive nessa interação ainda que a outra pessoa esteja em outra parte do mundo. Isso também acontece quando alguém de repente compreende algo que você estava tentando lhe dizer. Você sente o alívio em seu corpo quando esse alguém entende. Experienciação não se refere apenas ao que está "dentro" de você ou "fora". As atividades humanas são tanto corporais quanto ambientais. Respirar É o ar e SÃO os seus pulmões. Se não há ar, a respiração pára e, eventualmente, a estrutura do corpo se desintegra. Os organismos vivos não podem continuar a existir aparte à atividade. Isso implica em um poderoso movimento filosófico no sentido de colocar a atividade ou a interação em uma concepção prioritária, básica. Nos dá conceitos moldados no humano em lugar de unidades matemáticas (Gendlin, 1997). O modelo de unidades (reducionista) de nossa ciência atomística tem grande poder em relação às máquinas, mas é inadequado para entender as pessoas. Experienciação é um processo contínuo.

Felt Sense: como o corpo é sábio

Quando prestamos atenção em nossa experienciação corporal, descobrimos que ela possui em si a complexidade do como vivemos em relação aos outros. A princípio isso corresponde

a uma sensação global pouco clara em seu corpo, que ainda não possui palavras ou partes, mas é distintamente percebida. Pare agora por um minuto e preste atenção à sua sensação global em relação à amizade que você tem com alguém com quem goste de passar o tempo. Isso tem uma sensação distinta, anterior a você ter pensado em qualquer palavra. Agora procure sentir o relacionamento com alguém que é difícil para você. Novamente, você tem um felt sense distinto, mas diferente do primeiro. Essa sensação imprecisa é uma intrincada malha de história passada, significados atuais, a outra pessoa, a configuração corporal, a própria relação e muito mais. Tudo isso está implicitamente presente. Essa sensação não é como a de um músculo com câimbra, mas como o corpo vivencia uma situação. Isso é chamado de "**felt sense**". Não se trata apenas de pensamento, nem é emoção. Refere-se aos significados sentidos corporalmente.

Avançar Experiencial (Carry Forward): os passos seguintes implícitos na vivência

Vivenciar implica em seus próximos passos em uma seqüência altamente ordenada. Na digestão, comer implica a saliva na boca, que implica nos sucos gástricos, que implicam na absorção dos nutrientes pelo sangue, que implica na eliminação das toxinas e restos. Se os elementos implicados não ocorrem, há uma ruptura nesta ordem refinada. Há problema. Da mesma maneira, nossa experiência implica em passos ordenados em nossas interações. Nossos corpos podem implicar novos passos de ação. Carl Rogers observou que quando os terapeutas expressavam empatia, aceitação positiva incondicional e congruência, alguns clientes pareciam naturalmente crescer, no sentido de uma vida mais plena, sem a direção de conteúdos por parte do terapeuta. A isso ele deu o nome de "tendência atualizante". Agora podemos compreender isso de maneira mais exata quando percebemos que organismos vivos implicam em passos ordenados.

Reconstituindo em terapia o processo bloqueado

Quando uma interação necessária está faltando e a seqüência implícita não ocorre, o corpo continua a demandar seu avançar experiencial. Às vezes nós mesmos podemos modificar a situação. Mas se não podemos, talvez precisemos de uma nova interação que possa fazer nossa vivência avançar experiencialmente. Nosso propósito em psicoterapia é participar em tal interação. Uma vez que a experiência de uma pessoa envolve linguagem, cultura, outras pessoas, símbolos, sonhos, atitudes ou comportamento interpessoal, qualquer uma dessas avenidas pode mover a experiência bloqueada. Esta é a razão pela qual várias modalidades diferentes de terapia podem ser úteis. A interação com o terapeuta pode criar a oportunidade para que aspectos estagnados da vivência do cliente passem a fluir processualmente.

Felt Shift: quando o corpo é facilitado

Quando o processo está bloqueado, uma pessoa segue vivendo da maneira como ainda é possível, mas geralmente com uma sensação de constrição e dor. Quando o que está implicado pode finalmente ocorrer, isto é sentido como um alívio corporal. A atenção que, tanto o terapeuta, quanto o cliente prestam no felt sense do cliente permite que palavras exatas, imagens, gestos ou novos planos de ação possam emergir do felt sense para um avançar experiencialmente no sentido de uma vida mais plena. Isso leva a um relaxamento corporal que chamamos de "**felt shift**". Vários desses "felt shifts" fazem a vida mudar.

Focalização e Experiência: definindo e mensurando uma variável de processo

A tradição em pesquisa Centrada no Cliente / Experiencial remonta a quarenta anos. Inicialmente, era constituída de análises de conteúdo. A mudança para variáveis de processo (Gendlin e Zimring, 1994), a respeito de **como** o cliente se relaciona com a experiência,

levou Rogers a definir o "eu" (self) em termos processuais. Clientes que atualizam o "eu" em terapias bem sucedidas tornam-se "capazes de viver de maneira mais plena e aceitadora no processo experiencial e a simbolizar os significados implícitos no momento imediato" (Rogers, 1959, p.102).

Critérios de confiabilidade e validade foram desenvolvidos para a Escala de Experienciação. Juízes foram treinados separadamente através de materiais padronizados. A escala mensura um contínuo, que vai de colocações de narrativa externa até a elaboração interna de sentimentos, mas não se trata da mensuração de uma única variável. Estágios intermediários avaliam a presença de emoções, mas a capacidade de focalizar o felt sense é distintamente diferente de emoções. Isso começa no estágio quatro. A seguir, extratos do manual de treinamento:

Estágio Um: O conteúdo não se refere ao narrador. O narrador conta uma estória, descreve outras pessoas ou eventos nos quais ela não está envolvida ou apresenta um relato generalizado ou desconexo.

Estágio Dois: Tanto o narrador é o personagem central da narrativa ou seu interesse é claro. Comentários ou reações servem para tornar a estória compreensível, mas não se referem aos sentimentos do narrador.

Estágio Três: O conteúdo se refere a uma narrativa a respeito do narrador em termos externos ou comportamentais com a inclusão de comentários sobre sentimentos e experiências pessoais. Essas notas são limitadas às situações descritas, dando à narrativa um toque pessoal sem descrever o narrador mais genericamente.

Estágio Quatro: Os sentimentos e a experiência acerca dos acontecimentos (em lugar os próprios acontecimentos) são o assunto do discurso. O cliente tenta captar e responder à referência direta interna de sua experienciação a faz disso o dado básico de suas comunicações.

Estágio Cinco: O conteúdo é uma exploração intencional dos sentimentos e experienciação do narrador. O narrador precisa definir um problema ou proposição acerca da explicitação do "eu" em termos de sentimentos e explorar ou trabalhar com o problema de uma maneira pessoal. O cliente, agora, é capaz de focar nos aspectos significativos vagos e implícitos da experienciação e lutar para elaborá-los.

Estágio Seis: O assunto que interessa ao narrador é a experiência presente, emergente. Uma sensação de envolvimento ativo e imediato com um assunto experiencialmente ancorado é expressa com a evidência de sua resolução ou aceitação. Os próprios sentimentos mudam ou avançam experiencialmente.

Estágio Sete: A experienciação no estágio sete é expansiva, passível de desdobramentos. O narrador prontamente utiliza um modo de conhecimento do "eu" para expandir a experienciação. A perspectiva experiencial é agora uma fonte confiável de auto percepção que constantemente promove o avançar experiencial e é empregada como a referência primordial para o pensamento e a ação. (Klein et al. 1969, pp 6 e 56-63).

Sachse e Neumann (1983) desenvolveram uma escala para mensuração da Focalização (FRS – Focusing Rating Scale) que foi indiretamente avaliada em relação à Escala de Experienciação (EXP Scale) com uma correlação de .90+. Também descobriu-se que clientes capazes de focalizar imediatamente em resposta a instruções padronizadas, eram avaliados em altos escores da Escala de Experienciação. A Focalização distingue a Experienciação de alto e de baixo escore. Sachse também desenvolveu três instrumentos com alta correlação entre eles e com a Escala de Focalização (FRS). Um Questionário de Pós Focalização e um Checklist de Pós Focalização (Wolf & Vandenbos, 1971) são mais dois instrumentos. Os pesquisadores Lambert & Hill (1994) afirmam que "talvez o instrumento

de mensuração de observação do envolvimento do cliente no processo terapêutico mais amplamente utilizado e melhor pesquisado seja a Escala de Experienciação" (p.94).

Pesquisas

Nós revisamos 91 estudos relacionados com três questões de pesquisa: (1) O nível de Experienciação está correlacionado com o resultado final da psicoterapia? (2) A Focalização está correlacionada com o resultado final da psicoterapia? (3) É possível ensinar a clientes com baixo escore de experienciação a focalizar?

Nível de experienciação e Sessão e Resultados Terapêuticos

Vinte e sete estudos mostraram que níveis mais elevados de experienciação estão correlacionados com resultados mais bem sucedidos em terapia. Níveis mais altos de experienciação na média das sessões iniciais, intermediárias e finais da terapia e aumentos da experienciação ao longo do curso da terapia mostram todos essa correlação. Entretanto, muitos estudos encontraram a correlação de apenas uma dessas fases da terapia e não nas outras. Os resultados foram mensurados através de relatos de terapeutas e clientes, de avaliações independentes e de medidas objetivas. A correlação entre o nível de experienciação e sucesso terapêutico foi observada em clientes de várias abordagens de psicoterapia e categorias diagnósticas. Um estudo (Richert, 1976) apontou uma correlação negativa entre a experienciação e a satisfação do cliente mensurada a partir de depoimentos no final da terapia. Em um estudo de Leijssen (1996) não foi encontrada correlação entre picos de experienciação medidos nas sessões iniciais, do meio ou finais e resultados bem sucedidos do processo, avaliados pelo terapeuta e cliente através de pontuações em uma escala de cinco estágios de incremento. Os estudos de Resultados Terapêuticos e Experienciação estão esquematizados na Tabela 1, organizados por data.

Klein (1969) afirma a respeito dos primeiros estudos sobre a experienciação que "avaliações de breves segmentos de terapia são consistente e altamente confiáveis, e produzem uma significativa diferença entre casos mais e menos bem sucedidos e entre neuróticos e esquizofrênicos" (p.11). O pesquisador Jules Seeman (1997) revisou e organizou os resultados de sete estudos recentes. Ele conclui que "níveis iniciais elevados de experienciação têm mais do que uma boa chance de facilitar um frutífero resultado terapêutico e que o aumento no nível de experienciação durante a terapia está associado com resultados positivos do processo" (p.15).

Em um recente estudo, elegantemente concebido utilizando uma avaliação de ganhos residuais em medidas de resultados terapêuticos e análises hierarquizadas de recaídas, Goldman (1997) descobriu que níveis mais elevados de experienciação em sessão estavam correlacionados com redução de sintomas de depressão. Entretanto, níveis de experienciação em Estágio Quatro e mais ainda em Estágio Seis na segunda metade da terapia são preditores mais fortes para a redução de sintomas depressivos e, o Estágio Seis prediz um aumento da auto-estima. Este estudo faz avançar a metodologia de pesquisa através do uso de escala de experienciação de relato de temas. Em lugar do usual procedimento de amostragem randômica de trechos de sessões, os segmentos nos quais o cliente está falando de temas importantes são identificados. Estes segmentos são então avaliados pela escala de experienciação. Como em alguns dos estudos anteriores, observa-se que níveis mais elevados de experienciação predizem sucesso, porém aumentos desses níveis durante a terapia fortalecem os resultados bem sucedidos. Um outro estudo recente (Warwar, 1996) utilizou uma sessão de alta experienciação e uma de baixa de cada um de catorze clientes deprimidos e descobriu que altos níveis de experienciação correlacionam-se com melhores resultados. De maneira similar, Kubota & Ikemi (1991) descobriram que sessões avaliadas pelos clientes como bem sucedidas eram sessões de níveis mais elevados de experienciação.

Comparando exemplos de resoluções de conflitos através da técnica das duas cadeiras com não resolução na Gestalt Terapia, Greenberg (1983) descobriu que a experienciação era maior no grupo de resolução durante a fase de "fusão". Adams (1999) descobriu que uma maior experienciação do **terapeuta** durante as sessões estava correlacionada com auto-estima e diminuição dos sintomas dos clientes ao término da terapia.

Focalização e Resultados da Terapia

Vinte e três estudos indicam que a Focalização, avaliada através de outros instrumentos diferentes da Escala de Experienciação, está correlacionada com sucesso terapêutico. Um estudo (Loynes, 1984) não encontrou correlação entre a Focalização e avaliação de resultados de hostilidade ou depressão dos clientes.

Em uma pesquisa belga, Leijssen (1996) gravou 810 sessões de 26 clientes durante seis anos e realizou uma série de análises. Em um estudo inicial, ela examinou sessões com avaliações explícitas, positivas e negativas, do cliente ou do terapeuta. Para ser incluída como uma avaliação positiva, o cliente deveria ter dito espontaneamente algo a respeito da utilidade da sessão, sem que o terapeuta perguntasse. Transcrições das sessões na íntegra foram lidas, e a Focalização era considerada presente quando o terapeuta dava instruções de focalização e o cliente aceitava o convite ou quando o cliente espontaneamente efetuava os seis passos da focalização. Setenta e cinco por cento das sessões positivas continham a Focalização e apenas trinta e três por cento das negativas a continham.

Em uma segunda análise, todos os clientes que concluíram a terapia com sucesso em menos do que vinte sessões foram estudados. "Foi digno de nota o proeminente uso da focalização em todos os oito casos. Praticamente todas as sessões adquiriram uma intensa característica de serem orientadas para a experiência e o cliente descobriu aspectos do problema que permaneciam até então fora de alcance. Todos esses clientes atingiram um contato com sua experiência corporalmente sentida sem terem sido inundados por ela. Quatro desses clientes parecem ter encontrado uma forma pessoal de transcendência do eu durante a focalização" (Leijssen, 2000).

A pesquisa realizada durante muitos anos por Sasche (1992) não foi revisada em profundidade nos Estados Unidos. Ele descobriu que os clientes que receberam instruções de focalização como parte da terapia centrada no cliente tiveram resultados significativamente melhores em escalas de sucesso terapêutico pelo terapeuta, em escalas de sucesso pelo cliente e no questionário de mudança de comportamento e experiência, (Therapist Success Ratings, Client Ratings of Success, e Client Change in Behavior and Experience Questionnaire), do que em clientes que tiveram apenas a terapia centrada no cliente. Em uma segunda fase, a Escala de Avaliação de Focalização (Focusing Rating Scale) de Sasche foi aplicada para analisar gravações da primeira sessão de cada cliente do grupo em que a Focalização foi empregada. Os clientes foram avaliados em termos do quanto eles conseguiam progredir nos passos da Focalização e então foram divididos em grupos de Alto Nível de Experienciação (estágio quatro em diante) e Baixo Nível de Experienciação. Os clientes pertencentes ao subgrupo de Alto Nível de Experienciação obtiveram melhores escores nas escalas de sucesso terapêutico pelo terapeuta e no questionário de mudança de comportamento e experiência (Therapist Success Rating e Client Change Questionnaire). A habilidade em Focalizar na primeira sessão prediz o resultado. Concluiu-se que apenas a introdução de instruções de focalização na terapia centrada no cliente obteve um efeito positivo e significativo no sucesso dos resultados terapêuticos. O estudo também sustenta a descoberta de que a focalização prediz o sucesso dos resultados terapêuticos.

Sasche (1990) chegou à conclusão de que a "profundidade" da experienciação do cliente na fase intermediária da terapia tem relação com o sucesso do processo, medido a partir de

testes objetivos de personalidade e ainda mais com estimativas de sucesso realizadas pelo terapeuta. Em estudos posteriores, foi observado que os terapeutas de clientes bem sucedidos fizeram significativamente mais "colocações de aprofundamento de processo" do que os terapeutas de clientes menos bem sucedidos, e uma alta porcentagem de clientes de sucesso eram capazes de responder a essas colocações. Iberg (1998) também observou que eventos de focalização avaliados pelo cliente estavam relacionados com desenvolvimento na terapia, mensurado pelo Questionário de checagem de sintomas (Symptom Checklist Outcome Questionnaire). Lietaer & Neirinck (1986) indagou os clientes em questionários de pós-sessão o que eles sentiam que havia acontecido em sessões que foram "muito úteis". Uma análise de conteúdo foi realizada empregando uma sistematização de categorias que foi organizada a partir dos dados. Um grupo de fatores relacionados com a Focalização como "profunda exploração da experiência", "plena Experienciação", e "auto-exploração produtiva" foi mais comumente identificado como útil e melhor discriminado das sessões menos bem sucedidas.

Foram encontradas correlações entre a Terapia Experiencial e resultados bem sucedidos com presidiários (Wolfus & Bierman, 1996; Goodman et.al. 1996), pacientes psicóticos (Gray, 1976; Hinterkopf & Brunswick, 1975, 1979, 1981; Egendorf & Jacobsen, 1982), com a terceira idade (Sherman, 1990) e com pacientes com queixas relacionadas à saúde física (Grindler, 1999; Shiriwa, 1999; Holstein & Flaxman, 1997). A focalização demonstrou a mesma eficácia em dessensibilização que o uso da terapia comportamental em um estudo de caso único (Weitzman, 1967) e a focalização mostrou-se equivalente à Terapia Racional Emotiva (RET) em manejo bem sucedido de stress (Weld, 1992). Foi observada a eficácia tanto da Focalização quanto da Gestalt Terapia em relação a tarefas específicas de terapia e mensurações de resultados em comparação com um grupo controle, porém a Gestalt mostrou-se mais efetiva que a Focalização (Greenberg & Higgins, 1980). A Focalização foi incluída como parte da condição de tratamento da Terapia Processual Experiencial em diversos estudos (Greenberg & Watson, 1998; Elliot et al, 1990) que demonstraram efeitos comparáveis com pesquisas comportamentais com pacientes depressivos.

É possível ensinar os clientes a Focalizar e a aumentar o nível Experiencial?

Esta é uma importante questão, levando-se em conta o dado replicável de que a Focalização ou o Alto Nível de Experienciação na(s) primeira(s) sessões é prognóstico de bom resultado e que clientes bem sucedidos em processos breves são capazes de focalizar em todas as sessões. Trinta e nove estudos indicam que o Nível de Experienciação e a Focalização podem ser incrementados através de treinamento e intervenções específicas do terapeuta.

Durak et al (1997) avaliou o Nível de Experienciação dos clientes em duas sessões anteriores e duas posteriores ao treinamento em focalização. Todo o grupo pesquisado aumentou o nível de Experienciação após o treinamento. Dos dez clientes que começaram abaixo do nível três, seis foram efetivamente treinados. Desses seis, quatro obtiveram sucesso na terapia. Dos quatro que iniciaram em níveis baixos de Experienciação e não foram treinados com sucesso, um foi bem sucedido. Dos sete clientes que estavam em níveis altos de Experienciação em sessões anteriores ao treinamento, seis obtiveram resultados positivos de terapia. Este estudo indica que clientes que vêm à terapia sem a habilidade em Focalização podem ser treinados para isso e então resultados bem sucedidos.

Onze outras pesquisas (Leijssen, 1996; Clarck, 1980; Schoeninger, 1965; Olsen, 1975; Gibbs, 1978; McMullin, 1972; Hinterkopf & Brunswick, 1975; 1979; 1981; Bierman et al, 1976; Van den Bos, 1973) descobriram que o nível de Experienciação ou a habilidade em Focalização pode ser desenvolvida com treinamento, ainda que o aumento não se mantenha sempre após concluído o treinamento. Clientes identificaram uma série de

fatores que os ajudaram a focalizar: ter um ouvinte que se refira à experienciação do focalizador e que o ajude a encontrar a distância adequada do problema, criando um espaço seguro (Tamura, 1987;1990), "confiando na experienciação do cliente" e "clareando o espaço" (Morikaya, 1997).

Terapeutas podem ajudar ou impedir os clientes a focalizar durante a sessão

Em uma série de pesquisas Sachse (1990) realizou análises minuciosas e chegou à conclusão de que as "colocações processuais" do terapeuta podem tornar as respostas subseqüentes dos clientes mais aprofundadas ou superficiais. Ele desenvolveu uma escala de processo do cliente (Client Processing Scale) e uma escala de processo do terapeuta (Therapist Processing Scale) baseada na teoria de Experienciação de Gendlin. Os estágios mais elevados representam a focalização. A escala do terapeuta avalia o nível que o terapeuta pretende facilitar no cliente. Sachse encontrou uma confiabilidade entre .79 e .94. Um estudo inicial analisando 1520 trios (de colocações de C-T-C) a partir de 152 clientes em um período intermediário da terapia, observou que os clientes aprofundaram seu processo 70% das vezes em que o terapeuta fez uma colocação mais aprofundada e mantiveram seu processo superficial 73% das vezes em que as colocações do terapeuta foram superficiais. Como mencionado anteriormente, terapeutas de clientes mais bem sucedidos fazem colocações mais aprofundadas do que os de clientes com menos sucesso e os clientes mais bem sucedidos aceitavam melhor as colocações mais aprofundadas de seus terapeutas do que os menos bem sucedidos. Estas descobertas foram corroboradas por dois estudos (Yakin, 1970; Adams, 1999) que utilizaram a escala de experienciação para analisar os trios. Elliot et al (1982; 1983) encontrou um ganho residual maior em experienciação seguida de intervenções do terapeuta avaliadas como elevadas em nível de experienciação, aprofundamento e empatia.

Três estudos (Kris, 1992; Jennen, 1978; Gibbs, 1978) descobriram que as qualidades de Empatia, Aprofundamento e/ou Alto nível de experienciação do terapeuta estavam correlacionados com o alto nível de experienciação do cliente. Um estudo (McMullin, 1972) demonstrou que, mesmo quando o terapeuta foi instruído a deliberadamente não expressar Empatia ou Aceitação Positiva, o nível de experienciação do cliente ainda aumentava quando as instruções de focalização eram dadas. A maior parte dos pesquisadores têm observado o efeito das intervenções ou condições do terapeuta na experienciação do cliente. Diversos estudos observaram o impacto de um nível mais elevado de experienciação do cliente em sua percepção do terapeuta. Vander Veen (1967) descobriu que clientes de níveis elevados de experienciação percebem seus terapeutas como mais congruentes e que o nível de experienciação predizia a percepção da congruência e empatia do terapeuta três meses depois. Elliot et al (1982;1983) observou que segmentos de sessões de clientes de níveis mais elevados de experienciação estavam correlacionados com as colocações seguintes do terapeuta, sendo avaliadas como mais úteis tanto pelo cliente quanto pelo terapeuta. Parece que o nível de experienciação de nossos clientes pode afetar nossa capacidade de sermos úteis.

Outras pesquisas indicam que o treinamento em focalização ou o alto nível de experienciação de terapeutas em treinamento, comparados com os de grupo controle, tinham correlação com maior empatia (Corcoran, 1981), melhor habilidade em sustentar uma comunicação facilitadora durante sessões de treinamentos de habilidades dirigidos à ação (Rennie et al, 1985) e a um maior escore em espontaneidade, responsividade ao sentimento, aceitação e capacidade de facilitação, avaliados por clientes voluntários (Swaine, 1986; p= .06 a .09).

Intervenções de terapeutas de outras orientações aumentaram o nível de experienciação ou a habilidade de focalização em mensurações anteriores e posteriores ou comparadas a controles. Isto inclui boas interpretações psicanalíticas (Fretter, 1985; Silberschatz, 1977), Gestalt (Greenberg, 1980, 1981), Devaneio Dirigido (Smith, 1980), Treinamento de grupo de encontro (Tetran, 1981) e reavaliação de co-aconselhamento (Reimer, 1975). Meditação (King, 1979) associada à focalização e treinamento de biofeedback GSR somado à focalização (Henderson, 1982) aumentaram mais o nível de experienciação do que somente as instruções de focalização. A técnica de Gestalt das duas cadeiras aumentou mais o nível de experienciação do que as instruções de focalização com respostas empáticas. O trabalho da Gestalt não apenas aumentou o nível de experienciação, como o moveu para uma amplitude maior, que é a focalização (Greenberg & Higgins, 1980). A não ser por este estudo, não está claro se essas intervenções ampliaram a habilidade de focalização ou apenas o envolvimento emocional, uma vez que dados circunstanciais do aumento não foram reportados.

O treinamento do terapeuta em focalização ajuda o cliente a focalizar

Sachse (1999) desenvolveu um modelo de treinamento para terapeutas. Ele partiu da hipótese de que terapeutas que são capazes de focalizar e que também compreendem isso teoricamente estarão mais capacitados a ajudar seus clientes a focalizar. Instruções padronizadas de focalização não são tão úteis quanto quando o terapeuta é capaz de ajustar a intervenção de focalização para "adaptar-se" a cada cliente particular. Quarenta terapeutas receberam treinamento de focalização durante seis meses e foram avaliados em relação à capacidade de focalização pela escala FRS. Os terapeutas, então, realizavam sessões terapêuticas com seus clientes. Essas sessões eram julgadas em termos do quanto a percepção se ajustava, a capacidade do terapeuta de ajustar as instruções de focalização ao cliente em específico. A intenção era a de ajudar o cliente a atingir um felt shift através do trabalho a partir de passos do processo. O terapeuta deve responder tanto ao conteúdo quanto ao processo, o que Sachse chama de "empatia de processo". A habilidade em focalização e o escore de conhecimento técnico do terapeuta predizem a habilidade em ajustar as instruções para o cliente em uma correlação altamente significativa de $.75 p=.001$. Em dois estudos subsequentes, Sachse (1999) encontrou uma alta correlação entre a habilidade de "ajuste" do terapeuta e a habilidade do cliente em focalizar.

Focalização e altos níveis de experienciação apresentam correlações com a fisiologia, cognição, atenção e personalidade que estão além do escopo de revisão deste capítulo.

Alguns dos resultados dos estudos iniciais podem ter falhado metodologicamente, pois a confiabilidade é baixa, o tamanho das amostras é pequeno e faltam grupos controle, ou há uma pequena amplitude de nível de experienciação, com poucos clientes atingindo os níveis mais elevados (Brodley, 1988). Níveis mais elevados de experienciação podem melhorar o resultado terapêutico sem atingir o estágio de focalização, mas se clientes no estágio 4 ou seguintes são observados separadamente como no estudo de Goldman (1997), as correlações com resultados positivos é ainda mais forte.

Quando os clientes são capazes de focalizar imediatamente, geralmente o processo terapêutico é mais rápido e mais bem sucedido. Ajudar os clientes a confiar nesta capacidade já desenvolvida conduz a passos de mudança. Para os clientes que não possuem essa habilidade, **aprendê-la** torna-se uma questão crucial.

Da teoria à prática

A interação é primordial

Se a experiência do cliente está sendo facilitada no momento imediato através da interação com seu terapeuta é um critério básico para a Psicoterapia Experiencial. Nós desejamos interagir com o cliente de uma maneira que ele possa entrar em contato com seu felt sense corporal em relação às situações da vida. Fazer isso requer que respondamos àquilo que é vago e pouco claro, no limite da atenção do cliente. Se nós pré definimos ou confiamos em uma técnica ou modelo para elaborar nossas respostas, não seremos capazes de ouvir o que é sentido pelo cliente, porém ainda não articulado. Muitos clientes têm apenas uma frágil conexão com seu felt sense. Se não respondemos a ele, eles não serão capazes de aprofundá-lo.

Ouvir é a linha de base

Ouvimos a experiência do cliente, mais do que nossas idéias a respeito da pessoa. Nós devolvemos o que o cliente *tem a intenção* de comunicar. Isso permite ao cliente a ressonância das palavras e imagens em contraste com o felt sense e corrigi-las ou verificar o que emerge na seqüência. Ouvimos a textura e a complexidade da experiência e respondemos à borda pouco clara da qual os passos da mudança advêm. O que fará a experiência avançar é muito exato. Somente essa palavra, imagem, ou ação toca ou movimenta alguma coisa, enquanto muitas outras não. Tentamos proteger o processo emergente, sabendo que provavelmente ele é mais capaz de fazer a experiência avançar do que qualquer outra coisa que poderíamos fazer. Portanto, a base do comportamento do terapeuta é de uma atitude de escuta empática. Esta atitude inclui o conceito Rogeriano básico de empatia, mas acrescenta a sensibilidade ao não ainda articulado, porém diretamente sentido limiar da experiência do cliente.

Quando tanto o cliente quanto o terapeuta respondem ao felt sense

Na sessão a seguir, veremos como é a focalização em ação. Às vezes pensamos na focalização em passos. Ainda que não formalmente nomeado, o cliente forma um **felt sense**, **questiona** (questões internas são dirigidas ao felt sense), **simboliza** (permite que imagens ou palavras emirjam dele), **ressoam** (checam se há resposta corporal às palavras) e **acolhem** (criam um espaço interno de boas vindas e não julgamento para o que veio). Há uma série de pequenos **felt shifts** e iniciam-se **pequenos passos** de mudança. Esta cliente tem trinta e poucos anos e contou um sonho. O terapeuta a convida a captar o felt sense do todo.

T1: Você consegue sentir em que, disso tudo, você quer prestar atenção? (Pergunta de focalização).

C1: (Silêncio enquanto ela checa seu interior). A única coisa que eu consigo realmente **conectar à sabedoria do meu sentir** é como se eu dissesse a mim mesma... "talvez minha infinita energia não tenha que surgir sendo sexual, talvez eu possa deixa-la... talvez ela apenas queira surgir agora..." (A cliente encontrou o tema que possui uma dimensão corporalmente sentida, mais do que apenas palavras).

T2: Eu gostaria de repetir isso para você... (Devolver acolhe a pessoa, e torna preciso qualquer conteúdo que surja, permitindo à cliente a ressonância das palavras em comparação ao felt sense). Você obtém um sentimento verdadeiro quando diz que "talvez agora o espiritual possa vir em sua própria forma, não necessitando ser através do sexual".

C2: Sim. E isso é muito difícil para mim, **mas parece ser a coisa certa**. (O que ela quer dizer com "coisa" é um felt sense corporal. O que ela quer dizer com "certa" é a qualidade da ressonância. Seu corpo diz "sim, está certo" e ela também sente que há mais disso a ser aberto nesse ponto exato).

T3: Oh, **tem algo difícil nisso**. (O terapeuta está reconhecendo o felt sense da cliente. Observe que ele diz "algo". Ele e a cliente estão ambos confortáveis com o fato do limiar ser pouco claro. O terapeuta não necessita que o conteúdo seja claro antes que ele emerja).

C3: (Silêncio à medida que ela se questiona qual é a sensação desse "difícil")... De algum jeito eu não quero deixar que isso venha apenas através do sexual... (Começa uma simbolização a partir do felt sense. Ela ainda não sabe de que maneira isso é verdadeiro, mas sabe que de "alguma maneira" é. Isso é sentido, mas ainda não em palavras)... é como... como se fosse a única forma que eu conheço isso aparecendo, e sendo assim, perder tudo... talvez, então, eu não tenha isso mesmo... **é isso** (felt shift) (começa a chorar – uma resposta corporal total)... é como... é tão importante ter um canal (Cria uma metáfora). Assim, se eles dizem "bem, caia fora daqui, e você pode ter um canal maior"... é tão assustador (soluções) pois (soluções) e se você perde o único canal que você tem...

T4: Entendo.

C4: **Tem mais aí** (felt sense)... **o que é?** (Ela questiona seu felt sense. Não se trata de uma questão cognitiva ou dedutiva)... **por que isso é tão assustador?** (Novamente ela está questionando diretamente seu felt sense, que então começa a se abrir). **É algo ainda nisso como...** (soluções) mantendo apenas o canal sexual também restrinjo quanta energia poderia vir ou algo assim... uma parte disso é realmente muito assustadora... **talvez eu pudesse viver em relação com essa energia o tempo todo** se eu não restringisse apenas a esse canal (simbolização). (Felt shift).

T5: Assustada de viver em relação com isso o tempo todo? (O terapeuta está confuso com o fato de que esse conteúdo é oposto às colocações anteriores. Há uma ordem experiencial exata neste tipo de processo, mas é diferente da ordem lógica).

C5: Uh, hum... Eu sempre escondi isso. Mas agora é como dizer "não faça mais assim. Veja! **Deixe a sua energia tornar-se visível, use-a, viva com ela, isso seria uma tremenda mudança naquilo que eu sou!**... Seja isso à luz do dia". (Mudança. Ela está mais visível agora).

T6: Uhum... Deixe isso se manifestar, perceba, veja... (Acolhendo, refletindo).

C6: Certo... (profundo suspiro)... (chorando)... leve isso a sério... (profundo suspiro, respirando, mais calada... rindo)... aquela velha energia ainda quer me colocar para baixo, de volta ao buraco negro... Mas está um pouco mais livre, moveu-se um pouco, é como se "tivesse um caminho".

Quando as pessoas focalizam, elas usam a linguagem de outra forma. Repare no uso freqüente de pronomes de abertura como "algo", "isso" ou "algum". As palavras estão sendo utilizadas para apontar o felt sense que não se encontra em palavras, mas que é tangível e presente. Não há como usar palavras de conteúdo ainda, sem acabar fechando o felt sense.

Quando o terapeuta falha em responder ao felt sense do cliente

Infelizmente, é possível que o cliente esteja próximo da focalização e o terapeuta não perceba o felt sense. Pelo fato do terapeuta ser o especialista, o cliente pode ficar confuso, sentir-se inadequado, submeter-se à autoridade do terapeuta e desconectar-se de sua experiência direta. Nós vimos no estudo de Sachse que uma resposta "superficial" do terapeuta leva a um achatamento do processo experiencial em 73% das respostas subsequentes do cliente. Há um impasse infeliz que o terapeuta pode interpretar como "resistência" da parte do cliente, quando na verdade, o problema é uma incapacidade por parte do terapeuta.

C1: E aí eu sinto que... **há algo em meio a isso tudo que eu não sei o que é...** (felt sense) e é como se eu soubesse o que... talvez eu sinta de um jeito diferente, não sei. Mas **agora é vago**.

T1: Certo. Se as coisas pudessem ser mais *definidas*... Se você pudesse ser capaz de *identificar a causa*, você realmente acha que seria capaz de *enfrentar* isso então. Mas agora você sente não ser capaz de apontar para o que o *problema realmente é*.

C2: Uhm... e... isso... assim, quando você diz isso... isso me deixa doida, pois eu sinto... você sabe... eu sou inteligente. Eu consigo perceber as coisas. E então... bem agora eu não sei que droga que acontece comigo.

O terapeuta foi incapaz de responder ao felt sense da cliente, que consiste no espaço intrincado, ainda não conhecido de onde o movimento poderia surgir. A cliente deu uma clara prescrição do que é necessário acontecer na seqüência. Ela literalmente diz ao terapeuta que se pudesse investir mais nesse espaço pouco claro subjacente à coisa toda, ela intui que algo poderia mover-se a partir de lá. Por não conhecer esse nível de processo, o terapeuta emprega suas palavras de uma forma fechada, cognitiva e definida que não é capaz de pontuar ou convidar o felt sense a se abrir. A cliente entra em um estado de auto crítica e, provavelmente com razão, fica irritada com o terapeuta. Este tipo de interação ressalta a necessidade dos terapeutas em desenvolver esse tipo de sensibilidade em seu treinamento. O terapeuta poderia ter se dirigido ao felt sense: "você sente que há algo em meio a isso"... o que poderia ajudar a cliente a manter-se próxima de seu felt sense e então ele poderia se abrir.

Quando o cliente não focaliza

Tem havido uma grande elaboração ao longo dos anos de como ajudar o cliente a focalizar quando ele não é capaz de fazer isso espontaneamente (Weiser Cornell, 1996; Hendricks, 1986; Wiltschko, 1996; Leijssen, 1990; 1998a). Pelo fato do felt sense constituir inicialmente uma vaga sensação corporal da situação como um todo, ela pode ser evasiva, especialmente em comparação com as intensas e óbvias emoções e interpretações que nos permitem sentir que entendemos a nós mesmos. Os seguintes extratos ilustram algumas dificuldades típicas e como é possível responder de modo a ajudar a formar o felt sense.

Obtendo um felt sense em lugar de apenas pensar ou relatar

Quando os clientes não sabem como focalizar, há diversos problemas típicos. Clientes podem ficar truncados em idéias a respeito de si mesmos em lugar de observar o que efetivamente acontece em sua experiência sentida. O cliente abaixo sente-se temeroso em seu trabalho e cogita idéias a respeito do porquê ele deve estar assim. O terapeuta o convida a entrar em contato direto com a sensação do todo que ele chama de "medo". O cliente é incapaz de fazer isso e continua envolvido com as idéias a respeito. O terapeuta novamente o convida a formar um felt sense. Ele é capaz de fazer isso brevemente, porém logo volta ao nível das idéias e análises. Mas isso é um começo.

T1: Então *espere um minuto* e vejamos se é possível *sentir o que é esse medo*. Você é capaz de fazer isso? É essa a questão? *Em quê, nisso tudo, você gostaria de se aprofundar?*

C: (O cliente não pára e não forma um felt sense. Ele continua com suas idéias e análises). É. Eu acho que é isso mesmo. Eu sei que nas últimas sessões houve uma tremenda dualidade nas imagens que nós encontramos. Liberdade e resistência. Adulto e bebê. Um impulso assertivo em relação ao mundo e um impulso contrário. O que poderia ser também liberdade e separação.

T2: Então há todo tipo de idéias a respeito, mas vamos *fiqueemos apenas com a sensação do medo*. *Você é capaz de senti-la exatamente agora? Você é capaz de sentir, em seu corpo agora, essa coisa toda com o trabalho que lhe é amedrontadora?*

C3: (Silêncio) *Parte desse sentimento assustador é uma sensação vaga* (felt sense) de estar à deriva e tateando.

T3: À deriva e tateando...

C4: *Como se eu estivesse no espaço sideral e não conseguisse me agarrar em nada...* (palavras derivando do felt sense e criando metáforas).

T4: Você é capaz de checar a ressonância, em seu corpo, dessa imagem de você tateando e não conseguindo agarrar nada? Isto está correto?

C5: Muito. (ressonando)... E agora com isso eu me lembro de ter tido imagens semelhantes em diferentes sessões de muitas maneiras.

Um cliente como esse provavelmente diz coisas como "bem, eu provavelmente me sinto assim por causa da forma como meus pais me tratavam quando eu era pequeno". Ou "meu terapeuta diz que eu devo ter sido muito uma criança muito agressiva para ter me tornado tão reservado". Tais clientes não têm sua própria sensação direta. As associações não emergem de seus processos próprios, mas são impostas à sua experiência tanto pelos próprios clientes quanto por seus terapeutas. Também é provável que este tipo de cliente faça muitas narrativas de eventos ocorridos durante a semana sem referência a significados pessoais sentidos desses eventos.

Mantendo distância em lugar de afundar em emoções

Outro beco sem saída em terapia surge quando os clientes afundam em emoções. Eles apenas revivem eventos ou sentimentos dolorosos. A focalização distingue emoções do felt sense. Uma emoção é mais estreita e tende a ser a resposta "universal" dada a determinadas situações, por exemplo, quando uma pessoa morre, alguém fica triste. Para captar um felt sense, a pessoa precisa recuar e formar sua própria complexidade, o senso pouco claro de um todo. Isso é particular ao indivíduo. O cliente idoso abaixo sofreu com uma severa depressão toda a sua vida e sempre esteve completamente identificado com intensas e dolorosas emoções.

C1: Eu me sinto muito incomodado. Não consigo agir. Eu não o chamei e não segui adiante. Eu nunca sigo adiante. Eu tenho estado nisso a minha vida toda. Eu acho que isso está relacionado com a minha mãe sempre me dizendo "Dan, lembre-se, você é muito doente". Eu me sinto péssimo. Agora eu vou ficar deprimido a semana toda. Eu não quero partir me sentindo assim! (O cliente está nervoso, agitado e deprimido).

Isto é familiar. Qualquer abordagem ao relacionamento dele com sua mãe o coloca em um escorregador de sentimentos extremamente ruins. Ele pode não dormir bem, e sua agitação e depressão interfere em sua vida por muitos dias. Ele não tem capacidade de processar essa experiência. Ele simplesmente está traumatizado novamente a cada vez.

T1: Bom, esse é um velho lugar para o qual você desliza, para aquele sentimento ruim. Isso é um velho e conhecido lugar. Nós não precisamos dele. Vejamos. **Por que você não o coloca de lado?** Aquela era ela e não você. **Vamos colocar essa coisa toda a respeito dela de lado**, no outro canto da sala.

C2: (Aparentando estar ligeiramente surpreso e confuso) Eu não sabia que eu poderia fazer isso!

T3: Bem, você pode simplesmente pegar **essa coisa toda a respeito dela e colocar longe o quanto você precisar para tirar isso de seu corpo**. Que tal do outro lado do rio de Nova Jersey?

C3: (O cliente começa a rir!) Sim! Acho que isso seria bom! (**Gesticula com as mãos dando a entender que empurra a coisa toda a respeito dela de seu estômago em direção ao rio**) (Clareando o espaço e obtendo distância).

T4: Você tem o direito de ter um espaço para você.

C4: Tenho? (Ligeiramente lacrimoso) Essa é a primeira vez na minha vida em que eu tenho a sensação de que não tenho que aceitar aquilo. (Pequeno felt shift com relaxamento corporal).

Este cliente tornou-se gradualmente capaz de discernir quando ele não estava à distância adequada das emoções. Mergulhar nas emoções não é focalização, assim como não o é a abreação ou catarse.

Atitude de focalização amigável em lugar da auto-crítica

Obter um felt sense e permitir que ele se desdobre requer uma atitude interna de amabilidade, espera, escuta e tolerância sem saber o que virá. Muitas pessoas têm problemas em manter essa atitude. Elas se atacam ou interrompem a si mesmas. Geralmente, justamente no ponto em que eles chegam ao limite daquilo que sabem, eles retraem com comentários como "oh, eu não sei", "isso é muito bobo", ou "isso é muito vago". "Isso não é claro". É justamente nesse limiar, quando eles chegam ao fim daquilo que já haviam pensado, que o felt sense se forma. Uma atitude de auto-ataque é um dos maiores bloqueios à focalização. Nós temos muitas maneiras de ajudar os clientes a moverem-se através dessas interrupções. Abaixo, um simples exemplo no qual a cliente começa a sessão atacando a si mesma e o terapeuta ignora o auto-ataque e os detalhes de conteúdo a respeito da história dela. Ao contrário, a cliente é convidada a recuar e formar o felt sense a respeito do todo. Ela é capaz de fazer isso. O que se desdobra a partir do felt sense a surpreende e acontece um pequeno felt shift. Observe quão diferente ela se sente e quão melhor conectada consigo própria ela fica após essa simples mudança.

C1: Eu sinto como se ninguém quisesse se relacionar comigo. Como **se houvesse algo errado comigo** e eu não sei o que é. Como **se eu fosse um monstro**. (auto-ataque). Eu sei o que dispara o sentimento. Talvez eu deva te contar disso. Eu sinto que nunca vou ter relacionamentos simplesmente regulares. Na noite passada, na igreja... (ela relata uma breve conversa com uma amiga a respeito de babás, na qual ela termina sentindo-se criticada).

T1: Bem, você é capaz de recuar um pouco e obter uma sensação da situação como um todo, da coisa toda com ela? Qual é a sua sensação?

C2: (Ela fica quieta, obtendo um felt sense e então começa a chorar). **Oh, eu sei o que é isso. Eu estava tão ansiosa!** (Simbolização a partir do felt sense). Minha filha queria tanto uma babá e eu achei que isso estava para acontecer. Eu acho que estraguei... Eu fiquei tão ansiosa que acho que não prestei atenção ao que ela me sinalizava. Eu simplesmente continuei falando, pois eu estava tão ansiosa e queria que isso acontecesse... **na verdade, agora que penso nisso, eu sinto que de alguma forma eu realmente não concordo com a forma como ela pensa** a respeito de cuidados com as crianças. Eu me lembro de sentir que **ela parecia superprotetora ou rígida em seu ponto de vista**.

T2: Então nessa sua ansiedade você realmente não prestou atenção a alguns dos seus próprios sinais. Você de fato não gostava do que ela estava dizendo, mas não parou e prestou atenção ao seu próprio sentimento.

C3: Sim... é mesmo... eu me sinto melhor agora que eu compreendo o que aconteceu comigo. O emergir de palavras como "Oh, eu sei o que é isso. Eu estava tão ansiosa!" configura um pequeno felt shift. As palavras são novas e surpreendentes para a cliente. O conteúdo de "ansiedade" é bem diferente de "eu sou um monstro". E o movimento do felt sense em palavras que promovem o avançar experiencial é sentido em seu corpo como alívio e lágrimas, em uma resposta global do corpo. A mudança é diretamente sentida no corpo nessa forma de terapia. O cliente não necessita especular se ele está ou não mudando. Isso é uma experiência imediata.

A direção implícita e o emergir dos passos

Algumas vezes o felt sense não responde a atitude de esperar e senti-lo com a questão "qual é a sensação que há nesse todo?". Então podemos questionar de maneira diferente. Perguntamos: "o que é necessário aqui?" ou "o que deveria acontecer então?". Estas não são

questões abstratas, intelectuais, mas ao contrário, questões de focalização que indagam diretamente do felt sense o que promoveria o avançar experiencial nessa situação. O organismo implica passos subseqüentes. Então esperamos para ver se algo se forma. O exemplo abaixo marca um ponto de transformação na terapia de uma cliente com uma severa desordem de estress pós-traumático, quando seu corpo responde à questão "o que é preciso agora?". Ela tinha estado incapaz de encontrar a distância apropriada da sua experiência de abuso e assim, não era capaz de focalizar. Ela tinha relances de memória, declarações parciais e dissociadas, estava cronicamente hiper vigilante e sentia terror a maior parte do tempo. Ela sente uma profunda dor com o fato de que, ainda que ela consiga trabalhar em um emprego de alto nível, a vida normal passava por ela e ela nunca teria filhos, pois não conseguia tolerar contato sexual com seu marido. Quando ela focalizava, o que sempre vinha a ela era o desejo de ter uma criança. Ela tinha 38 anos de idade.

C: O nível de tensão está maior do que o comum e já era insuportável mesmo da forma como estava. Há uma corrida em meu peito. Nada do que estamos fazendo está tocando isso. Nada toca. Agora eu estou tomando algo em torno de vinte pílulas por dia e nada está diferente daquilo que sempre estive. Eu não sei o que fazer.

Terapeuta e cliente passam cerca de 40 minutos tentando encontrar uma maneira de lidar com essa tensão, mas em vão. Ela não consegue obter um felt sense e nada mais ajuda. A cliente permanece trancada nesse terrível estado de tensão que não tem um conteúdo psicológico. O terapeuta faz, então, um outro tipo de questão focalizadora, tentando buscar a sabedoria corporal da cliente e deduzir o que é necessário no momento.

T1: Bem, porque você não dirige gentilmente sua atenção à parte da frente do seu corpo? Mantendo a atenção aí, vejamos obter alguma sensação, talvez uma imagem do que possa nos ajudar. Pergunte-se internamente: "O que é preciso agora para toda essa situação se acalmar, para que você possa se sentir bem?".

C1: (Longo silêncio) Me surgem duas coisas (palavras emergindo do felt sense)... Uma delas é se eu não teria que me mandar até que eu não estivesse mais preocupada com isso. Se eu não tivesse mais que ficar atenta ao tic tac do relógio... E tem outra coisa. Um cachorro... Uma Collie (ela começa a chorar – felt shift com resposta corporal). Eu não sei se eu te falei, mas quando eu era criança, tão assustada o tempo todo, tão aterrorizada, eu pedi aos meus pais um cachorro, uma Collie como a Lassie. A Lassie sentava-se na cama do Timmy e o protegia de qualquer um que entrasse pela janela, de modo que ninguém poderia feri-lo. E a Lassie era também amiga e fazia companhia a ele. Eu costumava sentir que uma Collie poderia me tornar menos assustada e ser minha amiga. A cada natal, cada aniversário, qualquer vez que eu fosse ganhar qualquer coisa, eu pedia a eles apenas aquilo; um cachorro. Eles sempre me diziam que se eu fizesse não-sei-o-que, ou de determinada maneira, ou coisa assim, eles me dariam o cão. Mas nunca deram. Eles sempre diziam que o que eu tinha feito ainda não era bom o bastante ou qualquer outra desculpa assim (ela ainda chora).

T2: Então você, ainda que sendo uma criança, sabia que se algo poderia ajudar, eles não o fariam.

C2: Dan (seu marido) diz que eles não tinham a intenção de me dar.

T3: Sim, tive a mesma sensação. Sinto-me bravo com eles. Mas é assim que a coisa fica agora. Um sentimento de que se você tivesse a sua própria Lassie, isso a ajudaria, faria a tensão diminuir (O terapeuta retorna ao felt sense. Ao refletir isso, o cliente pode voltar a se conectar a ele).

C3: Perguntei ao Dan se poderíamos ter uma Collie. Ele disse que sim. Mas sou eu quem acaba sempre impedindo isso (Ela dá uma série de razões práticas pelas quais seria difícil).

T4: Mas talvez você esteja certa agora. Você tem a sensação de que um cachorro te faria sentir-se mais segura internamente, como se houvesse companhia (novamente o terapeuta está retornando ao ponto de abertura, ao felt sense do que poderia ajudar).

C4: Sim. Semana passada eu e o Dan fomos a uma livraria. Ele me pegou lendo um livro sobre como treinar Collies. Ele disse: "Vou comprar para você". Eu disse "Não, não, tudo bem".

T5: Então você poderia começar pela compra do livro? (O terapeuta sugere um pequeno passo de mudança).

C5: Sim, talvez. O Dan diz que ele fica com medo de que se eu tiver um cachorro, vou desistir de tentar engravidar.

T6: Não tenho essa impressão. Ter uma criatura calorosa para amar e cuidar talvez te ajudasse a relaxar e engravidar. Talvez fosse certo se permitir tê-la agora... Você poderia ter o seu cão agora. (O terapeuta continua tentando proteger e criar o espaço que vem a seguir, para que ele não fique soterrado em tantas objeções).

C6: Talvez eu pudesse conseguir aquele tipo menor de Collie, que cresce até 60 cms.

T7: Bom, que tal não assumir compromissos, mas fazer o que você sente que precisa?

C7: (Quieta por um tempo. Uma risada irrompe em seu corpo). Ei! No natal! Eu poderia ter a minha Lassie no natal!

T8: Sim, parece bom! (observe que a cliente sente-se corporalmente melhor. Ela chorou e riu. Seu corpo não está mais travado em uma agitação sem nome).

A cliente respondeu à questão de focalização a respeito do que seria necessário para aliviar essa terrível tensão. O terapeuta esforça-se em ajudar o cliente a receber, proteger e criar espaço para esse passo que o corpo dela formou. Obter um cachorro não é, certamente, uma idéia do terapeuta ou a fórmula para tratar esse tipo de problema. Isso emergiu da intrincada complexidade da pessoa, no momento.

Quatro meses depois

C: Outro dia eu estava olhando para a Tucker, como ela está grande e estava pensando na gente, rolando pela grama, lutando, gritando e fazendo carinho uma na outra. Pensei: "Puxa! Estou feliz de você não ser apenas um cãozinho peludo. Você é a minha Lassie de verdade". Lembrei do que você me disse... lembra-se de quando eu falei "Bom, talvez eu pudesse arranjar uma Collie Toy" e você me disse "Que tal não assumir compromissos, que tal a sua Lassie real"? Eu acho que isso é uma metáfora para um monte de coisas.

Vinte meses depois, em um recado ao terapeuta.

"Você provavelmente viu na foto que eu te mandei... Leah (sua filha) está crescendo... Ela é motivo de muita alegria para mim. Eu nem consigo colocar em palavras algo desse tipo. Eu apenas a pego no colo, a embalo e agradeço a Deus todos os dias por ela. Por mim, teríamos uns quatro!".

O focusing nos toca em um nível que tem sua própria direção e momento. Quando desimpedimos o caminho, o organismo cria e implica interações precisas na seqüência. Nós estamos demasiadamente treinados a nos relacionar com a experiência de nossos clientes através de técnicas e conceitos. Nós somos supostamente os especialistas. Em nossa ansiedade em atuar bem, nós podemos impor nossos conceitos, perdendo a intrincada complexidade experiencial e o inerente desdobramento do processo próprio do cliente. Os pequenos passos necessários para a mudança emergem diretamente a partir do felt sense do cliente a respeito do problema e são mais criativos e exatos do que seríamos capazes de ser.

Conclusão

Clientes de diferentes culturas, de uma variedade de orientações terapêuticas, com uma variabilidade de diagnósticos têm melhores resultados se focalizarem. A relação terapêutica pode permitir o desenvolvimento dessa capacidade e sua sustentação, até que ela se torne disponível aos clientes em seu dia-a-dia. A terapia experiencial / FOT funciona em um nível do processo humano que ainda não é bem conhecido. Não se trata de emoção, pensamento, nem de sensações corporais literais. Na verdade, é um significado sentido das interações. Esse processo pode, provavelmente, ser descoberto por qualquer ser humano. Ao ter descoberto a focalização, uma pessoa pode dedicar um tempo à sensação corporal que advém de um problema, dificuldade ou confusão, sem ter tido ainda, palavras ou símbolos. Em um limite tão pouco claro, novos e criativos aspectos do viver emergem. Isso poderia se referir a uma dançarina esperando surgirem os próximos passos de sua coreografia, a um poeta buscando a palavra certa ou a um médico perseguindo a implícita resposta a um enigma profissional. Como terapeutas, nós às vezes pontuamos essas questões com uma pergunta simples: "como essa questão ressoa em seu corpo?". Isso imediatamente aprofunda o processo. Pequenas e freqüentes questões como essa durante um período de tempo capacitam o cliente a focalizar.

Há uma seqüência histórica do desenvolvimento das pesquisas, desde os estudos pioneiros que relacionavam a experiência e os resultados terapêuticos até a formulação do Focusing, e posteriormente os diversos estudos acerca do ensino da focalização aos clientes, terapeutas e outros. Feixes recentes de pesquisas seqüenciais no Canadá, Bélgica e Alemanha produziram estudos com configurações mais sofisticadas e boa confiabilidade, que encontravam replicavam os pioneiros. Resultados de sucesso de terapia (em termos de processo e sessões) avaliados pelo terapeuta, pelos clientes e por escores objetivos estão correlacionados com a Experiência e a Focalização. A focalização também se correlaciona com avaliações de personalidade, físicas e de saúde. Este acúmulo de teoria, pesquisa e prática com base na experiência têm influenciado muitos desenvolvimentos subsequentes das terapias humanistas. O tipo de experiência do cliente e a capacidade do terapeuta de responder ao seu felt sense corporal, bem como aos seus significados implícitos aparentam ser fatores que atravessam as orientações teóricas. Uma implicação mais ampla desse novo tipo de conceitos corresponde ao desenvolvimento de uma ciência de primeira pessoa, que se moverá além das orientações teóricas e identificará os processos centrais. É possível haver implicações sociais derivadas da capacidade de discernir a sensação própria de uma pessoa a respeito de uma situação e em permitir que passos emirjam, em lugar de serem impostos. Esta capacidade liberta as pessoas dos padrões pré-determinados, sejam eles aqueles da auto-crítica ou da opressão externa das regras sociais e ideologias.

Referências Bibliográficas

- Adams, K. (1999). The effects of therapist's experiential focus (Doctoral Dissertation, York University). Dissertation Abstracts.
- Bierman, R., Davidson, B. Finkleman, L. Leonidas, J., Lumly, C, & Simister, S (1976) Toward meeting fundamental human needs: Preventive effects of the Human Service Community. Unpublished report. Guelph (Ontario)
- Bommert, R., & Dahlhoff, H. D. (1978). Das Selbsterleben (Experiencing) in der Psychotherapie. Munchern: Urban & Schwarzenber:
- Brodley, B. (May, 1988) Does early-in-therapy level predict outcome? A review of Research. Discussion paper for Second Annual Meeting of the Association for the Development of the Person-Centered approach, New York City

- Corcoran, K. (1981, July). Experiential Focusing and Human Resource Development: A Comparative Study of Pre-Conceptual and Conceptual Approaches to the Training of Empathy. Dissertation Abstracts International, DAI-A 42/01, 384. (University Microfilms No. AAC 8112725)
- Clark, D. (1980). Effects of Experiential Focusing with Psychotherapy Patients. Dissertation Abstracts International. (University Microfilms No. 8017688)
- Custers, A. (1973). De manier van ervaren in het therapeutisch proces. Psychologica Belgica, 13, 125–138. Cited in Klein et al (1969) The Experiencing Scale
- Durak, G., Bernstein, R., & Gendlin, E. T. (1997, Fall/Winter). Effects of focusing training on therapy process and outcome. The Folio: A Journal for Focusing and Experiential Therapy, 15, 7–14.
- Egendorf, A. & Jacobson, L. (1982) Teaching the very confused how to make sense: an experiential approach to modular training with psychotics. Psychiatry, 45;4, pp. 336-350
- Elliott, R. Cline, J. & Shulman, R. (1982) Effective processes in psychotherapy: A single case study using four evaluative paradigms. Unpublished manuscript, U. of Toledo.
- Elliott, R., Klein, M.H. & Mathieu-Coughlan, P.L. (July, 1983) A sequential analysis of empathy and experiencing: A case study. Paper presented at the Society for Psychotherapy Research, Sheffield, England,)
- Elliot, R., Clark, C., Wexler, M., Kemeny, M., Brinkerhoff, V., & Mack, C. (1990). The impact of experiential therapy of depression: Initial results. In F. Lietaer, J. Rombauts, & R. Van Balen (Eds.), Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the nineties (pp. 549–577). Leuven: Leuven University Press.
- Fishman, D. (1971). Empirical correlates of the experiencing scale_Paper presented at the American Psychological Association, Washington D.C..
- Fretter, P. B. (1985). The immediate effects of transference interpretations on patients' progress in brief, psychodynamic psychotherapy (Doctoral dissertation, University of San Francisco). Dissertation Abstracts International. .
- Gendlin, E. T. (1964). Personality Change. In P. Worchel & D. Byrne (Eds.), A Theory of Personality Change (pp. 102–148). New York, NY: John Wiley & Son.
- Gendlin, E. T. (1996). Focusing-Oriented Psychotherapy. New York: Guilford Press.
- Gendlin, E.T. (1997) A Process Model New York, The Focusing Institute: www.focusing.org
- Gendlin, E. T. (1981). Focusing. New York: Bantam .
- Gendlin, E. T., & Zimring, F. (1994). The qualities or dimensions of experiencing and their change. The Person-Centered Journal, 1(2), 55–67.
- Gendlin, E. T., Beebe, III, J., Cassens, J., Klein, M., & Oberlander, M. (1968). Focusing Ability in Psychotherapy, Personality, and Creativity. In M. M. Shlien (Ed.), Research in Psychotherapy: Vol. III. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Gendlin, E. T., Jenney, R., & Shlein, J. M. (1960). Counselor ratings of process and outcome in client-centered therapy.. Journal of Clinical Psychology, 17, 73–77.
- Gibbs, B. (1978). Effects of Therapist and Subject Experiencing Levels on the Therapeutic Process (Doctoral dissertation, California School of Professional Psychology). Dissertation Abstracts International. .
- Goldman, Rhonda. (1997) Change in thematic depth of experiencing and outcome in experiential psychotherapy (Doctoral dissertation, York University). Dissertations Abstracts International.
- Goldman, R, Bierman, R & Wolfus, B (1996 June). Relating without violence (RWV): A treatment program for incarcerated male batterers. Poster session presented at the Society for Psychotherapy Research, Amelia Island, Florida.

- Gray, J. P. (1976). The influence of experiential focusing on state anxiety and problem-solving ability. Unpublished doctoral dissertation, California School of Professional Psychology, Los Angeles.
- Greenberg, L. S. (1980). An intensive analysis of recurring events from the practice of Gestalt therapy. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 17, 143–152.
- Greenberg, L. (1983) Toward a task analysis of conflict resolution in Gestalt intervention. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 1983, 20, 190-201
- Greenberg, L & Rice, L.(1981) The specific effects of a Gestalt intervention. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 1981, 18 31-37
- Greenberg, L. S., & Higgins, H. (1980). The differential effects of two-chair dialogue and focusing on conflict resolution. Journal of Counseling Psychology, 27, 221–225.
- Greenberg, L., & Watson, J. C. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions.. Psychotherapy Research, 8(2), 210–224.
- Grindler Katonah, D., & Flaxman, J. (1999). Focusing:An Adjunct Treatment for Adaptive Recovery From Cancer. Unpublished manuscript, The Illinois School of Professional Psychology.
- Henderson, J. (1982). The Effect of Training With Biofeedback and Experiential Focusing on Increasing Experiencing Ability (Doctoral dissertation, University of Southern California). Dissertation Abstracts International.
- Hendricks, M. N. (1986, May). Experiencing Level as a Therapeutic Variable. In Person-Centered Review: Vol. 1. Person-Centered Review. : Sage Publications, Inc..
- Hinterkopf, E., & Brunswick, L. (1979, Winter). Promoting interpersonal interaction among mental patients by teaching them therapeutic skills.. Psychosocial Rehabilitation Journal, 3(1), 20–26.
- Hinterkopf, E., & Brunswick, L. K. (1975, Spring). Teaching therapeutic skills to mental patients.. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 12(1), 8–12.
- Hinterkopf, E., & Brunswick, L. K. (1981, Fall). Teaching mental patients to use client-centered and experiential therapeutic skills with each other.. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 18(3), 394–402.
- Holstein, B., & Flaxman, J. (1997, Fall/Spring). The Effect of Focusing on Weight Loss. The Folio: A Journal for Focusing and Experiential Therapy, 15(2), 29–46.
- Iberg, J. R. (1998, July 22). Exploring the Relationships Between Focusing-oriented Therapy and the OQ 45.2. Unpublished manuscript.
- Ikemi, A., Kira, Y., Murayama, S., Tamura, R., & Yuba, N. (1986). Rating the process of experiencing: The development of a Japanese version of the Experiencing Scale. The Japanese Journal of Humanistic Psychology, 4, 50–64.
- Jennen, M. G. (1978). Relationship and interaction between therapist conditions, client depth of experiencing during therapy and constructive personality change in individual psycholtherapy. Unpublished manuscript.
- Johnson, M. E., & Greenberg, L. S. (1988). Relating process to outcome in marital therapy. Journal of Marital and Family Therapy, 14, 175–183.
- Kiesler, D. J. (1971). Patient experiencing level and successful outcome in individual psychotherapy of schizophrenics and psychoneurotics.. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 37, 370–385.
- King, J. W. (1979). Meditation and the enhancement of focusing ability. Unpublished doctoral dissertation, Northwestern University, Evanston, Illinois.
- Kirtner, W. L., & Cartwright, D. S. (1958). Success and failure in client-centered therapy as a function of initial in-therapy behavior. Journal of Consulting Psychology, 22, 329–333.

- Klein, M. H., Mathieu, P. L., Gendlin, E. T., & Kiesler, D. J. (1969). The experiencing scale: a research and training manual. Madison, Wisconsin: Wisconsin Psychiatric Institute.
- Klein, M. H., Mathieu-Coughlan, P., & Kiesler, D. J. (1986). The Experiencing Scales. The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook, The Guilford Press, New York, 21–71.
- Kubota, S., & Ikemi, A. (1991). The manner of experiencing and the perceived relationship: A study of one-shot interviews. The Japanese Journal of Humanistic Psychology, 9, 53–66.
- 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 (p. 94). New York: John Wiley & Sons, Inc..
- Leijssen, M. (1990). On focusing and the necessary conditions of therapeutic personality change. In G. Lietaer, J. Rombauts, & R. Van Balen (Eds.), Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the Nineties (p.). Leuven: Leuven University Press.
- Leijssen, M. (1996). Focusingprocessen in clientgericht-experientiele psychotherapie. Unpublished doctoral dissertation, Katholieke Universiteit Leuven, Leuven.
- Leijssen, M. (2000) Die Staerken und Grenzen von Focusing: einige Forschungsergebnisse in: H.J. Feuerstein, D. Mueller, A. Weiser Cornell (Eds.) "Focusing im Prozess, ein Lesebuch"; GwG Verlag und FZK Verlag, Cologne. An English version, The power and limitations of focusing: a few research findings is available from The Focusing Institute. 34 East Lane, Spring Valley, NY 10977
- Leijssen, M. (1998a). Focusing Microprocesses. In L. S. Greenberg, J. C. Watson, & G. Lietaer (Eds.), Handbook of Experiential Psychotherapy (pp. 121–154). New York: The Guilford Press.
- Lietaer, G., & Neirinck, M. (1986, November). Client and Therapist Perceptions of Helping Processes in Client-Centered/Experiential Psychotherapy. Person-Centered Review, 1(4), 436–455.
- Loynes, Jack L. (1984) Effects of experiential focusing on anger experiences of separated or divorced men. Unpublished Doctoral Dissertation, Michigan State University.
- Luborsky, L. (1982) Cited in Klein et al 1986 The Experiencing Scales.
- Lutgendorf, S. K., Antoni, M. H., Kumar, M., & Schneiderman, N. (1994). Changes in cognitive coping strategies predict EBV-antibody titre change following a stressor disclosure induction. Journal of Psychosomatic Research, 38, 63–78.
- Mathieu-Coughlan, P., & Klein, M. H. (1984). Experiential Psychotherapy: Key Events in Client-Therapist Interaction. In L. N. Rice & L. S. Greenberg (Eds.), Patterns of Change: Intensive Analysis of Psychotherapy Process (pp. 213–248). New York, NY: The Guilford Press.
- McMullin, R. E. (1972). Effects of counselor focusing on client self-experiencing under low attitudinal conditions.. Journal of Counseling Psychology, 19, 282–285.
- Morikawa, Y. (1997). Making practical the focusing manner of experiencing in everyday life: A consideration of factor analysis. The Journal of Japanese Clinical Psychology, 15(1), 58–65.
- Nixon, D. (1982). The relationships of primal therapy outcome with experiencing, voice quality and transference. Unpublished doctoral dissertation, York University, Toronto, Ontario.
- Olsen, L. E. (1975). The therapeutic use of visual imagery and experiential focusing in psychotherapy. Unpublished doctoral dissertation, University of Chicago, Chicago.
- Rennie, D. L., Brewster, L. J., & Toukmanian, S. G. (1985, January). The Counsellor Trainee as Client: Client process as a predictor of counselling skill acquisition.. Canadian Journal of Behavioural Science, 17, 16–28.

- Richert, A. (1976, April). Expectations, experiencing and change in psychotherapy. Journal of Clinical Psychology, 32, 438.
- Riemer, R. (1975). Effects of brief reevaluation counseling on experiential focusing. Unpublished doctoral dissertation, California School of Professional Psychology.
- Rogers, C. (1959). A tentative scale for the measurement of process in psychotherapy. In E. A. Rubinstein & M. B. Parloff (Eds.), Research in Psychotherapy (pp. 96–107). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Rogers, C. R., Gendlin, E. T., Kiesler, D., & Truax, C. B. (1967). The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics. Madison, Wisconsin: University of Wisconsin Press.
- Ryan, R. (1966). The role of the experiencing variable in the psychotherapeutic process. Unpublished doctoral dissertation, University of Illinois, .
- Sachse, R. (1991, May). (Difficulties of psychosomatic clients in assessing personal emotions and motives: possible consequences for therapeutic treatment:.. Psychotherapy, Psychosomatic Medicine, Psychology, 41, 187–195.
- Sachse, R. (1990). The Influence of Therapist Processing Proposals on the Explication Process of the Client. Person-Centered Review, 5, Number 3, 321–347.
- Sachse, R., & Neumann, W. (1983, December). ProzeBmodell zum focusing unter berucksichtigung spezifischer probleme. GwG-info: Informationsblätter der Gessellschaft fur wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie, 53, 51–73.
- Sachse, R., Atrops, A., Wilke, F., & Maus, C.. (1992). Focusing: Ein emotionszentriertes Psychotherapie-Verfahren []. Bern, Goettingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Sachse, R. (1999) Personal Communication.
- Schoeninger, D. W. (1965). Client experiencing as a function of therapist self-disclosure and pre-therapy training in experiencing. Unpublished doctoral dissertation, University of Wisconsin, Madison, Wisconsin.
- Seeman, J. (1996, Fall/Spring). Level of experiencing and psychotherapy outcome. The Folio: A Journal for Focusing and Experiential Therapy, 15, 15–18.
- Sherman, E. (1990). Experiential reminiscence and life-review therapy with the elderly. In G. Lietaer, J. Rombauts, & R. Van Balen (Eds.), Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the Nineties (pp. 709–732). Leuven, Belgium: Leuven University Press.
- Shiraiwa, K. (1999). Focusing and support group activities for those who live with cancer. The Folio: A Journal for Focusing and Experiential Psychotherapy 18 (1)
- Silberschatz, G. (1977) The effects of the analysts neutrality on the patient feelings and behavior in the psychoanalytic situation. Unpublished Doctoral Dissertation, New York University
- Smith, D. (1980). The effect of guided daydreams on the experiencing and imagery of patients in psychotherapy (Doctoral dissertation, Fuller Theological Seminary, School of Psychology). Dissertation Abstracts International .
- Swaine, W. T. (1986). Counselor training in experiential focusing: Effects on empathy, perceived facilitativeness and self-actualization. Dissertation Abstracts International .
- Tamura, R. (1987). Floatability: A focuser variable related to success in focusing. The Japanese Journal of Humanistic Psychology, 5, 83–87.
- Tamura, R. (1990). The interrelation between the focuser-listener relationship and the focuser's floatability during focusing. The Journal of Japanese Clinical Psychology, 1990, Vol 8, No 1, 16-25.
- Tetran, B. (1981) Cited in Klein et al 1986.
- Tomlinson, T.M. (1959) A validation study of a scale for the measurement of the process of personality change in psychotherapy. Unpublished MS thesis, University of Wisconsin

Tomlinson, T. M., & Hart, J. T., Jr. (1962). A validation study of the process scale. Journal of Consulting Psychology, 26(1), 74–78.

Tomlinson, T.M. & Stoler, N. The relationship between affective evaluation and ratings of outcome and therapy process with schizophrenics. Psychotherapy 4; 14-18

Truax, C. B., & Carkhuff, R. R. (1965). Client and therapist transparency in the psychotherapeutic encounter. Journal of Conuseling Psychology, 12(1), 3–9.

Van der Veen, F. (1967). Basic elements in the process of psychotherapy: a research study. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 31, 395–403.

VandenBos, G. R. (1972). Several analyses regarding Post-Focusing Checklist scores. Unpublished manuscript.

VandenBos, G. R. (1973). An invertigation of several methods of teaching "experiential focusing.". Unpublished doctoral dissertation, University of Detroit, Detroit.

Walker, A., Rablen, R. & Rogers, C (1960) Development of a scale to measure process change in psychotherapy. Journal of Clinical Psychology, 16: 79-85

Warwar, N. (1996). The relationship between level of experiencing and session outcome in client-centered and process-experiential therapies (Depression). Dissertation Abstracts International. (University Microfilms No. MAI Vol 34-06)

Weiser Cornell, A. (1996). The Power of Focusing. Oakland, California: New Harbinger Publications.

Weitzman, B. (1967). Behavior therapy and psychotherapy. Psychological Review, 74, 300–317.

Weld, S. E. (1992). Stress Management Outcome: Prediction of Differential Outcome by Personality Characteristics. Dissertation Abstracts International.

Wiltchko, J. (1996) Focusing Therapy, Part 1: Some basic statements. The Folio, Vol 14, NO 3. Chicago.

Wolf, Lonn & vandenBos, Gary (1971) Experiential Focusing: New Research Tools. Unpublished paper, available from The Focusing Institute, 34 East Lane, Spring Valley, NY.

Wolfus, B & Bierman, R (1996). An evaluation of a group treatment program for incarcerated male batterers. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 40, 318-333.

Yakin, P. (1970). A test of Gendlin’s theory of personality change. Unpublished Doctoral Dissertation, University of Chicago.

Tabela 1

Nível Experiencial e Resultados

Estudo	Medidas da Experienciação	Orientação População	Medidas de resultados e descobertas
Kirtner & Cartwright 1958	Modo de experienciar medido na primeira sessão	42 Clientes do centro de aconselhamento da Universidade TCC	Níveis mais elevados de experienciação presentes primeira sessão diferenciavam casos de sucesso e de fracasso mensurados pelo terapeuta em uma escala de nove pontos
Tomlinson, 1959	Escala de Processo nas sessões iniciais r = .47 - .63	20 casos TCC	Níveis elevados de processo em terapia correlacionam-se melhores resultados terapêuticos em diversos critérios

Gendlin et al, 1960	Avaliações do terapeuta em escala de "conteúdo" vs "processo" na 7ª sessão e nas sessões finais	39 Clientes do centro de aconselhamento da Universidade 16 Terapeutas TCC	Terapeutas avaliaram melhor clientes bem sucedidos itens de processo: exprimir sentimentos em lugar de deles; uso da relação terapêutica como uma fonte para experiência e uso da relação como um dificuldades que tr vida. As descobertas referem-se às ultimas sessões e não à
Walker et al 1960	Escala de mudança de Processo r = .83	6 casos, 3 maior sucesso, 3 menor sucesso	O grupo bem sucedido, avaliado pela pontuação do terap por medidas objetivas, mostra maior mudança para níveis elevados de processo.
Tomlinson & Hart 1962	Escala de processo em sessões iniciais e finais r = .65	5 maior sucesso 5 menor sucesso Replicou o estudo de Walker	Níveis elevados de processo em sessões iniciais e discriminam os casos mais e menos bem sucedido medidas diversas de resultados. (Avaliações de terape cliente e técnica Q). 4 dos 5 de maior sucesso em estágio mais. Nenhum do grupo de menor sucesso atingiu o estágio
Truax & Carkhuff 1965	Aprofundamento pela escala de auto-exploração a cada sessão	14 esquizofrênicos 15 os	Quanto maior a auto-exploração, maior o grau de mudança construtiva de personalidade, medida pela mudança em pré e pós e pelo tempo despendido no hospital.
Ryan 1966	Mudança experiencial r=77	Diversificado 32 clientes do centro de aconselhamento da Universidade	Níveis mais elevados de Experienciação correlacionam-se melhores resultados em terapia, mensurados pela Hunt Movement Scale e por avaliações finais do terapeuta a respeito da auto-percepção do cliente.
Rogers et al 1967	Média experiencial no curso do tratamento r= .76; .79	14 Esquizofrênicos 15 Grupo Controle	Níveis mais elevados de experienciação correlacionam-se avaliações de clientes e terapeuta sobre o sucesso do processo com escores no MMPI Sc Scale e com o tempo no hospital.
Van der Veen 1967	Escala de processo; estudo de caso baseado em sessões longo da terapia.	15 Esquizofrênicos. Também foram analisados subgrupos de maior e menor sucesso.	Uma media mais elevada de nível experiencial relaciona com melhores escores do MMPI e com avaliações clínicas coeficiente de regressão não foi significativo. O grupo melhores resultados apresentava pacientes atingindo es mais elevados nas escalas de processo.
Tomlinson & Stoler 1967	Mudança	Esquizofrênicos e neuróticos	Sucesso terapêutico correlaciona-se com o aumento do experiencial no grupo todo; sendo os neuróticos mais do que esquizofrênicos.

Gendlin et al 1968	Escala de Experienciação nas Sessões iniciais e mudança	Reavaliação de 8 neuróticos e 12 esquizofrênicos	Níveis mais elevados de experiênciação nas sessões iniciais indicam maior sucesso terapêutico. Grupo controle esquizofrênicos em níveis mais baixos do que os neuróticos
Kiesler 1971	Sessões de 1 – 30 avaliadas em experiênciação. (Incluindo uma revisão dos dados de Rogers a respeito dos clientes psicóticos) r=.79	38 clientes: 12 psicóticos, 26 neuróticos. CC, Adleriano, Freudiano and Eclético.	Os mais bem sucedidos têm níveis mais elevados de experiênciação. Os neuróticos mais bem sucedidos têm níveis mais altos, seguidos pelos neuróticos menos bem sucedidos. Na seqüência, os esquizofrênicos mais bem sucedidos são seguidos pelos menos bem sucedidos. Os neuróticos apresentavam níveis mais elevados de experiênciação do que os psicóticos em todos os quesitos. Não houve superposição. Entretanto, a média geral dos clientes estava em níveis mais baixos da escala.
Fishman 1971	Nível experiencial no final do processo: r=.92 No começo: ns.	Dinâmico	Avaliações de terapeutas, clientes e avaliações independentes correlacionam-se com aumento de experiênciação nas sessões finais.
Custers 1973	Mudança experiencial. Nas sessões iniciais: ns.	Neuróticos	Maior mudança para níveis mais elevados de experiênciação longo da terapia correlaciona-se com melhores resultados mensurados pelo MMPI e pela Técnica Q.
Richert 1976	Amostras da experiênciação na segunda metade da terapia.	26 clientes, 13 terapeutas.	Níveis mais elevados de experiênciação relacionam-se com menor satisfação no final da terapia, medida pela mudança antes-e-depois na satisfação de clientes com auto-descoberta que incluíam auto-relatos positivos e negativos.
Jennen 1978	Mudança no final do processo r=.80	13 pacientes	Níveis mais elevados de experiênciação estão relacionados com melhores resultados através do Inner Support scale e Personal Orientation Inventory.
Bommert & Dalhoff 1978	Experienciação nas sessões intermediárias.	Neuróticos.	O grupo bem sucedido teve uma significância de 4.18. O grupo de menor sucesso obteve 3.51 em sessões intermediárias. Sessões iniciais não correlacionavam experiênciação e sucesso.
Greenberg & Rice 1981	Experienciação na técnica das duas cadeiras.	Gestalt	Na resolução ambas as cadeiras iniciam em baixos níveis de experiênciação e atingem altos níveis de experiênciação medida em que a resolução ocorre.
Greenberg, 1983	Experienciação na técnica das duas cadeiras.	Gestalt 14 resolução 14 não-	Não houve diferença durante a fase de oposição, mas durante a fase de "outra" cadeira durante a fase de fusão, houve maior experiênciação no grupo de resolução do que no grupo de não-resolução.

	cadeiras.	resolução	resolução.
Nixon 1982	Pré-terapia.	Primal	Avaliações de sucesso do cliente correlacionam-se com níveis de experiencição em uma sessão de pré-terapia.
Luborsky 1982	Picos em início de processo. Ganho residual.	Dinâmico.	A amostra como um todo não apontou relação em experiencição e sucesso. Em um subgrupo de ex-pac masculinos, os mais bem sucedidos tiveram maiores picos de experiencição.
Elliott et al 1982; 1983	Média ao longo da terapia. 10 sessões.	Eclético – psicodinâmico. Caso único.	Avaliações de altos níveis de experiencição mostraram altamente correlacionadas com avaliações do cliente sobre a efetividade geral das sessões.
Greenberg 1983	Experiencição na técnica das duas cadeiras.	Gestalt Replicação.	Altos níveis de experiencição em 14 exemplos de resultados das duas cadeiras comparados com 14 exemplos de resultados da resolução.
Ikemi 1986	Experiencição nas últimas e mais bem sucedidas sessões.	5 díades e 5 sessões de focalização.	Focalizadores selecionaram as sessões mais e menos bem sucedidas. Níveis mais elevados de experiencição em sessões de sucesso.
Johnson & Greenberg 1988	Escala de Experiencição.	Focada na emoção marital.	Bom resultado relacionado com níveis mais elevados de experiencição em "culpando o cônjuge".
Kubota & Ikemi 1991	Avaliações de experiencição a partir de segmentos de vídeo.	18 médicos e 14 alunos.	Sessões avaliadas como bem sucedidas pelos clientes obtiveram picos de experiencição mais elevados.
Leijssen 1996	Avaliações de experiencição no começo, meio e fim da terapia.	40 clientes. TCC.	Não há correlação entre picos de experiencição e avaliações do terapeuta ou do cliente em uma escala de níveis de aprimoramento.
Warwar 1996	Uma sessão de alto e uma de baixo nível de experiencição e de cada cliente.	16 depressivos – 20 sessões divididas entre TCC e experiencial.	Sessões de alto nível de experiencição correlacionam-se com melhores resultados terapêuticos. Modalidade terapêutica apresenta relação com o sucesso das sessões.
Goldman 1997	Experiencição na Segunda sessão. Avaliações de experiencição relacionadas	35 depressivos 17 TCC 18 experiencial.	Níveis mais elevados de experiencição na segunda sessão predizem o resultado do processo. A experiencição relacionada ao tema na segunda metade da terapia em nível 6, correlaciona-se com escores de pico residual no BDI, SCL – 90R e no nível 6 com a escala de estimativa de Rosenberg.

	ao tema na segunda metade da terapia. $r=.78$		
Adams 1999	Escala de Experienciaço do terapeuta.	34 depressivos TCC ou experiencial	Níveis mais elevados de experienciaço tera correlacionam-se com resultados bem sucedidos do cl mensurados pela escala de auto-estima, pelo inventár depressão de Beck e pelo SCL – 90R.

r = nível de confiabilidade obtida em avaliações de experienciaço.

Todos os estudos têm significância de $p=.05$ ou mais.

CC = Terapia Centrada no Cliente.

ns = Não siginificante.

This page was last modified on 07 November 2003