

sim
Espaço John Wood
ESTUDOS E PESQUISAS NA
ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA

PUC

COORDENAÇÃO CENTRAL DE ATIVIDADES DE EXTENSÃO
CURSO: Abordagens Centradas na Pessoa Aplicadas à Psicoterapia

Prof. John K. Wood.

Título do Trabalho: Focalização
Autor: Eugene T. Gendlin

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rua Marquês de São Vicente 225 — ZC 19

Rio de Janeiro — Brasil

F O C A L I Z A Ç Ã O

EUGENE T. GENDLIN

UNIVERSIDADE DE CHICAGO

A focalização experimental é um procedimento terapêutico. Como eu explicarei mais tarde, não é, ela sòzinha, suficiente para a psicoterapia. Antes de tudo, eu a vejo como um sub processo essencial. Em primeiro lugar descreverei o procedimento de focalização, e discutirei, então, como o procedimento pode se ajustar com a interação terapêutica. Finalmente apresentarei a base de pesquisa que deu origem a este procedimento terapêutico.

Muito de psicoterapia consiste em falar superficialmente dos problemas do indivíduo, esperando muito gradualmente entrar, de maneira mais profunda, nesses problemas.

Recentemente os terapeutas tem usado de vários métodos para começar a trabalhar diretamente no cerne do problema, a fim de atingir um nível corporalmente concreto de trabalho, depois de apenas algumas entrevistas iniciais. Por exemplo, aqueles que usam Terapia de Comportamento e dessensibilização, ~~tã~~ tanto isto (se sempre de maneira efetiva ou não, é uma outra questão). Uma vez que um problema foi escolhido, pede-se ao paciente de dessensibilização (Wolpe e Lazarus, 1966), para imaginar e tolerar versões sucessivas do problema, causas doras de ansiedade. Os pacientes começam a trabalhar quase imediatamente com a concretização corporal de suas dificuldades. Certos métodos de role-playing tentam envolver de modo semelhante o organismo concreto do indivíduo, não sómente o que ele diz e pensa.

Muitos pacientes não podem entrar com facilidade na versão corporal de seus problemas. Alguns lutam inicialmente em direção a algo mais real do que simplesmente falar e realmente conseguem alcançar um processo concreto de mudança. Mas outros nunca parecem tentar isto ou atingí-lo.

O método de focalização que eu agora descreverei, pode ser ensinado e usado no contexto de qualquer terapia. É um método corporal.

Em primeiro lugar envolve uma mudança de direção aguda e completa. Deve-se parar de falar para dentro de sí; deve-se perguntar; "O que está errado?" e depois ficar quieto e abster-se de responder a si mesmo.

É compreendido que todo mundo sabe bastante sôbre o que está errado, entretando é uma questão completamente diferente esperar e ouvir ao invés de falar a si mesmo sôbre isso.

Geralmente as pessoas pensam de fora para dentro de si mesmas. Na focalização muda-se para "de dentro para fora, de si mesmo".

Ao invés de tentar dizer ou pensar o que é o problema, qual é a resposta, deve-se ficar quieto e ouvir. Então a versão corporal sentida do problema, torna-o sentido, de maneira clara. Todos conhecem a experiência de estar aflito e tentar dizer alguma coisa útil a si mesmo, geralmente conseguindo pouco e de maneira não clara. A focalização é uma reação dramática a isto, surgindo em seu lugar o ficar calado.

Em segundo lugar, deve-se entender antes de começar, que as palavras podem vir de um sentimento. As palavras vêm de qualquer maneira, não sendo possível ficar calado por muito tempo. Mas há um modo de deixar todas as palavras que vêm irem-se, exceto aquelas que "vêm do" sentimento. Uma outra maneira de dizer isso (desde que "vêm do" é misterioso), é dizer que algumas palavras, raras vezes tem um efeito sentido. Eu chamo isso um efeito experiencial. A medida que essas palavras RARAS surge^m experimenta-se um sentimento agudo, ou um alívio sentido, uma mudança. Algumas vezes tais palavras não são em si mesmas muito impressionantes ou novas, mas justamente elas têm um efeito experiencial e outras não têm. (Por exemplo: "Eu estou amendiado...") poderia não ser uma afirmação inédita, mas quando as palavras surgem do fato de se escutar quieto, elas geralmente têm o efeito de: "sim, é isso que está certo, (longo suspiro), (balança a cabeça), sim, rapaz, eu não sabia quão verdadeiro isto era"), contudo, talvez este indivíduo estivesse falando há vários dias, entre outras coisas, que ele estava amdrontado. Em uma pequena discursão introdutória, o terapeuta explica primeiro como as palavras podem vir de um sentimento. Depois o paciente é convidado a dar exemplos, que geralmente mostram se ele ainda não entendeu. Segue-se mais discussões. Quando ele dá um exemplo que é correto, estamos convencidos que ele compreende e sómente nesse momento. (Por exemplo: o paciente sabia o que se quer dizer por palavras que vêm de um sentimento quando você não gosta de alguém, há o que você critica objetivamente, mas é diferente quando o que você diz vem de seu sentimento de como você sente).

Em terceiro e último lugar, deve-se explicar que é possível sentir um problema como um todo e deixar o que é importante surgir daquela sensação corporal. As pessoas raramente deixam o ponto crucial do problema vir-lhes de maneira viva a partir de seus

... pontos do problema como um todo. Elas já sabem qual é o cerne, ou elas decidem o que é. Entretanto, antes de começarmos, instruímos o paciente neste terceiro ponto: "Quando você tiver sentido o problema de maneira total, não decida o que é mais importante nele. Sinta-o todo e não decida nada. Espere e deixe o ponto crucial vir a você de maneira viva".

Em resumo, essas três preliminares são discutidas até que o paciente as alcançou: (1) deve-se esperar cerca de 30 segundos sem falar a si mesmo deixando as palavras irem, embora caso elas surgirem, até que se sinta de modo novo os próprios, sentimentos corporais do problema; (2) As palavras podem vir de um sentimento e tais palavras têm um poder especial, um efeito sentido, que outras palavras não têm; (3) Quando você tiver sentido o problema de maneira total, não decida o que é mais importante nele. Pergunte: "Qual é o cerne dele?" e deixe isso vir vivamente a você a partir do modo como o problema total é sentido.

Em pesquisa nós damos exatamente as instruções seguintes para focalização. Para a terapia é melhor dá-las informalmente na sua linguagem própria, variar a ordem das informações, e trabalhar repetidamente nos passos em que surgem dificuldades. A porção inicial pode ser omitida depois do primeiro momento.

FOCALIZAÇÃO MANUAL

Isto será simplesmente em relação a você. O que pedi-
rei a você para fazer será silêncio para você mesmo. Tire um momen-
to para relaxar.... 5 segundos. Certo - agora, em relação a você,
eu gostaria que você prestasse atenção a uma parte de você que é
muito especial. Preste atenção aquela parte onde você geralmente
sente tristeza, alegria ou medo. 5 segundos. Preste atenção aquela
área em você e veja como você está agora.

Veja o que vem a você quando pergunta a si mesmo "Co-
mo estou agora?" "Como eu me sinto"? "Qual é a coisa mais importan-
te para mim neste momento?" Deixe isso vir, de maneira que vier a
você e veja no que isto consiste.

30 segundos ou menos

Se, entre as coisas que você pensou, há um problema
pessoal maior que você sente como importante, continue com ele. Ou
então selecione um problema pessoal importante no qual pensar.

Escolha certo de que escolheu um problema pessoal de real importância em sua vida. Escolha a coisa que parece mais significativa para você.

10 segundos

1- Certamente, existem muitos aspectos que se relacionam com *esse* coisa que você está pensando - muitos para que você pense em cada um separadamente. Mas você pode sentir todas essas coisas juntas. Preste atenção no lugar onde você geralmente sente as coisas, e lá você pode obter uma idéia de como todos os problemas são sentidos. Deixe você mesmo sentir todos eles.

30 segundos ou menos

2- À medida que você presta atenção ao sentimento total do problema, você pode descobrir que um sentimento especial surge. Deixe você mesmo prestar atenção à este sentimento. *Preste atenção a esse sentimento*

1 minuto

3- Continue seguindo um sentimento. Não deixe que ele seja apenas palavras ou imagens - espere e deixe *palavras ou imagens* sentimento. *palavras ou imagens* *sentimento*

1 minuto

4- Se esse sentimento muda, ou se ele se movimenta, deixe que isso aconteça. O que quer que ele faça, siga o sentimento e preste atenção nele.

1 minuto

5- Agora, *pegue* tome aquilo que é vivo ou novo na percepção, *do sentimento* e continue tranquilamente. *dele*

Logo que você percebê-lo, tente encontrar palavras ou imagens que capturem o *significado* desse sentimento presente.

significado Não deve ter nada que você não conhecia antes. Palavras novas são melhores mas palavras antigas poderiam se ajustar bem, desde que você encontre palavras ou imagens que transmitam o que é novo para você neste momento.

1 minuto

6- Se as palavras ou imagens que você agora possui fazem uma diferença viva, veja esta diferença. Deixe as palavras ou imagens mudarem até que sejam sentidas como ^{certas} ~~certas~~ na captação de seus sentimentos.

1 minuto

Agora darei a você um pequeno espaço de tempo para ser usado de maneira que você quiser, e depois nós vamos parar.

Quando bem ensinado, o paciente pode ficar impressionado pelo fato de que ele pode realmente focalizar e algumas vezes mesmo ter um efeito emocional de assim o fazer. Mas frequentemente a dificuldade que ele encontra na tentativa de focalizar é também grande (?) (e única para ele, geralmente). Talvez ele não focalizou muito depressa, então ele duvidou, bloqueou, descobriu sua extrema má vontade, ou algo assim. Porque conduzir vários anos de entrevistas superficiais quando está barreira a um processo experimental está presente aqui, e provavelmente é aquilo com que mais desejamos trabalhar?

A maneira de trabalhar nesta dificuldade é novamente, focalizando-o. Há um "giro ao redor daquilo", que faz o bloqueio, determinação ou má vontade que é em si mesmo o objeto da focalização.

"Esta má vontade, o que é?" "Novamente, não replique, pense, converse com você mesmo, sinta tudo e pergunte o que, em relação a isso, é o cerne e deixe isso vir".

Sempre que o paciente estiver inseguro sobre o que ele encontrou (explicando ou duvidando) a maneira de lidar com isso é sempre com um início novo. Não é necessário decidir-se as questões verbais que surgem, "Ao contrário, focalize nelas vivamente, deixe-as vir vividamente mais uma vez"- isso é quase sempre a resposta a qualquer coisa que a questão pareça ser. (Mas eu não sei se o que veio é realmente meu, ou se é o que as pessoas colocaram em mim...?)

Resposta: "Bem, veja claramente agora o que vem: nunca se importe com as suas dúvidas em relação àquilo a que você está se dirigindo, mas deixe vir uma outra etapa nova."

Alternativa, se a dúvida não permitir um início novo: "Certo, tente focalizar nessa tarefa duvidosa total. O que é o cen

tro de tudo isso? Mas espere, e deixe toda a tarefa duvidosa surgir vividamente."

Quando alguém tenta ensinar a outra pessoa como penetrar na versão concretamente sentida de seu problemas (em vez de falar acerca deles) as dificuldades encontradas são em si mesma dignas de serem trabalhadas. O paciente pode experimentar a que deve se referir e sentir sua própria sensação corporal do problema contra o qual ele está trabalhando. Ele pode, geralmente fazer assim em alguns tópicos, mas não em outros. ("Qual é sua impressão total a meu respeito? Veja - você a tem aí. Não diga nada. Isso é somente um exemplo.") Isso torna muito claro o que ele deve procurar fazer, e o tempo pode ser gasto enfrentando diretamente no concreto, ainda que não se consiga isso com facilidade.

Algumas vezes pode ser difícil para o paciente ficar quieto, desde que ele pode ter muito a dizer. É perfeitamente correto para ele dizer tudo de uma vez, desde que as respostas do terapeuta são certamente, uma outra dimensão essencial da psicoterapia.

Mas algumas vezes novamente aqui, depois alguns minutos (depois de estar satisfeito de que tem o terapeuta com ele) ele deve novamente focalizar vividamente, e deixar o processo experiencial corporal mover outro passo concreto.

Nessa terapia experiencial, é importante que o terapeuta ^{te} responda ao que é diretamente sentido ainda que este sentimento não esteja conceitualmente claro. O que os pacientes sentem na focalização é frequentemente conceitualmente vago. O paciente sente o significado do sentimento com bastante distinção, mas se ele fala, ele frequentemente começa se lamentando de que não é possível pensar nele claramente. "Há algo engraçado aí, sobre o modo como eu me retiro dos relacionamentos... (Ele falou sobre o problema antes, mas não sobre o que é "engraçado" aqui, ele simplesmente focalizou e encontrou aquilo)... mas eu não posso descrevê-la. É... ah!... engraçado, aí." O terapeuta deve ser capaz de falar sobre aquilo, mesmo sem saber o que é: "Você obteve algo mas no entanto você não sabe o que é. É algo engraçado que você encontrou, em como você se relaciona. É algo a respeito de como você se relaciona."

Pode ser de ajuda agora, mais conversa e interação, ou ser ainda um descanso da focalização. Entretanto, a focalização é muito mais fácil, quando uma outra pessoa responde ocasionalmente. O caráter distante e impreciso da focalização nestes sentimentos "engraçados" é muito mitigada quando o terapeuta fala dele.

O último passo alcançado pelo paciente torna-se interpessoalmente fixado. Será então mais fácil para ele focalizar mais....

Embora os terapeutas sejam bastante introspectivos, ou sei que eu e meus colegas não fazemos esta focalização tão distinta mesmo em nossas próprias introspecções, a menos que nos dispomos a fazer isso especificamente. É tão provável que eu esteja aflito como qualquer pessoa, até que eu me coloque especificamente na focalização e diga: "Agora, tudo certo. Cale-se", e então espero calmamente enquanto minha sensação corporal: "o que está errado?".

A expressão chave na qual a focalização pode ser resumida é "O que está errado?" compreendido como, quando se espera sem falar interiormente a si mesmo.

Quando a mente desviou (não se sabe isso, até que ela seja pega de início e então ela já se desviou) ela é trazida de volta paulatinamente: "Onde eu estava, oh! sim, naquilo, uhm, e oh! sim, o que está realmente errado?"

O caráter deliberado, quase forçado disso, deve ser salientado. Não é deixando-se ir, mas mantendo-se intencionalmente quieto ajustando-se a atenção, e então - nisso feito deliberadamente focalizado e quieto - somente então e aí, deixando surgir o que pode vir.

Uma outra qualificação especial se relaciona a psicóticos limítrofes, ou geralmente a pessoas para as quais podem acontecer vozes ou outras experiências sobrenaturais. É importante enfatizar que a focalização se relaciona a "deixar somente algo vir, mas somente "como você sente agora" (sobre algum problema da vida)!

Focalizar no que se sente agora tem um efeito de tornar-se sadio. As experiências "sobrenaturais" não surgem de como se sente agora mas de fora do espaço, de algum lugar

Uma vez que está claro que o sentimento presente é aquele que se está focalizando, a focalização torna-se também de ajuda para as pessoas que estão tentando controlar o incomum e constantemente querem evitar ^{que} aquilo venha. Sentir é um "lugar" seguro e diferente na pessoa, do que o psicótico experimenta.

Os "sentimentos" nos quais se focaliza não são emoções em si (embora se possa ter emoções sobre elas e com eles). Emoções são tonalidades emocionais como raiva, medo, ódio, depressão, alegria, satisfação, excitação. Se se focaliza a atenção somente nas tonalidades emocionais, nada acontece, ou a tonalidade simplesmente

umenta. Por exemplo, a focalização no sentimento de depressão faz a pessoa se tornar mais e mais deprimida. Ao contrário, o que eu quero dizer por sentimento é realmente o significado sentido, uma riqueza preconceitual, implicitamente "a situação total", ou algo que tem a ver com..."

Qualquer dificuldade envolve nosso passado, outras pessoas, situações, desgostos consigo mesmo, tentativas passadas, e muitas outras facetas que não são conhecidas. Mas pode-se sentir a massa indiferenciada de "tudo aquilo" de uma maneira corporal. Tal "sentimento" não é somente uma tonalidade emocional (depressão), mas antes, tudo aquilo que aconteceu e que torna a vida e a mim "do modo que está agora".

Para focalizar tal sensação corporal preconceitual de "tudo aquilo" deve-se algumas vezes forçar de volta uma tonalidade emocional específica. Pode-se fazer assim (especialmente se uma ou tra pessoa está presente, ainda enquanto aquela pessoa está silenciosa) movendo como se fosse, através dele. ("Sim, eu estou muito deprimido, sim oh... uf... um sentimento desagradável... mas vividamente agora, o que é tudo isso?" ou um outro exemplo: "Sim, eu estou envergonhado de tudo, de verdade, sim, unhunh, mas agora, o que é o cerne de tudo, do que estou envergonhado?"). O significado sentido é sempre uma massa indiferenciada de muitos aspectos; mas pode ser corporalmente sentido como um todo.

TEORIA

Eu esbocei agora o procedimento prático da focalização experimental. Também empreguei as palavras significado do sentimento e efeito experiencial.

As três proposições teóricas seguintes podem afirmar brevemente: (1) Porque um significado sentido, embora sentido des-
ses modo é uma sensação corporal que engloba muitas complexidades de um problema;

(2) Porque um efeito experiencial é uma parte da resolução corporal de um problema;

(3) porque palavras, imagens, e interações podem ter efeitos experiências.

1- Uma pessoa é uma interação corporal com outras e com seus ambiente.

Como se vive ou reage é um processo corporal que se realiza em situação. Quando alguém pretende saltar em cima de você, você sente isso no "interior" de você.

Da mesma maneira de que um golfista sente em seu corpo, na posição de seu pé, na sensação muscular do balanço que executa, a cena total em frente a ele, nós experimentamos corporalmente a complexidade de nossas situações e interações.

2) A sensação corporal de um problema ou situação é pré-verbal e pré-conceitual, ela é estruturada de várias maneiras mas não de uma maneira determinada, e não é equivalente a qualquer padrão verbal ou conceitual. Atentar para ela ou falar dela é vivê-la mais e contudo estruturá-la mais, o que constitui um "ir para frente". Quando esta maior vivência corporal ocorre sente-se um efeito experiencial.

3) O processo experiencial corporal é levado avante por ação de feedback. À medida que se age, percebe-se as próprias ações. Isto é então uma nova experiência que pode novamente levar a uma nova ação que é novamente experimentada e leva a uma outra ação. Este "zig-zag" entre sensações corporal e ação visível é tal modo que cada um leva o outro para frente: a própria ação é experimentada novamente, a essa experiência leva novamente a uma nova ação.

Palavras, imagens, passos de dança, papéis representados outras reações das pessoas, todas essas coisas são percebidas como feedback, e podem ter o efeito de zig-zag de levar para frente, que a ação tem. (Eu digo "podem ter", porque muito frequentemente, elas não tem. Somente algumas palavras e algumas reações das pessoas levam para frente a sensação sentida. Geralmente não o fazem. Eles originam novas reações mas falham em liberar ou levar a frente o significado do sentimento que se teve no momento.)

Embora a focalização, no procedimento aqui apresentado, use palavras ("deixe virem palavras do sentimento") alguns indivíduos preferem imagens. Contudo as instruções algumas vezes dizem palavras ou imagens". O que conta não é se são usadas palavras ou imagens, mas se há mais e mais um início genuíno e vivo do sentimento. As pessoas que usam palavras tendem a permanecer nas palavras pensando e falando, em vez de tirar mais e mais um início vivo do sentimento. De modo semelhante, as pessoas que usam imagens tendem a ficar ~~em~~ fascinadas com uma imagem, quando deviam mais e mais deixar que um início vivo do sentimento corporal mudasse a imagem para eles.

Qualquer tipo de objetivação perceptível (palavras, imagens, ações, respostas interpessoais) podem exercer a mesma função, desde que se mova constantemente de volta ao sentimento, e vividamente para fora dele e novamente para novas palavras, imagens, respostas etc...

Contudo nós não sabemos se esses diferentes modos de levar a experiência para frente são igualmente efetivos para qualquer um, e se exatamente os mesmos efeitos são produzidos, por todos esses modos. Somente isto sabemos: qualquer um deles poder ser efetivo quando consistentemente feito por passos vivos do sentimento, e qualquer um deles pode falhar quando se envolve neles e se esquece de inícios vivos da experiência sentida.

SÍNTESE BASEADA EM PRINCÍPIOS EXPERIÊNCIAS

Para por a prova um novo método, deve-se primeiro colocar a sensação presente do paciente imediatamente sentida do que está ocorrendo. Se isso é colocado primeiro, se o terapeuta permanece sempre atento para isso e indaga sobre isso, então qualquer método pode ser tentado, sem perigo. Deve-se dizer honestamente ao paciente: "Aqui está um método que eu conheço. Ele pode ajudar-nos ou não. Gostaria de tentá-lo com você, e depois nós podemos falar de como ele lhe parece." Com essa aproximação aberta e com o interesse primário nos próprios sentimentos do paciente, não se imporá nunca algo errado de maneira desumana. Antes ouvirá sobre o que está errado, e trabalhando nisso, o método terá ajudado, pelo menos indiretamente.

Síntese não é o mesmo que ecleticismo, para colocar diferentes métodos juntos, deve-se primeiro ver exatamente quais processos terapêuticos específicos cada um engendra no paciente. Contrariamente, dois terapeutas podem dizer e pensar que praticam de modo muito semelhante e no entanto engendram processo muito diferentes no paciente. Isto mostra que métodos correntes não estão ainda definidos e especificamente em termos das consequências que produzem. Devemos definir cada método pelos passos específicos experiências e os efeitos momentâneos que eles produzem no paciente. Para isto devemos definir muito mais exatamente o que o terapeuta realmente faz, que resulta esses efeitos experiências.

Tal redefinição específica é o que eu chamo "experencializar" um método. Uma vez que fizemos isso, podemos ver quais procedimentos específicos de um método nós deveríamos querer usar,

que eles podem fazer, o que falta a eles, e consequentemente quais procedimentos específicos de outros métodos necessitaríamos para colocá-los juntos com eles.

No ano que se segue eu "irei experienciar" brevemente vários métodos, de maneira suficiente a mostrar quais aspectos deles são incluídos no procedimento de focalização. Em cada caso, por favor note que o que eu especifico experientialmente é algo que muitos praticos deste método fazem mas também algo que muitos deles não fazem. As conceitualizações mais antigas não têm uma maneira de apontar o processo essencial da focalização experiential.

Eu vejo a focalização como algo essencial da psicoterapia, desensibilização, imaginação jungiana, hipnoterapia, associação livre, e outros métodos. Na maioria dos casos eu creio que o procedimento da focalização especificou o que é válido e eliminou o que leva falha nesse processo fundamental.

Por exemplo a associação livre é como a focalização somente quando é feita experientialmente. Na maioria das vezes ela não é como a focalização. Geralmente, a associação livre é um meio de informar ao analista sobre o paciente. A associação do paciente pode ser somente divagação.

As referências do analista podem ser corretas mas não geram o processo corporal imediato no paciente.

Por outro lado, a associação livre, na maneira original de Freud, tentava deixar o paciente chegar a um bloqueio encontrado diretamente.

Deste modo as interpretações do analista são dirigidas para o bloqueio concreto, e são chamadas efetivas somente se são bem sucedidas na dissolução daquele bloqueio e engendram um processo concreto de mudança (em linguagem analítica, uma mudança dinâmica).

Desde que eu especifiquei dois tipos, de "associação livre", acima, pode-se também ser mais específico sobre a técnica Jungiana de devaneio. O paciente reimagina de maneira viva, ou a terapia se matém na análise de uma dada imagem tão fascinante quando ele pode ser? O terapeuta focaliza a atenção do paciente em seu sentimento concreto de um modo que as imagens mudam mutuamente com a sensação corporal do problema, ou imagens mudam independentemente como o devaneio na associação livre? (Jung enfatizava que o paciente deve estar "ativo" com a imaginação, e não deve somente observar). Muitos pacientes fogem amedrontados da imaginação porque não estão suficientemente focalizados em seus sentimentos concretos.

... a terapia de imaginação sem tal focalização pode reforçar as tendências do paciente de fazer recuar os sentimentos, e os levam a experiências semelhantes às dos psicóticos.

A focalização experiencial (como Weitzman, 1967, comentou) é semelhante a dessensibilização sistemática. Entretanto, o terapeuta do comportamento escolhe as cenas a serem imaginadas, os passos e a maneira de caminhar. Na focalização, o paciente deixa - que estes se desenvolvam. Ele geralmente se matém em um problema ao invés de se manter em uma única situação (porque muito frequentemente, à medida que a focalização prossegue, o que constitui o problema, torna-se transformado).

A focalização também difere da dessensibilização porque não é dada ao paciente uma "hierarquia" de imagens para ele sentir, mas deixa o sentimento específico imediato do problema nascer diretamente de sua sensação corporal do problema. Entretanto, o conteúdo corrente na focalização (quando posteriormente descrito) é frequentemente semelhantes a relatos depois da dessensibilização.

A mudança experiencial distinta que se sente quando há um "efeito experiencial" é muito semelhante a que a dessensibilização pretende.

Quando se tenta focalizar, se relaxa. Isto é natural (impede-se a entrada de coisas externas, respira-se profundamente, e se diz "agora deixe-me ver..."). A focalização é auxiliada pela introdução do relaxamento um pouco antes, uma inovação que partiu de Weitzman (1967). Entretanto, essas instruções de relaxamento devem ser breves (estire os braços e depois deixe-os cair lentos. Agora sua pernas, estique-as, agora deixe-as cair"). porque se não o relaxamento é tão profundo que não ocorre a focalização. A focalização oscila através da linha (se podemos desenhar uma) entre vigília completa e ligeiro relaxamento. Ela requer bastante relaxamento para focalizar no significado sentido, mas imediatamente outra vez ela requer completo despertar em resposta ao que vem, depois novamente uma descida viva no sentimento corporal do problema e novamente um despertar completo para o que possa vir se o relaxamento é muito profundo, há contudo corrente mas não ocorrem mudanças experiências concretas.

Muitos outros métodos - quando são efetivos - envolvem o mesmo processo experiencial que a focalização. Isto existe, porque a terapia deve envolver um processo corporal de experimentação.

O processo de mudança corporal que nós procuramos está

... tornando mais claro para nós, e parece ser o mesmo, se feito com palavras, imagens, ou role-playing, ou se através da imaginação de situações que o terapeuta planeja, ou através de sensação corporal direta como uma fonte de palavras e de imagens.

Nós começamos agora a definir passos preciosos na instrução. Sem passos mais precisos e definições, os métodos de terapia são vagos e as diferenças entre os métodos são em menor número do que as diferenças entre os praticantes do mesmo método.

Há seguramente outros passos específicos os quais outros terapeutas estão descobrindo, e que ao método de focalização desenvolvido até aqui falta incluir.

Estes podem e seriam acrescentados se eles pudessem ser específicos e se pudessem ser incluídos na instrução. A focalização experiencial torna os específicos e sintetiza os passos desses métodos terapêuticos que sistematicamente procuram engendrar o processo de mudança corporal. Mas esta é somente uma dimensão importante da terapia. A outra dimensão importante é a interação interpessoal.

INTERAÇÃO NA TERAPIA

A focalização, como um esforço instruído, deliberado e em silêncio, deve ocorrer no contexto mais amplo de uma relação terapêutica. Na apresentação da focalização eu não gostaria de dar origem à sua prática de maneira exclusiva, mas somente no contexto de um método mais amplo de terapia, que é preferido.

Entretanto, correntemente a maioria dos métodos que sistematicamente engendram processo corporal concreto ignoram a relação interpessoal (embora isso seja muito menos na terapia do comportamento, Lewin e colaboradores, 1968; D'Alessio, 1968, Lazarus, 1968) Contrariamente, terapias de relacionamento tendem a não formular uma maneira sistemática de tornar a terapia um processo corporal concreto em casos onde isso ainda não ocorreu para o paciente. Por que não usar ambas dimensões na terapia?

Para tanto, cada método terapêutico se anuncia como o único efetivo, e como tudo que alguém necessita. Onde a especificidade de experiência revela que dois métodos não demandam em direção aos mesmos passos de processo, nada de valor que ele oferecem seria colocado em conjunto.

Nós sabemos que a interação interpessoal fornece ao pa-

ciente processos de reviver e de viver de maneira nova que ele não pode ter sozinho.

Como pode um método de instrução deliberada específica ser colocado junto com um método de interação terapêutica?

Como eu já indiquei, o terapeuta faria da responsabilidade do paciente sua regra mais importante. Isto somente garante que não haverá uma aplicação mecânica e exclusiva da focalização. Haverá muitos períodos de interação terapêutica mais comuns, nos quais a focalização pode se ajustar, frequente ou raramente, como parecer melhor.

Nós devemos agora voltar para essa dimensão maior das terapias, (interpreta e indaga ou vive em direção ao paciente ...) são também um tipo de objetivação como o são as palavras, imagens e ações. As respostas do terapeuta podem levar as experiências dos pacientes mais na frente, em efeitos experiências e alívio corporal, ou podem deixar seu processo corporal experiencial mantido no lugar em que estava. (Certamente, é fácil fazer surgir todos os tipos de outras reações no paciente, mas "ir para frente" é aquela reação muito especial de encontrar o seu processo experiencial sendo vivido além do ponto onde foi mantido).

A focalização e interação são ambas efetivas através do mesmo caminhar para frente, básico da experiência, que na focalização é dado por atenção corporal e palavras, ou imagens. A única diferença é aquela que conhecemos, no caso de respostas interpessoais que se refere ao fato de que elas têm efeitos que nenhum outro tipo de feedback pode ter.

Apesar de não ser possível discutí-lo em detalhe neste artigo, o relativo e auto-expressivo feito pelo terapeuta, é uma das melhores maneiras de assegurar e prosseguir para frente. Entretanto, tal relato deve consistentemente deixar lugar para a focalização e acolher e apreciar o lado do paciente a partir de qualquer interação paciente-terapeuta engendrada. Sem essa regra muitos relatos expressivos dos terapeutas falham.

Os terapeutas não são seres humanos superiores. Quando eles se relacionam espontaneamente, não é sempre melhor do que quando outras pessoas fazem isso na vida do paciente. O que o torna melhor é o fato de que o terapeuta tem um interesse em acolher melhor qualquer experiência que ele tenha engendrado no paciente. Se ele ensina seu paciente a focalizar, e acolher este processo, então ainda mesmo as aparentes más interações paciente-terapeuta terão resultados terapêuticos. Esta é novamente a regra de que, o que ocorre no paciente sempre é mais importante que qualquer outra coisa.

"A regra significa que eu posso espontaneamente expressar-me relação a ele - mas então, logo, eu vou querer que ele focalize e fafe do - que lhe aconteceu. Como o paciente não ficaria "Preso" com uma série de palavras, ou uma imagem, ele também não ficaria preso, na manci- ra como eu sou em relação a ele.

Em lugar disso, um início vivo a partir de seu sentimen- tos é sempre novamente necessário.

A interação experiencial vem espontaneamente de ambas as pessoas. Como terapeuta eu frequentemente não ensino ou ajudo com - a focalização, eu frequetemente me expresso emvez de responder recep- tivamente. Mas logo eu responderei receptivamente, e somente pelo fato de o fazer, eu estou livre para crer que minha interação espon- tânea pode ser terapêutica. Qualquer coisa que eu crie ou excite, irá criar oportunidade para o paciente viver isto num passo à frente de um modo que a maioria das pessoas não o ajudaria a fazer ou deixaria fazer.

Os padrões auto-defensivos repetidos, que alguns paci- entes trazem para a terapia, são os obstáculos mais difíceis ao pro- gresso da terapia. Todo escritor mais importante no campo os citou, se são chamados Transferencia, contra vontade, oposição, etc... Com a focalização eles são descobertos como sendo esforços positi- vos na complementação do que eu chamo a formação do ego. Certamente tais modos desorganizam relações inter-pessoais adultas, e certamen- te não se ajustam a situações que pressupõem egos, personalidades, selves (use qualquer palavra para isso). Nesses aspectos em que ca- da um de nós está ainda lutando para se tornar uma pessoa, nestes aspectos ele não pode responder bem a outras pessoas. O que eu estou afirmando é mais do que uma reformulação experiencial do complexo do Édipo, ansiedade de separação, a Grande Mãe, ou geralmente, o "drama da família" que se revalida. A focalização revela que o sig- nificado sentido iminente desses padrões é um significado positivo. Tenta-se expressar ou se afirmar, indentificar com/uma figura do pró- prio sexo, ter-se a sexualidade estabelecida e valorizada, ser real- mente amado ou protegido, etc... Por outro lado, a pessoa está se formando e está questionando tais padrões repetitivos. Em situações reais essas necessidades positivas formadoras do ego dirigem o com- portamente que torna por outro lado comportamentos alienados e des- troem o objetivo do sentimento. A interação experiencial (na focali- zação, e na interação pessoal espontânea) deve envolver intensamen- te, e levar à frente tais objetivos do sentimento.

Isso frequentemente não pode ser feito sem períodos de luta, mas -
requer também, períodos de acolhida e de resposta, de modo a com-
pletar positivamente o objetivo positivo, ainda que o comportamento
não leve a resultados positivos no ambiente. O paciente deve ser
capaz de perceber a resposta como indo para frente, isto é, como -
sintetizando aquilo que ele é e sente no momento. Se seu comporta-
mento relacionado com o ódio é uma auto-afirmação, a resposta do te-
rapeuta (se ela é explosiva ou passiva) deve completar visivelmente
o fato do paciente ter se afirmado.

Se o comportamento do paciente é passivo, ele deve al-
gumas vezes viver com êxito a sua passividade com o terapeuta, em uma
união de paz, de uma maneira que pode ser comparada com um processo
de identificação. O padrão formador do ego deve se bem sucedido, e
contudo deve ser também expandido e elaborado e invadido pela outra
pessoa do terapeuta. Colocando em ordem contrária, primeiro o tera-
peuta responde espontaneamente como uma pessoa real, momentos depois
ele ajuda o paciente com sucesso a se formar para encontrar, tole-
rar e viver na reação adulta, na qual ele era incapaz de viver.

Teoricamente, nós podemos resumir: palavras, ações e
outras respostas das pessoas podem levar a frente o processo experi-
encial corporal de um indivíduo. Quando isso acontece, ocorre o fe~~e~~
back experiencial. O que objetivamente volta, é experimentado como
contínuo com o momento anterior embora sempre, tal experiência quan-
do ocorre novamente, leva o indivíduo à um passo adiante. Se por um
lado a focalização de atenção e palavras são muito poderosas em sen-
do contínuas e em levar o processo corporal além, as interações in-
terpessoais são ainda mais poderosas. Uma outra pessoa vivendo em
direção a mim é um "feedback" de um tipo que pode constituir muito
mais vida do que somente a focalização sozinha pode ser. Mas o -
princípio é o mesmo: palavras, imagens e interações não têm o propó-
sito de dizer o que o paciente sente ou é, mas o propósito é de pro-
ver para ele um contínuo experiencial a mais, indo para frente, onde
ele está concretamente bloqueado, autista, ou auto-defensivo.

Colocando juntos nossos métodos de engendrar processo
corporal com nossos métodos de interação humana espontânea nós pode-
mos fornecer a necessária experiência corporal posterior.

O FUNDO DE PESQUISA

Em uma sequência de estudos (Van der Veen e Stoler, 1965;

Tomlinson e Hait 1962; Rogers 1967; Gendlin 1966, 1967, 1968) nós agora encontramos que resultados bem sucedidos medidos em testes psicométricos antes e depois da terapia correlacionam-se com o "nível experiencial". As entrevistas vão gravadas e analisadas com base na Escala de Experiência (Gendlin e Tomlinson, 1963). A falha nas medidas de resultados está altamente correlacionada com um baixo nível experiencial durante as entrevistas. As avaliações de resultado do terapeuta e as avaliações dos próprios pacientes paralelam estas descobertas no instrumentos psicométricos. A relação de medidas, de resultados de uma para outra é de certa forma irregular, mas principal descoberta permanece de pé nesses estudos. Alto nível experiencial (durante a entrevista) está significativamente correlacionado com resultados positivos (antes e depois das medidas).

A Escala de Experiência é usada por avaliadores independentes que ouvem pedaços randômicamente selecionados e regrava dos de entrevistas. A Escala tem muitas descrições detalhadas do que um avaliador deve ouvir na gravação para classificar aquela parte da gravação em qualquer uma das sete classes. Enquanto estas descrições não são específicas a ponto de evitar todas as dúvidas de se elas são aplicáveis ou não, a escala está próxima a esse objetivo.

Ela não usa impressões subjetivas do avaliador.

Estudantes como avaliadores são mais preciosos no uso da escala do que clínicos sensíveis - porque os últimos se recusam a seguir a escala e usam em lugar disso seus julgamentos subjetivos.

Isto mostra que as descrições da escala, não as tendências do avaliador, tornam possível pelo menos alguma discriminação.

Da pesquisa nós só podemos concluir que duas variáveis estão associadas, e não que uma é o resultado da outra. O resultado, e o modo experiencial durante as entrevistas podem ambos ser resultado de uma terceira variável ainda desconhecida. Entretanto, os índices experiancias foram tirados de uma teoria de processo experiencial de mudança.

A escala pretendia definir os tipos de comportamento verbal que ocorrem nas entrevistas da terapia quando um paciente usa seu processo experiencial vivo, que ocorre como uma base para que ele diz, pensa, e faz na entrevista (Gendlin, 1956, 1961, 1962).

O tipo de referências que ele faz, como ele prossegue de uma coisa que ele pensa para a próxima, é um pouco diferente em um processo diretamente referido ao sentimento, daquele em que está simplesmente intelectualizado, movendo-se de conceito a conceito, ou meramente relatando situações, ou simplesmente se emocionando.

Os psicoterapeutas têm sempre mantido o que essas descobertas mostram: a intelectualização, o relato de eventos, ou simples catarse, levam ao insucesso, enquanto "Um trabalho completo" leva ao sucesso.

Mas o que é na realidade o "Trabalho de uma ponta a outra" bem sucedido, ainda não foi bem definido, ou medido antes.

Agora nós temos um índice mensurável aplicável a qualquer entrevista, ou partes de entrevistas, falando-nos com validade se a psicoterapia está ocorrendo aí ou não (se nós entendemos por psicoterapia o processo aqui medido).

Certamente tudo isso é ainda um tanto novo, mas supondo maior consistência, está medida nos permite, finalmente começar o tipo de pesquisa que nós sempre ansiamos: medir o efeito experiencial de técnicas específicas (ou qualquer outra coisa que se pense que possa melhorar a Terapia). Você pode agora instituir qualquer fator experimental e depois medir se ele elevou ou abaixou o nível experiencial nas entrevistas subsequentes.

Você poderia querer testar o que você faz, que você considera crucialmente efetivo. O mesmo paradigma de pesquisa pode dizer-se, depois que você isso fizer, o nível experiencial aumenta, ou não (e separadamente, se os resultados novamente se correlacionam com aquele nível).

Nós escolhemos testar o efeito das "instruções de focalização". Agora nós ensinamos aos pacientes como focalizar, e então medir se, na verdade, o ensino elevou o nível experiencial das entrevistas subsequentes. A razão que encontramos em planejar tal ensinamento (as instruções de focalização) e em testar seus efeitos no nível experiencial é como se segue:

Na pesquisa anterior não havia apenas a boa descoberta de que o nível experiencial se correlaciona com sucesso eventual. Infelizmente havia também, na mesma sequência de estudos, uma descoberta muito incômoda e imprevisível: o nível experiencial prediz significativamente tanto sucesso quanto insucesso se você analisar as entrevistas no final, no meio ou no começo da terapia. Pode-se prever sucesso ou insucesso com um grau de significância

mesmo a partir das primeiras entrevistas. Se o nível experiencial das primeiras entrevistas é baixo, geralmente ele não se eleva e resulta o insucesso. Somente em 5 de um grupo de 38 casos (Gendlin, et al 1968) houve um aumento suficiente durante a terapia para contribuir para o sucesso em casos inicialmente baixos. Talvez hoje ocorra mais frequentemente como esperançosamente nossas pesquisa atual poderá mostrar.

Nós temos previsto que durante o curso da terapia o nível experiencial se elevaria. Os pacientes começariam num nível baixo, fechado, defensivos, e a terapia os faria mais capazes de focalizar no significado de seus sentimentos experenciais diretamente. Nós estávamos enganados. A terapia como é geralmente praticada não ensina ao paciente como fazer terapia. Nossa primeira predição era circular. Não fazendo nada de caráter terapêutico, nós pensávamos, que o paciente podia aprender algo em caráter terapêutico. (Certamente, nós não teríamos colocado isso dessa maneira naquela época). Nós pensávamos que os terapeutas podiam fazer o processo ocorrer mesmo quando ele não está inicialmente acontecendo. O nível experiencial pode ser visto como "motor" da terapia. Não importa quanto tempo é gasto com o motor desligado, desde que isso não é capaz de o ligar. Se ele está suficientemente ligado, o progresso é feito, se ele está desligado, nada é efetivo para a mudança ocorrer. Mas nós ainda pensamos que os terapeutas ligariam este motor, e isso é o que nosso uso de focalização, tentar fazer.

O motor não necessita estar em níveis extremamente altos, 3,5 na escala é suficiente. Mas no nível 2 não ocorre terapia, como é definido por nossas medidas do processo e resultado.

Nós predissermos que paciente bem sucedidos se moveriam para cima da escala, durante o curso da terapia. Isso acontece, mas em mínima quantidade. Pacientes, bem sucedidos se movem a metade na posição na escala, mudança que é estática, mas não psicologicamente significativa. Se o motor está ligado, o paciente se move com sucesso, e não aumenta necessariamente dependendo de quanto "ligado" ele esteja. Usando esta analogia, diga que você viaja de Chicago a Nova York, você necessariamente não vai mais e mais rápido à medida que você se aproxima do fim.

Você poderia ir somente a 40Km/h todo o caminho e você ainda chegaria lá. Se o motor está desligado você está assentado no estacionamento e não importa quanto tempo você fique, você ainda estará lá.

Estas descobertas dizem simplesmente que muito do que chamamos "psicoterapia" não é psicoterapia. Ela diz também que quando os terapeutas são confrontados por um paciente que não focaliza experiencialmente, não trabalha concretamente em nada, e os terapeutas não foram efetivos (pelo menos em nossos dados) em fazer com que ocorresse algo de caráter terapêutico.

Há implicações de pesquisa para essas descobertas: vamos parar de testar um grupo "de terapia" contra um grupo "de controle", definido "terapia" como nada mais do que a intenção desejada do terapeuta. Com nossas medidas ainda fracas, um grupo de controle que não faz terapia não poderia ser comparado a um grupo de terapia no qual mais da metade também não está fazendo terapia.

Sempre que nós usamos primeiro nossa medida de experiência para definir aqueles que estão engajados no processo de terapia (um alto nível nessa escala) nós então sempre descobrimos diferenciamentos significativos em resultados entre eles e o grupo de controle.

A questão para a prática clínica colocada por essas descobertas é, certamente: "É responsável deixar os pacientes preditos ao insucesso simplesmente continuar durante alguns anos no insucesso terapêutico que lhes é predito? Quando nós podemos medir agora que as entrevistas não são do tipo mudança-efetiva, deixaríamos que eles ficassem mais e mais dessa maneira? Ou nós ensinariamos o processo efetivo de terapia? E o sucesso então resulta de tal comportamento de ensinar, como ele resultou nesses estudos de tais comportamentos quando não ensinados?"

Certamente nós podemos argumentar que a psicoterapia é indicada para alguns tipos de pessoas e não para outras. Mas a história da psicoterapia se relaciona à suas adaptações, extensão a populações que foram em princípios matidas sem tratamento. Além do mais, a psicoterapia foi melhorada por essas adaptações e extensões. Por exemplo, alguns dos princípios de desenvolvimento de toda terapia veio trabalho com crianças e psicóticos. Cada vez a população não tratada é do tipo que não é boa no uso de palavras e pensamentos como instrumentos terapêuticos, e cada vez a psicoterapia como um torna-se mais interacional e experiencial, como resultado de tornar-se adaptada a essas populações. Talvez um passo desse tipo esteja ocorrendo novamente, enquanto nós tentamos aprender como fazer iniciar um processo experiencial, como tornar a terapia abertamente verbal, uma terapia corporal e experiencial.

Em vez de pensar na habilidade de focalização associada com um tipo de personalidade, eu prefiro pensar nela como uma habilidade adquirida. Talvez alguns tipos de pessoas têm essa habilidade naturalmente, enquanto outros devem aprendê-la. Mas se ela é uma habilidade básica na solução de problemas pessoais e de problemas de saúde, nós gostaríamos de ensiná-la aqueles que geralmente não a possuem. Por exemplo, alguns são atletas naturais¹, outros não, mas alguns (calisthenies) são importantes para a saúde de cada pessoa, não somente os de tipos atléticos.

Nós temos alguns princípios de pesquisa que mostram que aqueles que são inicialmente bons na focalização constituem um tipo.

Algumas variáveis de Cattell correlacionam-se com a habilidade de focalização medida por um questionário tomado depois das instruções de focalização (Gendlin e outros, 1968). Interessantes questões se apresentam: Em que idade as crianças desenvolvem a habilidade de focalizar? Em que idade ela é perdida novamente por muitos deles? Ou alguns nunca a possuem? Ela varia com as culturas e nossas sub-culturas? Ela varia com a classe econômica? As instruções para a focalização tomam 10 minutos, e a discussão introdutória não necessita ser longa. É melhor administrada duas vezes, com uma discussão de esclarecimento entre uma e outra. Nós a administramos a grupos uma vez. As questões feitas por um grupo entre as duas administrações frequentemente clarificam bastante. O questionário ainda deixa muito a desejar, mas é uma medida precisa.

Avaliadores independentes avaliam com precisão o questionário em uma escala de quatro pontos:

- 1- não focaliza
- 2- permanece como o problema, mas não está claro que ele focaliza em um significado sentido.
- 3- focaliza em um significado sentido específico, mas sem um efeito registrado;
- 4- focaliza com um efeito experiencial de alguma espécie.

Certamente, pode-se argumentar que aqueles que não podem focalizar constituem um tipo. Mas, como terapeutas, em tais casos nós falhamos em alguma coisa que nós ainda não tínhamos tentado: mostrar ao paciente como fazer terapia.

A maioria dos terapeutas foi treinado no ponto de vista de que mostrar ao paciente como fazer terapia, é impossível.

Os terapeutas sugerem, eles dizem "você já pensou por que isso poderia ser....?" "ou" talvez você sinta..., e então eles estão frequentemente pacientemente desanimados semana após semana, quando não ocorre nunca qualquer mudança concreta, corporal e experiencialmente viva, e fisicamente sentida.

Deste modo nós embarcamos no ensino direto e no trabalho com focalização.

A focalização não é uma questão de grau, como era o nível experiencial que nós mesmos, em entrevista de terapia. Uma vez disso, é uma volta direta e abrupta do falar e pensar para a versão corporal sentida de um problema.

QUESTIONÁRIO POST-FOCALIZAÇÃO

- 1- Sem dizer o que você pensou, descreva em duas ou três frases o que esteve acontecendo com você durante este momento.
- 2- Em que isso é diferente do que você faz normalmente?
- 3- Em relação a isso, o que foi a melhor coisa para você?
- 4- Qual foi a pior coisa em relação a você?
- 5- O que mais lhe surpreendeu quanto ao fato de fazer isso?
- 6- O sentimento mudou ou se moveu?
- 7- Descreva o que aconteceu a você quando eu disse: "Tento obter - uma sensação de algo como qual o problema todo se pareça. Deixe você mesmo sentir tudo." *Você pode sentir todas as coisas juntas.*
- 8- O que aconteceu a você quando eu disse: "Enquanto você presta atenção ao sentimento total você pode descobrir que um sentimento especial surge?" *nov*
- 9- Descreva o que aconteceu quando eu disse: "Espera e deixe as palavras ou imagens virem do sentimento!" *que capturem o significado desse sentido presente*