

Fondamenti della Ricerca Sulla Psicologia Esperienziale / Orientata al Focusing

Marion N. Hendricks, Ph.D.
Direttore
The Focusing Institute

translated by
Nicoletta Corsetti, Focusing Trainer, Italy.

**Questa é una versione ampliata di un capitolo de "Research Bases of Humanistic
Psychotherapy",
Cain, David e Seeman, Jules (Ed), American Psychological Association, in stampa.**

The Focusing Institute é una organizzazione senza fine di lucro che raccoglie e rende disponibili risorse sul focusing per il mondo professionale e per il pubblico. Organizza training post-laurea in Psicoterapia orientata al focusing, ha una rete internazionale di insegnanti di focusing ed offre un sistema di training e materiale di ricerca. Possiede un sito web : www.focusing.org ed una discussion list.

INDICE:

Introduzione e panoramica

"Experiencing": una nuova comprensione del corpo e dell'ambiente

"Felt Sense" (Sensazione Sentita): come il corpo é saggio

Avanzare: i passi successivi impliciti del vivere

Ristabilire il processo bloccato con la psicoterapia

"Felt shift" (cambiamento sentito): quando il corpo trova sollievo

Focusing e Experiencing: definire e misurare una variabile del processo

Studi di ricerca

- Livello di "experiencing" (EXP) e risultati della sessione e della psicoterapia
- Focusing e risultato della psicoterapia
- Si può insegnare ai clienti a focalizzare e ad aumentare il livello EXP?
- I terapisti possono aiutare i clienti a focalizzare durante la sessione oppure possono ostacolarli

Il training dei terapisti a focalizzare aiuta i loro clienti a focalizzare

Correlazioni fisiologiche, dell'attenzione e cognitive del Focusing

Correlazioni tra personalità ed alto EXP o abilità di focusing

Discussione dei risultati

Dalla ricerca alla pratica

- La interazione é prioritaria
- Ascoltare é il fondamento
- Quando sia il cliente che il terapeuta rispondono al "felt sense"
- Quando il terapeuta perde l'occasione di rispondere al "felt sense" del cliente
- Quando il cliente non focalizza
- Formare un "felt sense" invece di pensare, dedurre o riferire soltanto

- "Sgombrare uno spazio" o "Trovare la distanza giusta" invece di lasciarsi sommergere dalle emozioni
- L'atteggiamento amichevole del focusing invece del Critico Interiore
- La tendenza implicita a progredire e l'emergere di passi

Conclusione

Riferimenti

Tavola 1 : Livello di "experiencing" e risultati terapeutici Experiencing Level and Outcome

Introduzione e panoramica:

C: Ma perché diavolo mi spavento tanto? Voglio dire, sono nauseata al solo pensiero di doverlo incontrare. Ho questa sensazione come di una pressione che mi opprime. Come...come quando oggi stavo parlando con lui al telefono e lui dice, "Mi sei proprio mancata". Avrebbe dovuto farmi sentire bene, no?

T: Si sente come una pressione, dici. Puoi sentire qual è la qualità di questa pressione?

C: non so. Voglio dire....io...mi sento proprio come...come se lui potesse farmi fare qualcosa che non voglio. O qualcosa del genere. Ora, cosa potrebbe farmi fare che io non voglia fare? Non lo so.

T: Perché non rallentiamo un po' e vediamo se puoi sentirlo. Si sente come una pressione, come se dovessi fare qualcosa che non vuoi. Qual è la sensazione di tutto questo?

C: Mm....non sono sicura....(respiro profondo)....(lunga pausa)....è difficile da spiegare con le parole; capisci, sto pensando che....(lacrime)....voglio dire, e se lui mi piacesse ancora *di più* o qualcosa del genere? O qualcosa del genere. Non so cos'è (lacrime).

T: Che ti potrebbe piacere di più...

C: Uhum...

Quando le persone procedono bene nella psicoterapia, normalmente è così che le si sente parlare, indipendentemente dall'orientamento dei loro terapeuti. Fanno delle pause e cercano a tentoni parole o immagini. Prestano attenzione ad un aspetto non chiaro, ma sentito corporalmente, di come vivono una certa situazione. Non pensano semplicemente alla situazione né si lasciano sommergere dalle emozioni. Prestano attenzione a ciò che noi chiamiamo un "**bodily felt sense** --" (una sensazione sentita corporalmente) di una situazione o un problema. Parole o immagini sorgono direttamente da quella sensazione. Ciò che ne deriva è spesso una sorpresa. Emerge un nuovo aspetto dell'esperienza, un piccolo passo di cambiamento che produce una risposta corporea, come un leggero sollievo fisico alla tensione, o lacrime, o un respiro più profondo. Chiamiamo questo un "felt shift" (cambiamento sentito). Questo tipo di processo è un "motore di cambiamento" in psicoterapia.

La psicoterapia esperienziale/orientata al focusing è una interazione nella quale i clienti entrano in contatto con la loro esperienza diretta in questa maniera. Si è sviluppata negli anni 50 all'Università di Chicago dalla collaborazione tra Carl Rogers, il fondatore della psicoterapia centrata sul cliente e il filosofo Eugene Gendlin. Provenendo dalla tradizione filosofica di Dilthey, Dewey, Merleau-Ponty e Mckeeon, Gendlin sviluppò una filosofia dell' "Implicito" e la applicò al lavoro che Rogers stava facendo. Egli si chiese cosa accade effettivamente quando sono presenti le condizioni empatiche. Da questa interazione si originò una nuova teoria sul cambiamento della personalità (Gendlin, 1964) e sulla psicoterapia (Gendlin, 1996), che comportò il fondamentale cambiamento di ottica dal guardare al contenuto - **cosa** cosa il cliente espone - al prendere in considerazione il processo - **come** il cliente si rapporta all'esperienza. Dall'esame di centinaia di trascrizioni e di ore di sessioni di psicoterapia registrate, Gendlin e Zimring formularono la variabile del Livello di Experiencing. Per misurarlo furono sviluppate una Scala di Processo e in fine la "Experiencing Scale" (Klein e altri 1969; 1986). L'ipotesi era che i clienti che ricevevano maggiori benefici dalla terapia mostrassero una maggiore abilità a far riferimento direttamente all'esperienza percepita corporalmente, come illustrato nell'esempio precedente. Con loro sorpresa e meraviglia,

alcuni risultati indicavano che il Livello di Experiencing prediceva **precocemente** il risultato della terapia. I clienti che iniziavano la terapia già in grado di parlare a partire dalla loro esperienza interiore riuscivano bene e quelli che iniziavano incapaci di fare lo stesso non lo imparavano necessariamente ed avevano risultati inferiori. Visto che l'insuccesso poteva essere previsto fin dal principio, furono messe a punto specifiche istruzioni da impartire alle persone su come realizzare questo importante processo, che fu chiamato "Focusing".

L'importanza dell'emozione e la relazione con il terapeuta sono state riconosciute come centrali nella psicoterapia, a cominciare dall'enfasi iniziale di Freud per l'abreazione e il transfert. Questi temi furono ulteriormente sviluppati dal lavoro di Rank e Rogers. Rogers vedeva la terapia come un processo che determina un cambiamento della personalità attraverso "un continuum che dalla rigidità e fissità del funzionamento psicologico... raggiunge il flusso e la possibilità di cambiamento psicologico". Andando ancora oltre nella direzione di definire la terapia come processo, Gendlin dice, "La terapia non consiste essenzialmente in tipi di esperienza familiari, già definiti, siano essi sogni, emozioni, azioni o immagini. La terapia è piuttosto un processo che si centra sull'esperienza *prima* che questa diventi uno di quei "pacchetti" definiti ed anche *dopo* quando questa si addentra nella zona al limite della consapevolezza". Il suo contributo fu quello di articolare il concetto di "felt sense" (sensazione sentita), distinto dalle emozioni, e di specificare con precisione come la interazione terapeutica sostenga il processo di focusing. Negli ultimi 40 anni, il focusing è stato applicato e studiato in altre aree, dalla medicina, all'impresa, alla scuola, alla scrittura creativa, alla religione, al pensiero esperienziale. Il suo carattere tipicamente interattivo ha portato allo sviluppo di "relazioni basate sul focusing" in cui il focusing è applicato a temi personali e ad obiettivi intellettuali e di lavoro.

La filosofia che sta alla base della Psicoterapia Esperienziale adotta una speciale concezione che pone l'interazione al primo posto. Esiste un modello completo basato su concezioni simili che ci fornisce una maniera nuova di parlare di piante, animali, comportamento umano, percezione, linguaggio, emozione, felt sense ed interazione interpersonale simbolica (Gendlin, 1997). Discuteremo alcuni dei concetti principali su psicoterapia e cambiamento.

"Experiencing": una nuova comprensione del corpo e dell'ambiente

Il termine "**Experiencing**" fa riferimento a ciò che puoi sentire nel tuo corpo proprio adesso mentre stai leggendo questo articolo. Gli esseri umani possiedono corpi che vivono in situazioni ambientali, non soltanto in uno spazio fisico. Una minima buona notizia nella posta riguardo a una situazione per la quale sei preoccupato, cambia il tuo corpo. Hai vissuto in quella interazione, anche se l'altra persona si trova in un'altra parte del mondo. Questo succede anche quando qualcuno improvvisamente comprende qualcosa che hai cercato di dirgli. Senti il sollievo nel corpo quando l'altro comprende. "Experiencing" non è né del tutto "dentro" di te, né del tutto "fuori". Le attività umane sono allo stesso tempo corporee e ambientali. Camminare implica il suolo e il corpo. Se è buio e non vedi che il marciapiede finisce all'improvviso, cadi, o se c'è acqua profonda, sbatti. In un certo senso, camminare È il suolo ed È il tuo corpo. I muscoli delle tue gambe implicano la contropressione del suolo. Respirare È l'aria ed È i tuoi polmoni. Se non c'è aria, il respirare si interrompe e alla fine la struttura corporea si disintegra. Gli organismi viventi non possono continuare ad esistere a prescindere dall'attività. È un passo filosofico poderoso il porre l'attività o l'interazione come il fattore fondamentale. Ci fornisce concetti modellati sugli esseri umani, piuttosto che su unità matematiche. Il modello unitario della nostra scienza atomistica ha un grande potere in relazione alle macchine, ma non è adeguato per comprendere le persone. Puoi lasciare la tua automobile in garage, ignorarla per anni, tornare e trovarla quasi uguale a come la hai lasciata. Una creatura vivente muore in pochi giorni se l'interazione che la caratterizza non può continuare. "Experiencing" è un processo in movimento. Questo implica che la patologia è un processo bloccato.

"Felt Sense" (Sensazione Sentita): come il corpo è saggio

Quando prestiamo attenzione al nostro "experiencing" corporeo, troviamo che ha in sé la complessità di come stiamo vivendo con gli altri. Al principio questa è una sensazione totale non chiara nel tuo corpo, che ancora non ha parole o parti, ma che si percepisce del tutto

distintamente. Adesso fermati per un minuto e presta attenzione all'intera sensazione dell'amicizia con una persona di cui ti piace la compagnia. Produce una sensazione precisa, ancora prima che tu abbia pensato qualsiasi parola. Adesso senti la tua relazione con qualcuno con cui hai delle difficoltà. Di nuovo, hai un "felt sense" (sensazione sentita) chiaro, ma differente dal precedente. Questa sensazione vaga è una trama intricata di storia passata, significati attuali, l'altra persona, l'ambiente fisico, la relazione e molto di più. Tutto ciò è implicitamente presente. Questa sensazione corporea non è come un crampo muscolare, ma è la maniera in cui il tuo corpo vive in una situazione. Questo è quello che chiamiamo " **felt sense**" (sensazione sentita). Non è né soltanto pensiero, né emozione. Fa riferimento a significati percepiti nel corpo.

Avanzare: i passi successivi impliciti del vivere

Il vivere implica una sequenza altamente ordinata di specifici passi successivi. Nella digestione, mangiare implica la saliva in bocca, che implica i succhi gastrici nello stomaco, che implica l'assorbimento di nutrienti nel sangue, che implica l'eliminazione di tossine e rifiuti. Se gli eventi che sono impliciti non hanno luogo, questo ordine tanto raffinato viene distrutto. Abbiamo un problema. Allo stesso modo il nostro "experiencing" sentito ha impliciti i passi successivi delle nostre interazioni. I nostri corpi possono inoltre implicare passi d'azione nuovi di zecca. Carl Rogers osservò che quando i terapisti esprimevano empatia, accettazione incondizionata e congruenza, alcuni clienti sembravano evolvere spontaneamente verso una maniera di vivere più piena, senza bisogno di nessuna direttiva di contenuto da parte del terapeuta. Egli la chiamò "tendenza auto-attualizzante". Ora la possiamo comprendere più esattamente considerando che gli organismi viventi implicano i propri precisi passi successivi.

Ristabilire il processo bloccato con la psicoterapia

Quando una interazione necessaria viene a mancare e la sequenza implicita non può avere luogo, il corpo continua ad avere implicita la sua fase vitale successiva. A volte, possiamo da soli trovare la soluzione per cambiare la situazione. Se non ci riusciamo, abbiamo probabilmente bisogno di una nuova interazione grazie alla quale il nostro processo vitale possa progredire. Il nostro compito nella psicoterapia è partecipare a tale interazione. Poiché l'"experiencing" di una persona comprende linguaggio, cultura, altri esseri umani, simboli, sogni, azioni, comportamenti interpersonali, ognuna di queste strade può far avanzare un processo bloccato. È per questo che molti differenti tipi di modalità terapeutiche possono essere efficaci. L'interazione con il terapeuta può offrire l'opportunità affinché aspetti bloccati della vita del cliente possano fluire in un nuovo processo.

"Felt shift" (Cambiamento sentito): quando il corpo trova sollievo

Quando un processo è bloccato, la persona va avanti in qualunque modo gli sia ancora possibile, ma spesso con un senso di costrizione e dolore. Quando ciò che è implicito può finalmente compiersi, questo si percepisce come un sollievo nel corpo. L'attenzione che sia il terapeuta che il cliente prestano al "felt sense" (sensazione sentita) del cliente permette che le giuste parole, immagini, gesti o nuove azioni emergano dal "felt sense" (sensazione sentita) per far avanzare il corpo verso una vita più piena. Questo porta un sollievo al corpo che chiamiamo "**felt shift**" (cambiamento sentito). Grazie a molti di questi piccoli cambiamenti, la vita cambia.

Focusing e Experiencing: definire e misurare una variabile del processo

La ricerca nella tradizione esperienziale/centrata sul cliente risale a 40 anni fa. Inizialmente, consisteva nell'analisi dei contenuti. Il passaggio alle variabili del processo (Gendlin e Zimring, 1997), relative al **come** il cliente si rapporta alla sua esperienza, permise a Rogers di ridefinire il "self" in termini di processo. I clienti che raggiungono la auto-attualizzazione in una terapia riuscita dovrebbero divenire "capaci di vivere in maniera più piena e accettante nel processo dell'"experiencing", e di simbolizzare i significati impliciti nel momento presente."

(Rogers, 1959, pag.102). È stata messa a punto una "Experiencing Scale" (EXP Scale) con caratteristiche di attendibilità e validità. Vengono formati dei giudici separatamente per mezzo di materiale standardizzato. La scala misura un "continuum", dalla narrazione superficiale, all'esposizione di sentimenti elaborati intimamente, ma questa può non essere una misurazione con una sola variabile. Gli stadi intermedi misurano la presenza di emozioni, anche se focalizzare su un "felt sense" è nettamente differente dalle emozioni. Ciò inizia allo stadio numero quattro. I seguenti sono estratti dal Manuale di Training.

Stadio uno: Il contenuto non riguarda il narratore. Il narratore racconta una storia, descrive altre persone o fatti in cui lui o lei non sono coinvolti o presenta un resoconto distaccato e generalizzato di idee.

Stadio due: Il narratore è il personaggio principale nel racconto o comunque il suo interesse è chiaro. Commenti e reazioni servono a far capire la storia, ma non si riferiscono ai sentimenti del narratore.

Stadio tre: Il contenuto della narrazione riguarda il narratore in termini esteriori o di comportamento, con commenti aggiunti su sentimenti o esperienze private. Queste osservazioni si limitano alle situazioni descritte, dando alla narrazione un tocco personale senza descrivere ulteriormente il narratore.

Stadio quattro: I sentimenti o l'esperienza degli avvenimenti sono il soggetto del discorso, piuttosto che gli avvenimenti in sé. Il cliente cerca di prestare attenzione e di mantenere un riferimento diretto con l'esperienza interiore e fa di questo il dato di base della comunicazione.

Stadio cinque: Il contenuto è una consapevole esplorazione dei sentimenti e dell'esperienza del narratore. Il narratore deve proporre o definire un problema o proposizione su sé stesso esplicitamente in termini di sentimenti. E deve esplorare o lavorare con il problema in maniera personale. Il cliente ora può focalizzare sugli aspetti vaghi e implicitamente significativi dell'esperienza e sforzarsi di elaborarli.

Stadio sei: La sostanza dell'argomento riguarda l'esperienza presente, emergente del narratore. Si percepisce una sensazione di coinvolgimento attivo, immediato in un tema ancorato all'esperienza, con l'evidenza della sua soluzione o accettazione. I sentimenti stessi cambiano o si trasformano.

Stadio sette: L' "experiencing" allo stadio sette è aperto, dispiegato. Il narratore usa facilmente una via nuova di conoscere il "self" per ampliare l' "experiencing" ulteriormente. La prospettiva esperienziale è ora una fonte fidata e attendibile di autocoscienza ed è acquisita stabilmente ed utilizzata come riferimento primario per il pensiero e l'azione. (Klein e altri 1970, pag. 6 e 56-63).

Sachse e Neumann (1983), svilupparono una "Focusing Rating Scale" (FRS) (Scala di Valutazione del Focusing), che fu convalidata indirettamente in relazione alla EXP Scale con una correlazione del .90+. I clienti che erano capaci di focalizzare immediatamente in risposta ad istruzioni standard si collocavano anche in un alto livello nella Scala EXP. Il focusing permette di discriminare tra alto e basso livello di "experiencing". Sachse inoltre ha progettato tre tipi di test scritti che sono in stretta correlazione tra loro e con la Scala FRS. Altri due tipi di test scritti costituiscono un "Post-Focusing Questionnaire" (Questionario Post-Focusing) e una "Post-Focusing Checklist" (Lista di Controllo Post-Focusing) (Wolf & Vandenbos 1971). I ricercatori Lambert & Hall (1994) affermano, "Probabilmente la "Experiencing Scale", tra i sistemi di misurazione, basati sulla valutazione dell'osservatore, circa il coinvolgimento del cliente nel processo terapeutico, è quello più ampiamente usato e meglio studiato" (pag.94)

Studi di ricerca

Abbiamo riesaminato 89 studi in relazione a tre quesiti di ricerca : 1) Il livello di "experiencing" è in correlazione con il risultato della psicoterapia? 2) Il focusing è in correlazione con questo stesso risultato? 3) Si può insegnare a focalizzare a clienti con un livello basso di "experiencing"?

Livello di "experiencing" (EXP) e risultati della sessione e della psicoterapia

Ventisette studi hanno mostrato che un alto livello di "experiencing" è in relazione con risultati migliori nella terapia. Un alto livello di "experiencing" in tutti i casi mostra questa correlazione, sia se valutato in media in sessioni al principio, in fase intermedia ed in fase avanzata della terapia, sia nei casi di incremento nel livello EXP nel corso della terapia. Tuttavia molti studi hanno trovato la correlazione solo in riferimento ad una di queste fasi della terapia e non ad altre. Uno studio ha mostrato una correlazione negativa tra "experiencing" e risultato soddisfacente per il cliente, misurato attraverso una autovalutazione alla fine della terapia. I risultati sono stati misurati attraverso resoconti e valutazioni indipendenti di terapeuta e cliente. La correlazione è stata trovata per clienti di una varietà di orientamenti terapeutici e categorie diagnostiche. I risultati degli studi sulla correlazione EXP - esito terapeutico sono riassunti, in ordine cronologico, nella [Tabella 1](#).

Klein (1969) dice dei primi studi, "valutazioni.....dell' "experiencing" di brevi segmenti di terapia sono coerenti e altamente affidabili, e consentono una significativa differenziazione tra casi con esito più o meno positivo e tra nevrotici e schizofrenici." Il ricercatore Jules Seeman (1997) ha esaminato e riassunto i risultati di sette dei primi studi. Ha concluso che "alti livelli iniziali di "experiencing" hanno probabilmente un effetto migliore che un livello casuale dello stesso, nel facilitare un risultato fruttuoso della terapia e che un aumento di livello EXP durante la terapia è associato con un risultato positivo della stessa".(pag. 15)

In uno studio recente, elegantemente progettato usando punteggi di profitto residuale nelle misurazioni del risultato ed analisi di regressione gerarchica, Goldman (1997) ha trovato che valori più alti di EXP nella seconda sessione sono correlati con una maggiore riduzione dei sintomi della depressione. Tuttavia, un livello EXP relativo ad un tema specifico, allo Stadio 4 ed ancora di più allo Stadio 6, nell'ultima metà della terapia, permettono di prevedere ancora più decisamente una riduzione dei sintomi della depressione e lo Stadio 6 permette di prevedere un aumento della auto stima. Questo studio migliora il nostro metodo di investigazione attraverso l'uso di un EXP relativo ad un tema, piuttosto che per campionamento casuale da sessioni. Ancora una volta, un più alto livello EXP nelle sessioni iniziali fa predire un risultato favorevole, e successivi aumenti di EXP durante la terapia rafforzano la possibilità di un esito positivo. Un altro studio recente (Warwar, 1996) ha preso in considerazione una sessione con un alto livello EXP ed una con un basso livello EXP per ciascuno di quattordici clienti depressi ed ha trovato che le sessioni con più alto EXP erano correlate con migliori risultati delle stesse. Allo stesso modo, Kubota & Ikemi (1991) hanno trovato che sessioni valutate come positive dai clienti presentavano livelli più alti di EXP del cliente.

Focusing e risultato della psicoterapia

Ventitré studi mostrano che il processo del focusing, misurato con strumenti differenti dalla Scala EXP, è correlato con risultati positivi della terapia.

In uno studio belga, Leijssen (1996) ha eseguito registrazioni audio di 810 sessioni di 26 clienti per un periodo di 6 anni ed ha condotto una serie di analisi. In uno studio iniziale ha preso in considerazione sessioni con valutazione francamente positiva e negativa da parte del cliente e/o del terapeuta. Per essere considerata positiva, il cliente doveva dire spontaneamente qualcosa circa l'utilità della sessione, senza che il terapeuta lo richiedesse. Furono rilette le trascrizioni complete delle sessioni, e venne considerato presente il focusing quando il terapeuta dava una istruzione di focusing ed il cliente raccoglieva l'invito, o quando il cliente spontaneamente eseguiva uno dei sei passi del focusing. Il 75 % delle sessioni positive contenevano focusing, contro soltanto il 33 % delle sessioni con valutazione negativa.

In una seconda analisi, furono esaminati tutti i clienti che avevano concluso con esito positivo la terapia in meno di 20 sessioni. "Fu rimarchevole l'uso preminente del focusing in tutti gli otto casi. Quasi ogni sessione acquistava un intenso carattere orientato all'esperienza ed il cliente scopriva aspetti del problema che fino ad allora erano rimasti fuori dalla sua portata. Tutti questi clienti entrarono in contatto con la propria esperienza percepita corporalmente senza essere sommersi da essa. Quattro di essi parvero trovare durante il focusing una forma personale di auto trascendenza." (Leijssen, in stampa).

La ricerca di Sachse (1992) durata molti anni non è stata riesaminata in profondità negli Stati Uniti. Egli ha trovato che i clienti che ricevevano istruzioni di focusing come parte di una terapia centrata sul cliente ottenevano risultati significativamente migliori nelle "Valutazioni del risultato da parte dei terapisti", nelle "Valutazioni da parte dei clienti" e nei "Questionari sul cambiamento di comportamento ed esperienza del cliente", rispetto ai clienti che seguivano solo la terapia centrata sul cliente. In una seconda fase, la "Scala di valutazione del livello di focusing" di Sachse fu applicata alla registrazione video della *prima* sessione per ciascun cliente del gruppo che praticava il focusing. Si valutò il grado in cui i clienti erano capaci di progredire nei passi del focusing, e quindi vennero suddivisi in un gruppo di alto livello (Stadio 4 e superiori) e in uno di basso livello. I clienti del sottogruppo con alto livello di focusing ottennero un punteggio migliore nella "Valutazione del risultato da parte dei terapisti" e nel "Questionario sul cambiamento del cliente". La abilità di focalizzare nella prima sessione permetteva di predire il risultato. Si è giunti alla conclusione che proprio l'inclusione delle istruzioni di focusing nella terapia centrata sul cliente ha un significativo effetto positivo sul risultato della stessa terapia. Lo studio ancora una volta avvalorava la scoperta che il focalizzare permette di predire il successo fin dall'inizio della terapia.

Sachse (1990) ha trovato che la "profondità" dell'"experiencing" del cliente nella fase intermedia della terapia è correlata con il successo, misurato con test obiettivi della personalità ed ancora di più con stime di risultato positivo del terapeuta. In studi ulteriori, i terapisti di clienti con esito positivo avevano dato significativamente più "suggerimenti di approfondimento del processo" dei terapisti di clienti che avevano ottenuto risultati meno buoni, ed una più alta percentuale di clienti con esito positivo avevano accolto il suggerimento. Anche Iberg (1998) ha trovato che gli episodi in cui si valutava che il cliente stava focalizzando erano correlati con progressi nella terapia, misurati con il "Questionario sul risultato basato sulla lista di controllo dei sintomi". Lietaur & Neirinck (1986) domandarono ai clienti, con questionari alla fine della sessione, cosa sentivano che fosse accaduto di "veramente utile" nella sessione. Fu fatta un'analisi dei contenuti usando un sistema di categorie derivato dai dati stessi. Un insieme di fattori relativi al focusing, "esplorazione profonda dell'esperienza", "experiencing pieno", "fruttuosa auto esplorazione" furono quelli più spesso identificati come utili e maggiormente discriminanti tra le sessioni più riuscite e quelle meno riuscite.

Si è trovato che la terapia orientata al focusing è in correlazione con risultati positivi in reclusi in prigione (Wolfus & Bierman 1996; Goldman e altri 1996), pazienti psicotici (Gray, 1976; Hinterkopf & Brunswick 1975; 1979; 1981; Egendorf 1982), anziani (Sherman 1990) ed in pazienti con problemi di salute fisica (Katonah 1999; Shiraiwa 1998; Holstein & Flaxman 1997). Il focusing ha permesso di ottenere la desensibilizzazione con la stessa efficacia delle terapie comportamentiste (Weitzman 1967) ed ha dato risultati equivalenti al RET nel controllare con successo lo stress (Weld 1992). Focusing e terapia gestaltica sono stati riconosciuti entrambi efficaci nel raggiungere uno specifico obiettivo terapeutico ed in misurazioni dei risultati della terapia, in confronto con un gruppo di controllo, ma la terapia gestaltica risultò essere più efficace del focusing (Greenberg & Higgins 1980). Il focusing è stato incluso come parte delle condizioni di trattamento in una terapia di processo esperienziale, in numerosi studi (Greenberg & Watson 1998; Elliot e altri 1990) che hanno mostrato effetti di cambiamento paragonabili a quelli di studi di condotta con pazienti depressi.

Si può insegnare ai clienti a focalizzare e ad aumentare il livello EXP?

Questo quesito è importante, considerati i ripetuti risultati che dimostrano come focusing o alto livello di "experiencing" nella sessione iniziale o nelle prime sessioni fanno prevedere un esito positivo e che i clienti che ottengono risultati favorevoli a breve termine, focalizzano durante ogni sessione. Trentanove studi provano che è possibile migliorare l'abilità di focusing o il livello EXP con il training o grazie a specifici interventi del terapeuta.

Durak e altri (1997) hanno misurato il livello EXP del cliente in due sessioni di terapia precedenti ed in due successive all'addestramento di focusing. L'intero gruppo studiato aveva un livello EXP migliore dopo il training. Dei dieci clienti che avevano iniziato ad un livello EXP inferiore a 3, sei furono giudicati come addestrati efficacemente. Di questi sei, 4 ottennero in seguito un successo nella terapia. Dei quattro clienti che avevano iniziato ad un basso livello

e che non furono addestrati con successo, soltanto uno ottenne un buon risultato terapeutico. Dei 7 clienti che presentavano un alto livello EXP nelle sessioni precedenti al training, 6 portarono a termine con successo la terapia. Questo studio dimostra che le persone che iniziano la terapia senza abilità di focalizzare, possono essere addestrate a farlo e hanno quindi la possibilità di avere successo nella terapia.

Altri undici studi (Leijssen 1996; Clark 1980; Schoeninger 1965; Olsen 1975; Gibbs 1978; McMullin 1972; Hinterkopf & Brunswick 1975; 1979; 1981; Bierman e altri 1976; Vandenbos 1973) hanno provato che il livello EXP o l'abilità di focusing possono essere migliorati con l'addestramento, sebbene questa acquisizione non sempre viene conservata dopo il completamento del training. Disporre di una persona che ascolta, che fa riferimento all' "experiencing" di chi focalizza e che lo aiuta a trovare la distanza giusta dal problema, la creazione di uno spazio sicuro (Tamura 1990), "l'aver fiducia nel proprio experiencing" ed il passo di focusing "Sgombrare uno spazio" (Morikaya 1997) sono stati identificati dai clienti come i fattori che li aiutano a focalizzare.

I terapeuti possono aiutare i clienti a focalizzare durante la sessione oppure possono ostacolarli

In una serie di studi, Sachse (1990) ha fatto una analisi approfondita ed ha trovato che "le proposte relative al processo" del terapeuta possono rendere più profonde o più superficiali le successive risposte del cliente. Egli ha sviluppato una "Client Processing Scale" (Scala di processo del cliente) ed una "Therapist Processing Scale" (Scala di processo del terapeuta); basate sulla teoria dell' "experiencing" di Gendlin. Gli stadi più elevati di queste scale corrispondono al focusing. La scala del terapeuta serve a valutare a quale livello il terapeuta è in grado di facilitare il cliente. Sachse ha stabilito valori di attendibilità compresi tra .79 e .94. In uno studio iniziale, che analizza 1520 triplete (unità di interventi Cliente-Terapeuta-Cliente) relative a 152 clienti nella fase intermedia della terapia, ha trovato che i clienti approfondivano il loro processo nel 70 % dei casi in cui il terapeuta faceva una proposta di approfondimento e rendevano il loro processo più superficiale nel 73% dei casi in cui il terapeuta faceva un intervento che tendeva alla superficialità. Come è stato menzionato in precedenza, i terapeuti dei clienti con risultato migliore facevano più interventi di approfondimento rispetto a quelli dei clienti con risultato peggiore ed i clienti dei primi accettavano le proposte di approfondimento fatte dai loro terapeuti più spesso di quanto facessero i clienti di terapie meno riuscite. Queste scoperte sono avvalorate da due studi (Yakin 1970; Adams 1999) che hanno usato la Scala EXP per analizzare triplete. Elliott e altri (1982; 1983) hanno trovato un maggior profitto residuale nell'EXP derivante da interventi del terapeuta, valutati di alto livello in "experiencing" utile, in profondità ed in empatia.

Tre studi (Kris 1992; Jennen 1978; Gibbs 1978) mostrano che le qualità del terapeuta di empatia, profondità e/o l'alto livello EXP sono in correlazione con un più alto livello EXP del cliente. Uno studio (McMullin, 1972) ha mostrato che anche quando i terapeuti venivano istruiti a non mostrare deliberatamente empatia o considerazione positiva, il livello EXP del cliente aumentava ugualmente quando venivano date istruzioni di focusing. La maggior parte dei ricercatori hanno preso in considerazione l'effetto degli interventi del terapeuta oppure delle condizioni della terapia centrata sul cliente, sull' "experiencing" del cliente. Numerosi studi hanno preso in considerazione l'impatto di un alto "experiencing" del cliente sulla percezione del terapeuta da parte del cliente stesso. Vanderveen (1967) ha trovato che i clienti con più alto livello di "experiencing" percepivano i loro terapeuti come più congruenti e che il livello EXP del cliente permetteva di prevedere la percezione della congruenza e dell'empatia del terapeuta che il cliente avrebbe avuto tre mesi più tardi. Elliott e altri (1982; 1983) hanno trovato che interventi del cliente con più alto EXP erano in correlazione con il fatto che la successiva affermazione del terapeuta venisse valutata più utile sia dal terapeuta che dal cliente. Il livello di "experiencing" dei nostri clienti potrebbe influire sulla nostra capacità di essere di aiuto.

Altri studi hanno trovato che l'addestramento al focusing o il più alto livello EXP nei terapeuti in training, confrontati con i controlli, sono in correlazione con una maggior empatia (Corcoran, 1981), con una maggiore capacità di mantenere una comunicazione facilitante durante il training di abilità orientate all'azione (Rennie, 1985) e con il fatto di ricevere valutazioni

migliori in spontaneità, reattività ai sentimenti, rispetto e capacità di facilitare, misurate da parte di clienti volontari (Swaine 1986; $p = .06$ a $.09$)

Interventi di terapisti di altri orientamenti aumentano il livello EXP o l'abilità di focusing in misurazioni precedenti e successive agli stessi oppure in comparazione ai controlli. Questi interventi includono corrette interpretazioni psicoanalitiche (Fretter 1985; Silberschatz, 1977), gestalt (Klein, 1970; Greenberg 1980), fantasie guidate (Smith 1980), training in gruppi d'incontro (Tetran, 1981) e Co-Counseling di Rivalutazione (Riemer, 1965). La meditazione (King, 1979) più focusing e il training di biofeedback GSR più focusing (Henderson, 1982) determinano un aumento maggiore di EXP in confronto alle sole istruzioni di focusing. Il lavoro gestaltico delle due sedie aumenta l'Exp più di quanto fanno le istruzioni di focusing con risposte empatiche. Non soltanto il lavoro gestaltico migliora il livello EXP, ma gli fa raggiungere il livello più elevato che corrisponde al focusing. Con l'eccezione di questo studio, non è chiaro se qualcuno degli altri tipi di intervento aumenta l'abilità di focusing o solamente il coinvolgimento emotivo, poiché non vengono riportati i dati relativi al livello di miglioramento.

Il training dei terapisti a focalizzare aiuta i loro clienti a focalizzare

Sachse (1999) ha sviluppato un modello di training per terapisti. Egli ha fatto l'ipotesi che i terapisti che focalizzano e che inoltre ne hanno una comprensione teorica, avranno una maggiore capacità di aiutare i clienti a focalizzare. Le istruzioni di focusing standardizzate non hanno la stessa utilità di quelle che il terapeuta può sviluppare affinché "si adattino perfettamente" ad un particolare cliente. Quaranta terapisti ricevettero un training di focusing per sei mesi e fu valutata la loro abilità di focusing in base alla Scala FRS. Quindi i terapisti tennero delle sessioni di focusing con i loro clienti. Si valutò "l'adattamento realizzato", cioè la capacità del terapeuta di fornire delle indicazioni di focusing specifiche per il cliente. L'intenzione era di aiutare il cliente ad ottenere un "felt shift" (cambiamento sentito), lavorando con i passi del processo in svolgimento. Il terapeuta doveva accompagnare empaticamente sia il contenuto che il processo, in quella che Sachse chiama "l'empatia del processo". Il livello dell'abilità di focusing e delle conoscenze tecniche del terapeuta permettevano di predire la sua abilità di adattare le istruzioni con una correlazione altamente significativa dello $.75$ $p = .001$. Due studi successivi (Sachse, 1999) hanno trovato un'alta correlazione tra abilità del terapeuta di "adattare le istruzioni" e abilità di focalizzare del cliente.

Correlazioni fisiologiche, dell'attenzione e cognitive del Focusing

Il focusing è un tipo di attenzione interiore che si basa sul corpo. Parliamo di un "**bodily felt sense**" (sensazione sentita corporalmente) delle nostre situazioni. Chi focalizza o i soggetti con alti livelli EXP sono capaci di discriminare meglio gli stati fisiologici (Kolilis 1988) ed il processo del focusing è accompagnato da indicatori di rilassamento fisico (Gendlin 1961; Bernick 1969). Il "felt shift" è in correlazione con un aumento nelle frequenze alfa nell'EEG (Don 1977).

Una serie di cinque studi (Zimring 1974; 1983; 1985; 1988; 1990) mostra che il risultato conseguito in prove mentali complesse, che richiedono attenzione a stimoli generati internamente, viene migliorato dal primo passo di focusing, "Sgombrare uno spazio". In linea con l'idea che il focusing favorisce il processo cognitivo non automatico, si è trovato che focalizzando si ottengono migliori risultati nelle misurazioni di creatività (Gendlin, 1968), intuizione (Vandenbos, 1971), uso flessibile dell'attenzione (Oberhoff 1990; Iberg 1990) e complessità concettuale (Fontana 1980). Chi focalizza mantiene la concentrazione ed evita le distrazioni mentre presta attenzione ad una sensazione fisica interna (Tamura 1987; Oishi 1989; Oberhoff 1990).

Correlazioni tra personalità ed alto EXP o abilità di focusing

Si è trovato che soggetti con più alto EXP erano più ansiosi e depressi (Fishman, 1971) e mostravano maggiore insicurezza nei legami affettivi (Halsey, 1991). D'altro canto, essi ricevono anche migliori valutazioni in quanto a "intelligenza, forza dell'ego, carattere e

autocontrollo, stabilità emotiva, sensibilità e capacità di introspezione" (Gendlin, 1968). Si reprimono meno (Platt, 1971; Schneider & Sachse, 1991), stanno meno alla difensiva (Summers, 1980), si aprono di più (Stiles, 1979), attribuiscono le difficoltà a cause interne ed emotive (Fishman, 1971) e sono più capaci di esprimere aspetti dell'io prima sconosciuti (Pattyn, 1975). Sono più differenziati psicologicamente (Wexler, 1974; Hendricks, 1986) ed hanno una maggiore forza dell'ego (Miller, 1970; Ryan, 1966; Atkins, 1976; Warner, 1979; Tarule, 1978). Hanno maggior autocontrollo e introspezione (Olsen 1974; Riemer 1975) ed affrontano lo stress con un coinvolgimento attivo piuttosto che negandolo (Grindler-Ketonah 1999; Stukes, 1979; Kabsfird & Birdub 1983). Questi risultati sono nel complesso coerenti ed indicano che chi focalizza è capace di un ampio spettro di esperienze interiori sia positive che negative, nel contesto di una struttura di personalità stabile. Egli affronta temi e problemi piuttosto che evitarli e reprimerli. Questi sono risultati di rilievo per la terapia. Queste sono le caratteristiche che ci auguriamo per i clienti e che consideriamo aspetti di una personalità matura. Questi risultati inoltre confermano l'idea che interagire con i clienti nella terapia in una maniera che li aiuti a diventare capaci di focalizzare è di per sé un auspicabile processo di sviluppo.

Discussione dei risultati

I seguenti sono risultati solidi e ripetuti:

- I clienti che portano avanti un processo con un alto livello di "experiencing" o che focalizzano, ottengono migliori risultati nella terapia secondo valutazioni dell'esito fatte dal cliente, dal terapeuta ed obiettive.
- Clienti e terapisti giudicano più efficaci le sessioni in cui ha luogo il focusing.
- I clienti che hanno risultati positivi in terapie di breve durata focalizzano in ogni sessione.
- Alcuni clienti focalizzano immediatamente nella terapia; altri hanno bisogno di essere addestrati.
- Ai clienti che portano avanti il processo con un basso livello di "experiencing" si può insegnare a focalizzare ed a migliorare nell'"experiencing", sia durante la terapia che in un training a parte.
- TGli interventi del terapeuta fanno sì che l'"experiencing" del cliente si approfondisca o divenga più superficiale. I terapisti che focalizzano efficacemente aiutano i loro clienti a fare lo stesso.
- Un addestramento valido al focusing è mantenuto meglio da quei clienti che focalizzano con più efficacia durante il training.

Alcuni degli studi possono avere delle carenze metodologiche perché l'attendibilità è bassa, le dimensioni del campione sono ridotte e mancano gruppi di controllo. Altri studi prendono in considerazione una estensione ridotta dei livelli di "experiencing", con pochi clienti che raggiungono i livelli più alti. Un alto livello di "experiencing" può migliorare i risultati della terapia senza raggiungere lo stadio di focusing, ma se si prendono in considerazione separatamente i clienti allo stadio 4 e superiori, come nello studio di Goldman (1997), le correlazioni con il risultato positivo sono ancora più forti.

Il risultato che un alto EXP e il focusing sono in correlazione con il successo si ripete indipendentemente dalla cultura, dall'orientamento terapeutico, con differenti popolazioni di pazienti e con differenti modalità di misurare l'esito terapeutico. È ben riconosciuto che la relazione cliente-terapeuta è uno dei fattori più importanti nel rendere la terapia efficace, a parte gli specifici effetti dell'orientamento. Il focusing sembra essere un altro di questi fattori cruciali. Si dovrebbe tener conto del fatto che il cliente sta portando avanti il processo al livello del "body felt sense" (sensazione sentita corporea), indipendentemente dall'orientamento terapeutico.

Per i clienti che focalizzano immediatamente, normalmente il processo terapeutico si stabilisce rapidamente e con successo. Aiutare il cliente ad avere fiducia in questa capacità già presente permette di ottenere passi di cambiamento, come si può vedere nelle Sezione

della Pratica. Per i clienti che non dispongono di questa abilità, apprenderla diviene una questione cruciale.

Poiché l'impatto degli interventi del terapeuta è così forte nell'approfondire o nell'ostacolare il processo del cliente, e poiché i terapeuti che sanno focalizzare mettono i loro clienti in condizione di focalizzare meglio, ciò implica che i terapeuti dovrebbero essere addestrati a focalizzare. Il focusing non è in conflitto con nessun metodo terapeutico. Il terapeuta che non riconosce questo processo può inavvertitamente scoraggiare il cliente quando questi comincia a focalizzare. Come terapeuti esperienziali siamo felici quando i nostri clienti dicono, "è vago", oppure, "non trovo le parole per dirlo". Li incoraggiamo a rimanere precisamente con questa esperienza percepita, ma non ancora simbolizzata. Diventiamo capaci di stare a nostro agio con il "non conoscere" la risposta prima del nostro cliente, e con il non imporre i nostri concetti o modelli al ben più ricco "experiencing" del nostro cliente.

Con pazienti schizofrenici, sembra essere utile anche un lieve sviluppo della capacità di "experiencing". In un ambito in cui sono possibili solo limitati interventi efficaci, diversi da quello farmacologico, questo risultato ripetuto merita attenzione. Se la schizofrenia implica difficoltà cognitive e di attenzione, il training di focusing potrebbe aiutare i pazienti ad essere meno sopraffatti dagli stimoli. Aiutare tali persone a distinguere tra emozioni e "felt senses" ed offrire loro una interazione in cui si presti attenzione alla sensazione corporea personale delle situazioni, permette che l' "experiencing" divenga normale e gestibile.

Il focusing ha luogo all'interfaccia mente-corpo. Far progredire situazioni bloccate in modo che si risolvano nel corpo probabilmente aiuta la guarigione. Le correlazioni fisiologiche, con la salute e con il sistema immunitario (Lutgendorf e altri, 1994) suggeriscono che il focusing dovrebbe essere saggiato come un intervento sia nella prevenzione che nella lotta contro la malattia. Sachse (1991) ha trovato che il 95% dei pazienti psicosomatici non percepiscono il "felt sense". Se si potesse insegnare loro a farlo, questo potrebbe far diminuire l'incidenza di tali malattie.

Dalla ricerca alla pratica

La interazione è prioritaria

Il principio alla base della Psicoterapia orientata al focusing è il fatto che l'esperienza del cliente ha luogo nel presente nella particolare interazione con il terapeuta. Vogliamo interagire con il nostro cliente in modo tale che questi possa entrare in contatto con il "bodily felt sense" (la sensazione sentita corporalmente) delle situazioni della vita. Per fare ciò è necessario che rispondiamo a ciò che è vago e non chiaro, al limite dell'attenzione del cliente. Se predefiniamo o facciamo riferimento ad una tecnica o modello per formulare i nostri interventi, non saremo capaci di prestare ascolto a ciò che il cliente percepisce ma non sa ancora esprimere. Molti clienti hanno solo una fragile connessione con il loro "felt sense". Se non replichiamo a questo, essi non potranno entrarci ulteriormente in contatto.

Ascoltare è il fondamento

Prestiamo ascolto all'esperienza della persona, piuttosto che alle nostre idee sulla persona. Ripetiamo al cliente ciò che egli ha intenzione di comunicare. Oltre a riconoscere la sua esperienza, questo permette al cliente di "far echeggiare" le parole o le immagini rispetto al "felt sense" per correggerle o osservare cosa emerge in seguito. Prestiamo ascolto alla trama ed alla complessità dell'esperienza e rispondiamo a quel margine non chiaro da cui vengono i passi di cambiamento. Ciò che l'esperienza del cliente svilupperà è assolutamente corretto. Proprio quella parola, azione, immagine tocca o muove qualcosa proprio nel momento presente, mentre molte altre non lo fanno. Cerchiamo di proteggere il processo che emerge, sapendo che dovremmo cercare di ottenere ciò più di ogni altra cosa per permettere all'esperienza di svilupparsi. È per questo che l'atteggiamento fondamentale del terapeuta è un'attitudine di ascolto empatico. Empatia, congruenza e considerazione positiva aumentano sia nel cliente che nel terapeuta quando permettiamo che parole ed espressioni emergano dal "felt sense".

Quando sia il cliente che il terapeuta rispondono al "felt sense"

Nella seguente sessione, vediamo come appare il focusing quando è presente. A volte ci riferiamo al focusing in termini di passi. Senza menzionarli formalmente: il cliente forma un **"felt sense"**, **domanda**, (formula domande interiori dirette al felt sense), **simbolizza** (permette che parole/immagini emergano da esso), **verifica** (per vedere se nel corpo c'è una risposta a queste parole) e **riceve** (permette che al proprio interno si formi uno spazio accogliente e privo di giudizio per ciò che è apparso). Si verificano una serie di piccoli **"felt shifts"** e cominciano **piccoli passi** di cambiamento. Questa cliente ha trenta anni ed ha raccontato un sogno. Il terapeuta la invita a formare un "felt sense" della cosa nel suo complesso.

T1: Puoi sentire a che parte di tutto ciò vuoi prestare attenzione? (domanda di focusing)

C1: (Silenzio mentre verifica al suo interno) L'unico posto nel quale realmente posso **entrare in contatto con una qualche sensazione** è se dico a me stessa..."forse la mia infinita energia non deve venir fuori attraverso la sessualità, forse posso permettergli... forse vuole venire fuori proprio adesso..."

(La cliente ha individuato il tema che ha una dimensione percepita corporalmente, piuttosto che soltanto parole)

T2: Ti voglio ripetere questo...(Riformulare è un modo di accogliere la persona ed esattamente qualsiasi contenuto sia apparso, e permette alla cliente di verificare le parole con il suo "felt sense"). Hai ottenuto una risposta realmente sentita quando hai detto, "forse adesso la parte spirituale può apparire nella sua forma propria, non deve venir fuori solo attraverso la sessualità."

C2: Sì. E questo è molto difficile per me, ma **si sente come il posto giusto**.

(Ciò che vuole indicare con "posto" è un "felt sense" nel suo corpo. Ciò che vuole esprimere con "giusto" è una qualità del "verificare" - quinto passo di focusing. Il suo corpo sa, "sì, questo è corretto" e lei sente anche che c'è qualcos'altro che vuole rivelarsi proprio a questo punto.)

T3: Oh, **c'è qualcosa di difficile a proposito di tutto ciò**..

(Il terapeuta sta riconoscendo il "felt sense" della cliente. Si noti che dice "qualcosa". Lui e la cliente sono entrambi a loro agio con questo margine non chiaro. Il terapeuta non ha bisogno che il contenuto sia chiaro prima che non emerga tale.)

C3: (Silenzio, mentre lei si chiede cosa c'è in questa sensazione di "difficile")...C'è **una qualche maniera in cui non voglio permettergli di esprimersi**, per cui viene fuori solo nello spazio sessuale....(Comincia a simbolizzare a partire dal "felt sense". Ancora non sa in che modo questo è vero, ma può sentire che c'è una "qualche" maniera. Ciò viene percepito, ma ancora non viene espresso con parole)...come....questo è l'unico spazio che io conosco in cui viene fuori, così da permettergli libero sfogo....forse poi non lo ce l'avrò affatto....**questo è il punto** (felt shift)...(comincia a piangere-una risposta corporea totale)...é come....é così importante avere un canale. (Crea una metafora) E se qualcuno venisse e mi dicesse, "dai, fa uno sforzo, puoi avere un canale ben più ampio...."Fa così paura (singhiozzi) perché (singhiozzi) e se perdessi l'unico canale che ho....

T4: Capisco.

C4: **C'è dell'altro lì** ("felt sense")...**Cos'è?** (Sta facendo la domanda al suo "felt sense". Non è una domanda cognitiva o deduttiva)...**perché questo fa tanta paura?** (Di nuovo sta facendo la domanda direttamente al suo "felt sense", che quindi comincia ad aprirsi)...C'è anche **qualcosa come**...(singhiozzi...). Restringendo anche il canale soltanto sessuale, quanta energia potrebbe passarvi o qualcosa del genere....qualche parte di tutto ciò mi fa davvero paura.....**forse potrei vivere veramente in contatto con questa energia tutto il tempo** se non ne avessi limitato l'espressione a quel canale (simbolizzazione). (Felt shift-cambiamento sentito)

T5: Fa paura vivere in relazione con essa tutto il tempo?

(Il terapeuta é confuso dal fatto che questo contenuto é *l'opposto* delle affermazioni precedenti. C'è un preciso ordine esperienziale in questo tipo di processo ma é differente dall'ordine logico.)

C5: Uh uhm....lo mi sono sempre nascosta. Qualcosa mi sta dicendo, "non farlo mai più, Attenta!... **Lascia che la tua energia sia visibile, usala, vivi in essa, questo sarebbe un tale cambiamento nel mio modo di essere!**... Stacci dentro alla luce del sole." (Passo di cambiamento. Lei é diventata più visibile già da ora.)

T6: Uhm.....permetti che si manifesti, percepiscila, vedila...(Accogliere, riformulare)

C6: Giusto.....(grande sospiro).....(piange).....prendilo sul serio...(grande sospiro, respiro, più tranquilla....ride).....quella vecchia energia vuole spingermi di nuovo giù ed indietro in quel buco nero... ma é un po' più libero, qualcosa si é mosso un poco, é come "oh, forse c'è una via."

Quando le persone focalizzano usano il linguaggio in modo nuovo. Notare l'uso frequente di pronomi aperti come "qualcosa", e "ciò" e "qualche". Le parole vengono usate per dirigersi al "felt sense" che non si esprime con parole, ma che é presente in modo tangibile. Non c'è ancora la maniera di usare parole di contenuto, senza far richiudere il "felt sense".

Quando il terapeuta perde l'occasione di rispondere al "felt sense" del cliente

Sfortunatamente, può succedere che il cliente é vicino a focalizzare e il terapeuta non riconosce il "felt sense" del cliente. Poiché il terapeuta é l'esperto, il cliente può confondersi, sentirsi inadeguato, rimettersi all'autorità del terapeuta e disconnettersi dalla sua esperienza diretta. Abbiamo visto nello studio di Sachse, che un intervento del terapeuta "che appiattisce" determina la riduzione della profondità esperienziale nel 73% delle successive risposte del cliente. Si arriva ad un inutile punto morto, che il terapeuta potrebbe interpretare come "resistenza" da parte del cliente, quando in realtà il problema é una capacità del terapeuta non sviluppata.

C1: E però sento...**c'è qualcosa al di sotto di tutto ciò ma non so cosa...** ("felt sense") e se potessi sapere cos'è.....potrei sentire in maniera differente, non so. Ma é **vago in questo momento**.

T1: Bene. Se le cose potessero essere un po' più **definite**. Se tu fossi veramente capace di **identificare la causa**.....pensi che allora saresti capace veramente di **far gli fronte** Ma in questo momento non sembra che puoi mettere il dito sul **vero problema**.

C2: Yuh...e.....questo....come quando dici questo....questo mi fa impazzire perché sento... tu sai che sono.....intelligente. So esprimermi. Però...in questo momento non so che diavolo mi sta succedendo.

Il terapeuta non é capace di rispondere al "felt sense" della cliente, che é quello spazio riccamente complesso, non ancora conosciuto da cui potrebbe venire il movimento. La cliente ha dato una chiara descrizione di ciò che é necessario che accada in seguito. Dice letteralmente al terapeuta che se soltanto potesse sentire di più in questo spazio non chiaro al di sotto di tutto, ha la sensazione che qualcosa si muoverebbe da lì. Poiché il terapeuta non conosce questo livello del processo, usa le parole in una maniera cognitiva, chiusa, definita che non permette di rivolgersi a ciò che ancora non si conosce o di invitarlo a rivelarsi. La cliente viene lasciata in un atteggiamento autocritico e, probabilmente, giustamente arrabbiata con il terapeuta. Questo tipo di interazione sottolinea la necessità per i terapeuti di sviluppare questa sensibilità come parte della loro formazione.

Quando il cliente non focalizza

Per anni é stata portata avanti una grande elaborazione su come aiutare il cliente ad imparare il focusing quando questa capacità non é presente spontaneamente. (Weiser Cornell 1996; Hendricks 1986; Wiltschko 1996; Leijssen 1990; 1998^a). Poiché il "felt sense" é inizialmente una vaga sensazione corporea di una situazione nel suo complesso, può essere elusivo, specialmente comparato con emozioni intense, ben conosciute o con le

interpretazioni che ci fanno sentire di comprendere noi stessi. I seguenti estratti mostrano alcune difficoltà tipiche e come possiamo intervenire per far sì che si formi il "felt sense".

Formare un "felt sense" invece di pensare, dedurre o riferire soltanto

Quando il cliente non sa come focalizzare, abbiamo molti problemi tipici (Gendlin, 1996). I clienti possono essere bloccati in idee su sé stessi, invece di prendere in considerazione ciò che nel momento presente percepiscono con l'esperienza. Il cliente del seguente esempio si sente pieno di paura circa il suo lavoro e propone le sue idee sulle cause. Il terapeuta lo invita a sentire direttamente dentro tutta quella "cosa" che lui chiama "paura". Il cliente non è capace di farlo e continua a rimanere preso dalle idee riguardo al tema. Il terapeuta lo invita nuovamente a formare un "felt sense". Egli riesce a farlo per un momento, ma poi torna indietro al livello delle idee e dell'analisi. Però questo è stato un inizio.

T1: Quindi **aspetta un minuto** e vediamo se **possiamo sentire cos'è la paura**. Puoi farlo? È questo il punto? **In quale aspetto di tutto ciò vorresti entrare per sentire di più??**

C1: (Il cliente non si ferma per formare il "felt sense". Continua con le sue idee ed analisi) Sì. Penso che va bene. Mi rendo conto che nelle ultime sessioni c'è stata una tremenda dualità nelle immagini che abbiamo trovato. Libertà e resistenza. Adulto e bambino. Un assertivo impulso all'esterno verso il mondo ed un allontanarsi. Che potrebbe essere di nuovo libertà e separatezza.

T2: E così abbiamo una quantità di idee riguardo a questo, ma prova **semplicemente a stare con la sensazione di paura. Puoi sentirla in questo momento? Puoi sentire tutta questa cosa riguardo al lavoro che si percepisce con tanta paura nel tuo corpo, proprio in questo momento?**

C3: (Silenzio) **Una parte del sentimento di paura è una sensazione vaga** ("felt sense") di andare alla deriva ed a tentoni.

T3: alla deriva ed a tentoni...

C4: **Come di stare in uno spazio aperto e non potermi afferrare a niente...**(parole che emergono dal "felt sense")

T4: Puoi verificare questa immagine di te stesso, che procede a tentoni e senza potersi aggrappare a niente, nel tuo corpo. La senti corretta?

C5: Molto. (Verificare)... Ed ora che l'ho trovata mi ricordo di aver avuto immagini simili in differenti sessioni ed in modi diversi.

Un cliente come questo dirà spesso cose come, "Beh, probabilmente mi sento così a causa della maniera in cui i miei genitori mi hanno trattato quando ero piccolo". Oppure, "Il mio terapeuta dice che devo essere stato un bambino molto arrabbiato per essere arrivato a rinchiudermi tanto in me stesso." Questi clienti non dispongono di una loro diretta sensazione personale. Le connessioni non emergono da un loro processo personale, ma vengono imposte alla loro esperienza sia da loro stessi che dal terapeuta. Questo tipo di cliente è anche di quelli che fanno il resoconto di tanti avvenimenti della settimana senza riferimento al significato personale sentito degli stessi.

"Sgombrare uno spazio" o "Trovare la distanza giusta" invece di lasciarsi sommergere dalle emozioni

Un altro punto morto nella terapia si ha quando i clienti si lasciano sommergere dalle emozioni. Tornano soltanto a sperimentare eventi o sentimenti dolorosi. Il focusing distingue tra emozioni e "felt sense". Una emozione è ben definita e tende ad essere la risposta "universale" ad una determinata situazione, per esempio se qualcuno muore, si è tristi. Per ottenere un "felt sense", uno deve fare un passo indietro e formare la sua personale sensazione, complessa e non chiara, di una qualche "cosa nella sua totalità". Ciò sarà particolare per ogni individuo. L'anziano cliente dell'esempio seguente ha sofferto per tutta la vita di una depressione molto grave e si è completamente identificato con emozioni intensamente dolorose.

C1: Mi sento molto turbato. Non riesco a fare niente. Non l'ho chiamato e non ho concluso niente. Non concludo mai niente. Sono stato così per tutta la vita. Penso che questo ha a che vedere con mia madre che mi diceva sempre, "Dan, ricordati che sei molto ammalato". Mi sento malissimo. Adesso sarò depresso per tutta la settimana. Non voglio continuare a sentirmi così! (Il cliente è arrabbiato, agitato e depresso).

Ciò gli è familiare. Ogni approccio alla relazione con sua madre lo fa sprofondare in una quantità di sentimenti molto negativi. Probabilmente avrà difficoltà nel dormire e la sua agitazione e depressione interferiranno con la sua vita per molti giorni. Non ha la capacità di metabolizzare questa esperienza. Semplicemente viene ritraumatizzato ogni volta.

Beh, questo è un vecchio spazio, dove semplicemente torni a scivolare in quei sentimenti dolorosi. È un vecchio posto familiare. Non ne abbiamo bisogno. Vediamo. **Perché non lo metti fuori di te.** Quello era *lei*, non sei tu. **Prova a mettere tutta l'intera faccenda riguardo a lei, lì fuori** dall'altra parte della stanza.

C2: (Guardando leggermente sorpreso e perplesso) Non sapevo di poter fare questo!

T3: Beh, puoi semplicemente prendere **tutta questa faccenda riguardo a lei e metterla tanto lontano quanto senti che è necessario per tenerla fuori dal tuo corpo.** Che ne dici dall'altra parte del fiume in New Jersey?

C3: (Il cliente comincia a ridere!) Sì! Penso che andrebbe bene! **(Gesticola come se spingesse tutta questa storia su sua madre dall'area del suo stomaco verso il fiume.)** ("Sgombrare uno spazio" e "Trovare la distanza giusta").

T4: Hai diritto ad avere un po' di spazio per te.

C4: Davvero? (leggermente commosso) Questa è la prima volta nella mia vita che ho la sensazione di non dover accettare tutto ciò (Piccolo "felt shift" con sollievo fisico).

Questo cliente gradualmente divenne capace di rendersi conto di quando non si trovava alla giusta distanza dalle emozioni. Cadere nelle emozioni non è focalizzare, non lo sono neppure l'abreazione o la catarsi.

L'atteggiamento amichevole del focusing invece del Critico Interiore

Per ottenere un "felt sense" e permettergli di dispiegarsi è necessario un atteggiamento interno di amichevolezza, attesa, ascolto ed il poter tollerare di non sapere in anticipo cosa emergerà. Molte persone hanno difficoltà a mantenere questo atteggiamento. Aggrediscono o feriscono sé stessi. Spesso i clienti proprio nel momento in cui arrivano al limite di ciò che già conoscono, fanno un passo indietro con un commento del tipo, "Oh, non so", oppure "Questo è troppo stupido", oppure "È troppo vago", "Non è chiaro". È proprio arrivati a questo punto, quando hanno finito con tutto quello su cui hanno già pensato, che si può formare un "felt sense". Un atteggiamento di auto attacco è uno dei maggiori ostacoli al focusing. Ci sono molti modi per aiutare i clienti a superare questi atteggiamenti distruttivi. Di seguito riportiamo un semplice esempio in cui la cliente incomincia la sessione attaccando sé stessa ed il terapeuta ignora l'auto attacco ed i dettagli del contenuto della sua storia. In luogo di ciò, la cliente viene invitata a fare un passo indietro ed a formare il suo "felt sense" dell'intera situazione. È in grado di farlo. Ciò che viene fuori dal suo "felt sense" la sorprende ed è un piccolo "felt shift". Notare come la cliente si senta diversa e quanto sia più in contatto con sé stessa dopo questo semplice scambio di battute.

C1: Mi sembra che nessuno voglia avere rapporti con me. Come **se ci fosse qualcosa che non va in me ed io non so cosa sia.** Come se **fossi un mostro.** (Auto attacco). So cosa produce questo sentimento. Forse dovrei dirtelo. Io sento che non avrò mai delle relazioni del tutto normali. Ieri sera in chiesa....(Racconta di una breve conversazione con una amica riguardo alle baby-sitter, in cui lei ha finito per sentirsi criticata dalla sua amica.)

T1: Allora, puoi fare un piccolo passo indietro e formare una sensazione dell'intera situazione, di tutta questa faccenda con lei. Qual è la tua sensazione della situazione?

C2: (Sta in silenzio, cercando il "felt sense", e quindi comincia a piangere.) **Oh! So cos'è. Ero così eccitata!** (Simbolizzazione del "felt sense"). Mia figlia vuole tanto fare la baby-sitter e io pensavo che sarebbe successo. E mi sento come se lo avessi sciupato.....Mi sentivo così

eccitata che penso di non aver fatto attenzione a quello che lei mi avrebbe risposto. Semplicemente continuavo a parlare perché ero così eccitata e volevo che succedesse....**effettivamente adesso che ci penso, mi sentivo in qualche modo in disaccordo con qualcosa della sua maniera di pensare** riguardo alla cura dei bambini. Ricordo che sentivo come se **lei mi sembrasse in qualche modo super protettiva o rigida nel suo approccio.**

T2: Quindi, nella tua eccitazione non hai fatto per niente attenzione ad un tuo segnale interno. Effettivamente non ti piaceva quello che stava dicendo, ma non ti sei fermata a dare ascolto alla tua sensazione.

C3: Sì....giusto... mi sento meglio adesso che ho una sensazione di quello che mi è successo.

L'emergere delle parole, "Oh! So cos'è. Ero così eccitata!" è un piccolo "felt shift". Le parole sono nuove e sorprendenti per la cliente. Il contenuto "eccitazione" è del tutto differente da "Sono un mostro". Ed il movimento del "felt sense" verso parole che riportano la cliente a contatto con il suo corpo è accompagnato da sollievo e lacrime, una risposta corporea integrale. In questo tipo di terapia il cambiamento è percepito direttamente nel corpo. La cliente non ha bisogno di fare speculazioni sul fatto di stare cambiando o no. È una esperienza immediata. Questo è anche un esempio della versione esperienziale di un punto psicodinamico. Il concetto che la depressione è rabbia rivolta verso l'interno si adatta bene a questo materiale. Ma, il fatto che il fastidio della cliente verso l'amica sia emerso dalla sua propria sensazione è più potente che se il terapeuta le avesse proposto l'interpretazione che lei era arrabbiata con l'amica. Possiamo vedere qui un piccolo passo di cambiamento e di sviluppo della personalità nella abilità della cliente di trovare la sua prospettiva personale.

La tendenza implicita a progredire e l'emergere di passi

Nella sezione sui concetti fondamentali, abbiamo detto che gli organismi viventi portano impliciti i successivi passi del loro processo vitale in una sequenza esperienziale perfettamente ordinata. Il corpo "sa" cosa è necessario che accada successivamente. A volte però il "felt sense" non dà risposta quando aspettiamo e cerchiamo di sentire in esso, ponendo la domanda "Cosa c'è in tutta questa sensazione?". Quindi possiamo fare un tipo differente di domanda. Domandiamo, "Di cosa c'è bisogno ora?" oppure "Cosa sarebbe bene che accadesse?" Queste non sono domande astratte, intellettuali, ma piuttosto domande di focusing che vengono rivolte direttamente al "felt sense" di ciò che potrebbe far avanzare il processo vitale nella situazione attuale. Quindi aspettiamo e vediamo se si forma qualcosa. L'esempio seguente mostra un punto di svolta nella terapia per una cliente con gravi disturbi da stress post-traumatico, nel momento in cui il suo corpo risponde alla domanda, "Di cosa c'è bisogno ora?". Non essendo in grado di trovare la distanza giusta dalla sua esperienza di abuso non riesce a focalizzare su di essa. Presenta flashback, stati di parziale dissociazione, è cronicamente in uno stato di all'erta eccessivo e terrorizzata la maggior parte del tempo. Prova un'angoscia profonda perché, sebbene abbia un buon rendimento nel lavoro, la sua vita privata le sta sfuggendo e non potrà mai avere figli perché non può tollerare il contatto sessuale con suo marito. Ogni volta che focalizza, appare il suo grande desiderio di avere un bambino. Ha 38 anni.

...Il livello di tensione è stato anche maggiore del solito e già normalmente è insopportabile. Nel mio petto c'è una specie di lotta. Niente di quello che stiamo facendo la arriva a toccare. Niente la tocca. Sto prendendo qualcosa come venti pillole al giorno in questo momento e non c'è nessuna differenza dal mio solito stato. Non so che fare.

Terapeuta e cliente passano circa 40 minuti cercando di trovare una maniera per lavorare con questa tensione, senza risultato. La cliente non riesce a formare un "felt sense" né tantomeno c'è qualcos'altro che la aiuti. Rimane chiusa in questo terribile stato di tensione senza contenuto psicologico. Quindi il terapeuta le pone un altro tipo di domanda di focusing, nel tentativo di stabilire un contatto con la sua saggezza corporea, ossia con la consapevolezza implicita di ciò che è necessario nel momento presente.

T1: Allora, perché non porti gentilmente la tua attenzione alla parte anteriore del tuo corpo. Mantenendo la attenzione lì, vediamo se possiamo **ottenere una sensazione, forse un'immagine di quello che potrebbe aiutarti. Domanda lì dentro, "Di cosa c'è bisogno**

adesso affinché tutta questa cosa trovi sollievo dolcemente, così che tu possa sentirti bene nel corpo?"

C1: (Lungo silenzio) **Ho trovato due cose** (parole che emergono dal "felt sense")... Una é: magari potessi smettere di preoccuparmi del momento in cui devo andar via e non dovessi essere consapevole del ticchettio dell'orologio tutto il tempo.....Ed ho trovato un'altra cosa. Un cane - un Collie. (Comincia a piangere. "Felt shift" con risposta corporea) Non so se te l'ho detto, ma quando ero una bambina ed ero così impaurita tutto il tempo, così terrorizzata, chiedevo ai miei genitori un cane, un Collie, come Lassie. Lassie si sedeva sul letto di Timmie e lo avrebbe protetto da chiunque fosse entrato dalla finestra, così nessuno gli avrebbe potuto fare del male. E Lassie era suo amico e gli faceva anche compagnia. Io sentivo che un Collie mi avrebbe fatto essere meno spaventata e sarebbe stato mio amico. Ogni Natale, ogni Compleanno, ogni volta che avessi potuto ricevere qualcosa, chiedevo loro sempre la stessa cosa, un cane. Loro mi dicevano sempre che se avessi fatto una certa cosa in un certo modo o per un certo periodo o qualsiasi altra condizione, me ne avrebbero dato uno. Ma non lo fecero mai. Ogni volta mi dicevano che non avevo fatto quella data cosa, qualsiasi essa fosse, sufficientemente bene o un'altra scusa qualsiasi. (Sta ancora piangendo)

T2: Così che già allora sapevi, nonostante fossi solo una bambina, cosa ti avrebbe potuto aiutare, ma loro non hanno voluto farlo.

C2: Dan (suo marito) dice che non avevano proprio intenzione di regalarmelo.

T3: Sì, anch'io stavo proprio sentendo la stessa cosa. Mi sento arrabbiato con loro. Però, **tutta questa cosa é ciò che é apparso ora. La sensazione che se tu avessi il tuo Lassie questo ti aiuterebbe, permetterebbe alla tensione lì dentro di allentarsi.** (Il terapeuta sta tornando al "felt sense". Ripetendone la descrizione la cliente può ritornare in contatto con esso.)

C3: Ho chiesto a Dan di prendere un Collie. Ha detto di sì. Ma sono io quella che poi non vuole. (Da molte ragioni pratiche per cui sarebbe difficile.)

T4: Però, forse potrebbe essere una scelta giusta adesso. **Hai la sensazione che prendere un cane ti farebbe sentire più al sicuro lì dentro di te e come se stessi in compagnia.** (Di nuovo il terapeuta sta tornando al punto in cui era apparsa una possibilità di sblocco, il "felt sense" di qualcosa che potrebbe essere d'aiuto.)

C4: Sì. La settimana passata Dan ed io eravamo in libreria. Lui mi ha sorpresa a leggere un libro sull'addestramento dei Collies. Ha detto, "Te ne compro uno." Ed io ho risposto, "No, va bene così."

T5: Beh, potresti cominciare comprando il libro, no? (Il terapeuta sta suggerendo un piccolo passo di cambiamento.)

C5: Sì, forse. Dan ha detto che ha paura che se io avessi un cane potrei smettere di provare a rimanere incinta.

T6: No, non é così. Avere una creatura vivente affettuosa da amare e di cui prendersi cura potrebbe aiutare il tuo corpo a rilassarsi per rimanere incinta...**forse andrebbe bene permetterti di avere questo** adesso.....Potresti prenderti un cane adesso. (Il terapeuta sta sempre cercando di proteggere e fare spazio al cambiamento che si é prodotto, affinché non sia sopraffatto da tante obiezioni.)

C6: Forse potrei prendere quel tipo piccolo di Collie che cresce solo fino a 30 cm.

T7: Beh, che ne dici di non fare compromessi, ma fare proprio quello di cui quello spazio interiore ha bisogno?

C7: (Sta zitta per un po'. Una risata scaturisce nel suo corpo) Hey! Per Natale! Potrei prendere il mio Lassie per Natale.

T8: Oh sì! Va proprio bene. (Notare che la cliente si sente meglio nel corpo. Ha pianto ed ha riso. Il suo corpo non é più bloccato in una agitazione senza contenuto.)

Il "felt sense" della cliente ha risposto alla domanda di focusing su cosa fosse necessario affinché tutta quella terribile tensione si rilassasse. Il terapeuta cerca tutto il tempo di far sì che la cliente riceva, protegga e faccia spazio a questo passo che il suo corpo ha prodotto. Quella

di prendere un cane non é certo un'idea del terapeuta né una formula tradizionale per trattare un problema come quello della cliente. É ciò che é emerso dall'intricata complessità di questa persona, in questo momento.

Quattro mesi più tardi:

C: L'altro giorno stavo guardando Tucker, quanto é grande, e stavo pensando a come ci rotoliamo sull'erba e facciamo la lotta e ci rincorriamo l'un l'altra. Ho pensato, "Ah!, sono contenta che non sei uno di quei cagnolini pelosi. Sei un vero Lassie"..... Ho pensato a quello che mi hai detto.....ricordi che io dissi, "Beh, forse potrei prendere un Collie nano", e tu hai detto, "Che ne dici di non fare compromessi. Che te ne pare se ti prendi il tuo vero Lassie." Penso che questa é una metafora per molte cose.

Venti mesi più tardi in una nota al terapeuta:

Probabilmente hai visto la foto che ti ho mandato.....Leah (la sua bambina) sta diventando grande.....É una tale gioia per me. Non trovo le parole per esprimerlo. La tengo in braccio e la accarezzo e ringrazio Dio tutti i giorni per lei. Vorrei che ne avessimo almeno quattro!

Il focusing tocca in noi un livello che ha la propria direzione ed il proprio impulso. Quando possiamo lasciare il solito cammino, l'organismo crea ed ha implicite le corrette interazioni successive. Troppo spesso siamo preparati a riportarci all' "experiencing" dei nostri clienti attraverso concetti o tecniche. Si suppone che siamo "esperti". Nell'ansia di fare bene rischiamo di imporre le nostre idee, perdendo la complessità esperienziale ed il corrispondente dispiegarsi del processo personale del cliente. I piccoli passi di cambiamento utili che emergono direttamente dal "felt sense" del cliente riguardo al problema, sono più creativi e corretti di ciò che possiamo generare noi.

Conclusione

Clienti di una varietà di orientamenti terapeutici, con una varietà di diagnosi, ottengono risultati migliori se focalizzano. La relazione terapeutica può permettere che questa capacità si sviluppi e si mantenga, fino a divenire disponibile nella vita quotidiana dei clienti. La terapia esperienziale/orientata al focusing, lavora con un livello del processo umano che non é ancora ben conosciuto. Non é emozione, né pensiero, né sensazioni corporee in senso letterale. É piuttosto un "felt sense" (sensazione sentita) delle situazioni della nostra vita. Ogni essere umano può sperimentare questo processo. Uno passa del tempo con la sensazione corporea di una situazione, problema, difficoltà o enigma, senza avere tuttavia parole o simboli. Da un tale margine non chiaro, emergono passi del processo vitale nuovi e creativi. É come quando una ballerina aspetta i passi successivi della sua coreografia, o come quando un poeta sente la parola giusta, o un fisico cerca il significato implicito della risposta ad un enigma. Come terapisti possiamo appuntare a questo livello del "felt sense" facendo al cliente la semplice domanda, "Come si sente tutta questa situazione nel tuo corpo?" Questo può immediatamente approfondire il processo. Siccome la relazione é vitale, le relazioni basate sul focusing ed i seminari di training si possono proporre come parte della terapia. Un'ora a settimana con un terapeuta professionista é molto poco, specialmente se é solo in questa interazione che il cliente può sperimentare questo tipo di processo. Si può insegnare alle persone a offrirsi questo tipo di interazione l'un l'altro.

La ricerca si sviluppa in ordine cronologico a partire dai primi studi che mettevano in relazione l' "experiencing" con il risultato della terapia, fino alla formulazione del focusing e della sua relazione con lo stesso risultato, per arrivare all'ampio corpo di ricerche sull'insegnamento del focusing a clienti e terapisti. Molti di questi studi fanno parte di sforzi coordinati di ricerca nelle maggiori Università di Stati Uniti, Canada, Belgio, Germania e Giappone, ed includono studi recenti con buona affidabilità e progetto più sofisticato, i quali si basano e confermano le scoperte dei primi studi. Il fatto che il risultato di una terapia e di una sessione, valutato dal terapeuta, dal cliente ed attraverso stime obiettive, in tutti i casi risulti essere in correlazione con l' "experiencing" o il focusing, e la relazione con valutazioni della salute, fisiologiche e della personalità, convalidano le scoperte. I fondamenti, teorici e clinici della ricerca sulla Psicoterapia esperienziale/orientata al focusing hanno avuto un grande influsso sui successivi sviluppi delle Psicoterapie Umaniste. Molti approcci umanisti hanno incorporato la nozione del "come" del processo e dell'importanza di rispondere al "felt sense" corporeo del cliente ed ai suoi significati impliciti. Il focusing, che affonda le sue radici nella Terapia Centrata sul

Cliente, é una terapia di per sé, ma può anche essere associato a qualsiasi altro modello terapeutico ed ha alla base della sua efficacia l'esperienza del cliente. Nella ricerca clinica, stiamo gradualmente identificando fattori di importanza cruciale, di cui ogni terapeuta o ricercatore clinico dovrebbe voler essere consapevole. Uno di questi fattori é la maniera in cui i nostri clienti si rapportano alla propria esperienza, nel suo svolgimento percepito corporalmente.

Riferimenti:

(Non tutti gli studi sulla fisiologia e sulla personalità sono stati inclusi)

Adams, K. (1999). The effects of therapist's experiential focus (Doctoral Dissertation, York University. *Dissertation Abstracts*.

Atkins, S. R. (1976). Experiencing and ego development (Doctoral dissertation, University of Chicago). *Dissertation Abstracts International*.

Bernick, N., & Oberlander, M. (1969). Effect of verbalization and two different modes of experiencing on pupil size. *Perception and Psychophysics*, 3, 327-339

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:

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*

Davis, M., & Hadiks, D. (1994, May). Nonverbal aspects of therapist attunement. *Journal of Clinical Psychology*, 50(3), 393–405.

Davis, M., & Hadiks, D. (1994, May). Nonverbal aspects of therapist attunement. *Journal of Clinical Psychology*, 50(3), 393–405.

Davis, M., & Hadiks, D. (1990, May). Nonverbal behavior and client state changes during psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 46(3), 340–351.

Don, N. S. (1977). The transformation of conscious experience and its EEG correlates.. *Journal of Altered States of Consciousness*, 3, .

Dosamantes-Alperson, E. (1980, Spring). Growth effects of experiential movement psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 17, 63–68.

Durak, G., Bernstein, R., & Gendlin, E. T. (1996, 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. (1966, January). Research in Psychotherapy with Schizophrenic Patients and the Nature of that "Illness". *American Journal of Psychotherapy*, XX, No., 1, 4–16.
- Gendlin, E. T., & Berlin, J. I. (1961). Galvanic skin response correlates of different modes of experiencing. *Journal of Clinical Psychology*, 17(1), 73–77.
- 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*.
- 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.
- Halsey, C. M. (1991). Security of attachment in adulthood (Doctoral dissertation, The Wright Institute). *Dissertation Abstracts International*, DAI-B52/05, 2774.
- 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..

- Hendricks, M., & Cartwright, R. D. (1978). Experiencing Level in Dreams: An Individual Difference Variable. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 15(3).
- 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. (1996, 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.
- Iberg, J. R. (1990). Ms. C's focusing and cognitive functions. In G. Lietaer, J. Rombauts, & R. Van Balen (Eds.), *Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the Nineties* (pp. 173–204). Leuven: Leuven University Press.
- 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 psychotherapy*. 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*, 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. (in press) 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.

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.

Oberhoff, R. (1990). The Role of Attention in Experiential Focusing. *Dissertation Abstracts International*, . (University Microfilms No. 9105629)

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: Informationsblatter der Gessellschaft fur wissenschaftliche Gesprachpsychotherapie*, 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.

Shackleton, B. (1979). The Interaction Between Ego Development and Experiential Focusing in the Process of Creative Thinking. *Dissertation Abstracts International*, . (University Microfilms No. 8005263)

Sherman, E. (1990). Experiential reminiscence and life-review therapy with the elderly. In G. Liettaer, 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)

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*. .

Summers, F. (1980, Spring). Focusing and defensiveness: An empirical study. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 17, 74–78.

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.

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 Consulting 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 investigation 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*. .

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

Zimring, F. (1990). Cognitive processes as a cause of psychotherapeutic change: self-initiated processes. In G. Lietaer, J. Rombauts, & R. Van Balen (Eds.), *Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the Nineties* (pp. 361–380). Leuven: Leuven University Press.

Zimring, F. M., & Balcombe, J. (1974). Cognitive operations in two measures of handling emotionally relevant material. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 11(3), 226–228.

Tavola 1

Livello di "Experiencing" e risultato della terapia

Studio	Valutazioni dell' Experiencing	Orientamento Campione	Valutazioni dell'esito terapeutico e risultati dello studio
Kirtner & Cartwright 1958	Modalità tipo processo valutata per la prima ora di terapia	42 clienti di un centro di counseling universitario CC	Una più sviluppata modalità tipo processo nella prima sessione differenziava i casi con risultato positivo dai fallimenti, secondo valutazioni del terapeuta in base ad una scala a nove punti.
Tomlinson, 1959	Scala di processo. Prime sessioni. $r = .47 - .63$	20 casi CC	Alti livelli nella Scala di processo all'inizio della terapia sono in correlazione con risultati migliori secondo molteplici criteri.
Gendlin e altri 1960	Valutazioni del counselor con una scala di "contenuto" contro "processo" 7 ^a ed ultime sessioni.	39 clienti di un centro di counseling universitario 16 Terapisti CC	I counselor valutarono i clienti con migliori risultati ad un livello più alto in relazione a tre fattori: esprimere i sentimenti invece che parlarne; usare la relazione terapeutica come origine di una nuova esperienza e come un modello delle difficoltà della loro vita. Il risultato è valido per l'ultima sessione, non per la 7 ^a .
Walker e altri 1960	Scala di processo Cambiamento Change $r = .83$	6 casi, 3 con risultato migliore e 3 con risultato meno buono	Il gruppo con migliori risultati, secondo valutazioni del counselor ed obiettive, mostra maggiori cambiamenti verso livelli più alti della scala di Processo
Tomlinson & Hart 1962	Scala di Processo. Sessioni in fase iniziale ed avanzata $r = .65$	5 con miglior risultato 5 con risultato meno buono Replica dello studio di Walker	Alti livelli nella Scala di Processo nelle prime e nelle ultime sessioni permettono di discriminare tra casi più o meno riusciti in base a misurazioni del risultato con criteri molteplici. (valutazioni del risultato di T e C e Q sort) 4 su 5 del gruppo con miglior risultato sono allo Stadio 4 e superiori. Del gruppo con risultati meno buoni nessuno raggiunge lo Stadio 4.
Truax & Carkhuff 1965	Valutazioni con una scala della profondità della esplorazione intrapersonale nelle sessioni numero 5.	14 Schizofrenici	Una maggior esplorazione intrapersonale del paziente corrisponde ad un maggior grado di cambiamento costruttivo della personalità, misurato con test sul cambiamento prima e dopo, ed in base al tempo di ospedalizzazione.
Ryan 1966	EXP Cambiamento $r=.77$	Vari 32 clienti di un centro di counseling	Alti livelli EXP nei clienti sono in correlazione con migliori risultati, misurati con la Hunt Kogan Movement Scale ed in base alla "Valutazione finale del counselor sulla autopercezione del cliente".

		universitario	
Rogers e altri 1967	Media di EXP per ciclo di trattamento r= .76; .79	14 Schizofrenici Gruppo di controllo	Più alti livelli EXP sono in correlazione con valutazioni positive del risultato di terapisti e clienti, in base alla MMPI Scale ed al tempo fuori dall'ospedale.
van der Veen 1967	Scala di Processo : medie dei casi relative a 5 sessioni scelte da tutta la terapia	15 Schizofrenici Analizzati anche sottogruppi con risultati più e meno positivi	Migliori valutazioni medie del livello di processo sono in correlazione con migliori valutazioni combinate del risultato, e con punteggi di cambiamento MMPI e valutazioni di clinici. La pendenza della curva dei punteggi non è significativa. Il sottogruppo con risultati migliori conteneva più pazienti ai livelli più alti delle scale di Processo.
Tomlinson 1967	Cambiamento	Schizofrenici e nevrotici	Il risultato positivo era in correlazione con miglioramenti di EXP per l'intero gruppo. Più per i nevrotici che per gli schizofrenici
Gendlin e altri 1968	Scala EXP Prime sessioni e cambiamento	Riesame di 8 nevrotici e 12 schizofrenici	Alto livello EXP nelle prime sessioni e maggior possibilità di successo Il gruppo degli schizofrenici inizia ad un livello EXP più basso dei nevrotici
Kiesler 1971	Sessioni 1-30 valutate con la Scala EXP. (Include il riesame dei dati di Rogers su clienti psicotici) r=.79	38 clienti: 12 psicotici, 26 nevrotici. CC, Adleriano, Freudiano ed eclettico	In entrambi i gruppi, i pazienti con più alto EXP hanno migliori risultati. In ordine di livello EXP si hanno: i nevrotici con risultati migliori, quindi i nevrotici con risultati peggiori, gli schizofrenici con risultati positivi ed in fine quelli con risultati meno buoni. I nevrotici hanno più alti livelli EXP in tutti i casi, senza sovrapposizioni. Tuttavia, i punteggi medi di tutti i clienti corrispondono agli stadi inferiori della Scala. (1.77 - 2.44)
Fishman 1971	EXP in fase avanzata r=.92 Fase iniziale n. s.	Dinamico	Valutazioni di risultato positivo di terapeuta, cliente ed indipendenti sono in correlazione con alti livelli EXP in sessioni di fasi avanzate della terapia.
Custers 1973	EXP Cambiamento Fase iniziale n. s.	Nevrotici	Maggior cambiamento nel senso di un alto livello EXP nel corso della terapia è in correlazione con risultati migliori, misurati con punteggi MMPI e Q-sort.
Richert 1976	Campioni di EXP dalla seconda metà terapia.	26 clienti, 13 terapisti.	Più alti livelli EXP sono in correlazione con una minore soddisfazione alla fine della terapia, misurata attraverso la valutazione del cambiamento nella soddisfazione del cliente, prima e dopo, con auto descrizioni che includono affermazioni positive e negative su sé stessi.
Jennen 1978	Fase avanzata r=.80	13 pazienti	Più alti livelli EXP sono in correlazione con migliori risultati in base ad una "Scala di sostegno interiore della lista di orientamento personale".

	Cambiamento		
Bommert & Dalhoff 1978	EXP nella fase intermedia Prime sessioni n.s.	nevrotici	Il gruppo con risultato positivo aveva una media di 4.18. Quello con risultati inferiori 3.51 in sessioni della fase intermedia della terapia.
Greenberg & Rice 1981	EXP durante il lavoro delle due sedie	Gestalt	Nel lavoro delle due sedie per la risoluzione di conflitti, si comincia con un basso livello EXP e si raggiunge un livello elevato quando si ottiene la risoluzione del conflitto.
Nixon 1982	Precedente alla terapia	Primario	La probabilità che un cliente ottenga un risultato positivo è in correlazione con alti valori EXP in una sessione di consultazione precedente alla terapia.
Luborsky 1982	Picchi nelle prime sessioni Profitto residuale composto	Dinamico	Intero campione n.s. In un sotto gruppo di pazienti maschi non ospedalizzati, quelli con risultato migliore avevano picchi di EXP più elevati
Elliott e altri 1982; 1983	Media della terapia. 10 sessioni	Eclettico - psicodinamico Un caso singolo	Le valutazioni di un alto livello EXP hanno una alta correlazione con le valutazioni del cliente sulla totale efficacia della sessione.
Greenberg 1983	EXP durante il lavoro delle due sedie	Gestalt Replica	Più alti valori di EXP in 14 situazioni di risoluzione di conflitto con il lavoro delle due sedie in confronto a 14 casi di mancata soluzione
Ikemi 1986	EXP in sessioni con risultati più o meno positivi.	5 coppie in 5 sessioni di Focusing	I praticanti di Focusing selezionarono sessioni con risultati più o meno positivi. L'EXP era più alto in quelle con risultato positivo
Johnson & Greenberg 88	Scala EXP	Emotivo Focusing maritale	Un buon risultato associato con un alto livello EXP in un "coniuge accusatore"
Kubota & Ikemi 1991	Valutazioni di EXP da segmenti video	18 medici e 14 studenti	Le sessioni valutate come positive dai clienti avevano più alti livelli picco di EXP del cliente.
Warwar 1996	Una sessione con basso livello EXP ed una con alto livello per ogni cliente	16 Depressi 16-20 Sessioni Divisi in CC o Terapie di Processo Esperienziale	Sessioni con alto EXP erano in correlazione con migliori risultati delle stesse. La modalità terapeutica non era in correlazione con il risultato positivo della sessione
Goldman 1997	EXP nella 2 ^a sessione Valutazioni di	35 depressi 17CC 18 Terapie di	L'alto livello EXP della 2 ^a sessione permette di prevedere il risultato. outcome L'EXP relativo ad un tema ad uno Stadio 4 ed

	EXP relativo ad un tema nella seconda metà della terapia. $r=.78$	Processo Esperienziale	ancora di più ad uno Stadio 6, nella seconda metà della terapia, è in correlazione con l'esito positivo, sulla base di punteggi di profitto residuale BDI, SCL-90R e, allo Stadio 6, con la auto stima secondo Rosenberg.
--	---	------------------------	---

r = attendibilità dei giudici ottenuta nelle valutazioni di EXP.

Tutti gli studi hanno valori di significatività $p = .05$ o migliori salvo annotazioni.

n.s.= non significativo

CC = Terapia centrata sul cliente