



Ano letivo 2017/2018

A produtividade emocional nos modelos Terapia Focada nas Emoções e Terapia Cognitivo-Comportamental para a depressão: estudo de dois casos com sucesso terapêutico.

Daniela Filipa Moreira Marques Costa, N° 25135

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da Prof.^a Doutora Carla Alexandra Castro Cunha e co-orientação da Prof.^a Doutora Anita Santos

Janeiro, 2018

Agradecimentos

Na finalização desta longa, e nem sempre fácil, etapa gostaria de agradecer a todos aqueles que contribuíram para que ela fosse possível.

Primeiramente tenho que deixar o meu especial agradecimento à Prof.^a Doutora Carla Cunha, Prof.^a Doutora Anita Santos e à Mestre Sara Silva por estarem sempre lá com uma palavra de conforto quando as barreiras pareciam impossíveis e por sempre acreditarem.

Aos meus pais, por serem tudo na minha vida! Esta conquista é tão deles quanto minha. Ao meu irmão por ser o meu exemplo de força e determinação. À minha cunhada pelas palavras meigas. À minha afilhada, por ser a luz e o lado doce da vida. Ao meu namorado por ser o porto de abrigo que sempre precisei.

Isabel, Margarida e Ana agradeço pelas incalculáveis horas de partilha!

A todos, obrigada por fazerem parte deste caminho!

“A gratidão é a memória do coração.”

(Antístenes)

Resumo

A emoção desempenha um papel fundamental na mudança terapêutica, nomeadamente na terapia cognitivo-comportamental ou terapia focada nas emoções.

O presente estudo teve por objetivo contribuir para a compreensão da evolução da produtividade emocional ao longo do processo terapêutico em dois casos com sucesso terapêutico nas modalidades de Terapia Focada nas Emoções (TFE) e Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para a depressão. Foram avaliadas, ao longo do processo terapêutico, a produtividade emocional, a ativação emocional e a sintomatologia depressiva e geral.

Os resultados mostraram uma diminuição da sintomatologia depressiva e geral ao longo da terapia nos casos de TCC e TFE, assim como um aumento da produtividade emocional no decurso do processo terapêutico. Destacam-se as diferenças de produtividade emocional, com aumento linear em TCC e com frequência mais elevada na fase intermédia da terapia em TFE. Foi também observada uma diminuição mais acentuada da sintomatologia depressiva e geral em TCC, quando comparada com TFE. A produtividade emocional, mais elevada em TFE foi acompanhada de emoções de valência negativa (e.g. tristeza e raiva, raiva e orgulho) na fase intermédia, e de valência positiva (e.g. autoconfiança/orgulho) na fase final da terapia. Já em TCC as emoções positivas (e.g. autoconfiança/orgulho e contentamento/alívio/calma) foram mais frequentes que as negativas (e.g. tristeza e raiva e culpa/vergonha) a partir da fase intermédia da terapia. Assim, os principais resultados sugerem a diminuição da sintomatologia depressiva e geral ao longo da terapia nos dois casos, tal como um aumento da produtividade emocional.

Palavras-chave: terapia cognitivo-comportamental; terapia focada nas emoções; produtividade emocional; ativação emocional; valência emocional; tipo de emoção.

Abstract

Emotion plays a fundamental role in therapeutic change, namely in cognitive behaviour therapy and emotion focused therapy.

This study aimed to contribute for understanding the evolution of emotional productivity along the therapeutic process of two cases of therapeutic success in Emotion Focused Therapy and Cognitive-Behaviour Therapy for depression. We analysed two cases of therapeutic success, one for each type of therapy, CBT and EFT from the *ISMAI Depression Study*, using results from assessments of sessions 1, 4, 8, 12 and 16. In each case we assessed emotional productivity, emotional activation and depressive and general symptomatology. Results showed a decrease of the depressive and general symptomatology along the therapy in both cases of CBF and EFT and also an increase on the emotional productivity following the therapeutic process. We highlight the differences of emotional productivity, by pointing out a linear increase in CBT and a higher frequency in the middle stages of therapy in EFT. Regarding symptomatology it was observed a more rapid decrease in CBT, for depressive and general symptoms, when compared with EFT. The higher emotional productivity observed in EFT was followed by negative emotions (e.g. sadness and anger, anger and pride) in the middle stage of therapy and positive emotions (e.g. self-confidence/pride) and the end of therapy. In CBT, positive emotions (e.g. self-confidence/pride, contentment/relief/calm) were more frequent than negative emotions (e.g. sadness and anger and guilt/shame) from the middle stages of therapy. Hence, main results suggest the diminishing of general and depressive symptomatology in both cases, along with the increase of emotional productivity.

Keywords: Cognitive-Behaviour Therapy; emotion focused therapy; emotional productivity; emotional arousal; emotional valence; type of emotion.

Índice

Introdução	7
CAPÍTULO I – Enquadramento Teórico	8
1. O papel das emoções em psicoterapia	8
1.1. Terapia Focada nas Emoções	14
1.1.1 Princípios da mudança emocional em TFE	17
1.2. Terapia Cognitivo-Comportamental	19
2. Produtividade emocional	21
CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO	28
1. Questões de investigação e objetivos	28
2. Método	28
2.1. Participantes	29
2.1.1. Clientes	29
2.1.2. Terapeutas	30
2.1.3. Investigadoras	30
2.2. Instrumentos	30
2.2.1. Medidas de processo	30
2.2.2. Medidas de resultado	32
2.3. Procedimentos	33
2.3.1. Procedimentos de treino	33
2.3.2. Procedimentos de análise qualitativa	34
2.3.3. Procedimentos de análise quantitativa de dados	34
3. Resultados	35
3.1. Evolução da produtividade emocional e da sintomatologia depressiva ao longo dos processos terapêuticos	35
3.2. Evolução da produtividade emocional e da sintomatologia geral ao longo dos processos terapêuticos	37
3.3. Evolução da valência emocional ao longo das sessões dos dois casos	37
3.4. Evolução dos tipos de emoção ao longo das sessões dos dois casos	38
4. Discussão	39
5. Conclusão, limitações do estudo e futuras investigações	45
Referências Bibliográficas	47

Índice de Figuras

Figura 1: Evolução da produtividade emocional e sintomatologia nos dois casos de TCC e TFE	36
Figura 2: Evolução da sintomatologia do cliente e produtividade emocional nos dois casos, de TCC e de TFE.....	37
Figura 3: Evolução da valência emocional e produtividade emocional nos dois casos de TCC e TFE.....	38
Figura 4: Tipo de emoções que surgiram em terapia e produtividade emocional nos dois casos de TCC e TFE	39

Introdução

Quando nos referimos a emoções será consensual o que entendemos sobre estas? No dia a dia, é comum ouvir-se falar de uma sensação estranha que não se sabe explicar, daquilo que faz rir e chorar sem motivo, dos apertos no estômago e os nós na garganta. Será que em todas estas ocasiões se estarão a referir emoções? As emoções assumem um papel central na nossa vida, em que toda a gente fala sobre elas sem necessitar de as definir ou saber explicar. Mas se, para o senso comum isto basta, a nível científico é necessário explicar o papel destas nas nossas vidas e qual o seu contributo.

A presente dissertação insere-se no âmbito do projeto “Descentração e Mudança em Psicoterapia: Estudo sobre eficácia da psicoterapia em depressão ligeira e moderada”, baseado num ensaio clínico de tratamento psicoterapêutico de clientes com depressão ligeira a moderada, sem medicação, com duas abordagens terapêuticas distintas, nomeadamente, a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e a Terapia Focada nas Emoções (TFE). No seguimento deste projeto estão a ser desenvolvidos vários estudos posteriores, particularmente estudos sobre o processo de mudança terapêutica e estudo de processo-resultados. Este estudo visa analisar a produtividade emocional e a ativação emocional em dois casos dos dois modelos contrastantes.

A presente dissertação está organizada em dois capítulos. O primeiro capítulo irá abordar de forma breve o papel das emoções em psicoterapia e os modelos teóricos de TCC e TFE. O segundo capítulo descreve o estudo empírico, nomeadamente as questões de investigação e os objetivos, o método, e os resultados. Ainda neste capítulo será apresentada a discussão e um sucinta conclusão sobre a presente dissertação.

CAPÍTULO I – Enquadramento Teórico

1. O papel das emoções em psicoterapia

Sem qualquer exceção, homens e mulheres de todas as idades, e todas as culturas, de todos os graus de instrução e de todos os níveis económicos têm emoções, estão atentos às emoções dos outros, cultivam passatempos que manipulam as suas próprias emoções, e governam as suas vidas, em grande parte, pela procura de uma emoção, a felicidade, e pelo evitar de emoções desagradáveis.

(Damásio, 2004, p.55)

Esta afirmação de Damásio leva a refletir sobre a relevância que as emoções assumem no nosso quotidiano e como todos os seres humanos, sem exceção, expressam emoções.

O papel das emoções em psicoterapia tem recebido uma atenção crescente nos últimos anos, sendo que vários estudos sugerem a emoção e os processos emocionais associados são um contributo importante na compreensão e promoção da mudança terapêutica (Greenberg, 2010; Kalawski, 2011). De facto, atualmente são vários os modelos teóricos que remetem para a importância do papel da emoção no funcionamento humano e na terapia (Greenberg, 2010; Greenberg & Safran, 1989).

A emoção tem um papel fundamental na mudança em terapias como a terapia comportamental (TC), cognitivo cognitivo-comportamental (TCC) ou terapia focada nas emoções (TFE), embora de forma diferente (Lane, Ryan, Nadel, & Greenber, 2014). Na TC aplicada às perturbações da ansiedade, a ativação das emoções é um

preditor importante do sucesso da terapia (Lane et al., 2014). A TCC assume que o surgimento de emoções desadaptativas, como a ansiedade (generalizada), é a consequência da persistência de pensamentos negativos ou desadaptativos. No caso da TCC, o objetivo da intervenção centra-se numa primeira instância na avaliação dos pensamentos automáticos negativos ou desadaptativos para que depois estes possam ser substituídos por pensamentos adaptativos. Na TFE esta relação é mais vincada, pois é intenção do terapeuta suscitar respostas emocionais durante a terapia, para que se possam identificar respostas emocionais desadaptativas que possam depois serem substituídas por outras adaptativas (Lane et al., 2014).

Lane e colaboradores (2014) propõem que a mudança em psicoterapia ocorre pela ativação de memórias, que se associam a emoções, para depois serem introduzidas novas experiências emocionais em contexto de terapia, possibilitando a integração destas emoções nas memórias, reconsolidando-as à luz destas novas experiências adaptativas. Assim, quando o cliente aceder a esta memória terá oportunidade de experienciar uma nova emoção (adaptativa), sem que seja ativada de forma recorrente a emoção de natureza desadaptativa, que estava a dar origem ao sofrimento psicológico. Lane et al. (2014) afirmam que a reconsolidação da memória implica uma transformação do seu núcleo, e só dessa forma é possível alargar o espectro de experiências emocionais vivenciadas aquando do surgimento dessa memória, ancorando depois, em terapia, essa memória a experiências emocionais positivas/adaptativas. Neste sentido, a psicoterapia não envolve apenas a criação de novos esquemas emocionais, mas também a refundação de esquemas emocionais e processos mnésicos estruturados no passado, que de outra forma podem subsistir e aumentar a probabilidade de recorrências (Lane et al., 2014).

As emoções têm o poder de não apenas possibilitar às pessoas a oportunidade de expressar um desejo ou necessidade, mas também de tender para a ação. Para Lane et al. (2014) as emoções devem guiar para respostas eficientes e rápidas, ajudando a pessoa a ter a ação adaptada ao momento. Alguns autores referem as emoções como sendo uma bússola ou capitães das nossas vidas, que guiam e orientam o cliente e o terapeuta. Apesar de serem dimensões humanas mais sublinhadas pelas terapias experienciais, não são aspectos exclusivos destas modalidades, assumindo-se a sua relevância noutros modelos. Assim, as emoções são transversais a todos os modelos terapêuticos (Greenberg, 2012; Kalawski, 2011).

Com a chegada do conceito de emoção como um recurso adaptativo, a compreensão da sua relação com a cognição e o papel no funcionamento humano e psicoterapêutico mudou. Segundo Greenberg (2012) é fundamental reconhecer que cada emoção exerce uma função diferenciada na terapia e é importante que os psicoterapeutas intervenham de diferente forma. Os terapeutas não se centram unicamente em ajudar os clientes a regular as emoções e a tomar consciência delas, mas também a distingui-las clinicamente de forma a orientar as suas intervenções.

Sob o ponto de vista neurológico, Holmes e Mathews (2010) referem que eventos mnésicos do passado, principalmente os associados a eventos traumáticos, têm o poder de reproduzir no pensamento imagens mentais cujas raízes emocionais apresentam características negativas ou desadaptativas. Mesmo com memórias que não estão associadas a eventos traumáticos é comum que estas, quando evocadas, estejam associadas a determinados estados emocionais conforme a natureza da memória (Holmes & Mathews, 2010). Assim, tal como as memórias podem ser responsáveis pelo surgimento de emoções negativas ou desadaptativas para a psique, estas também podem ser utilizadas, sob o ponto de vista da imagem mental, para a

alteração e reformulação de memórias antigas associadas a acontecimentos negativos, sendo estes reformulados sob o ponto de vista, não só da atribuição de significado, como também das próprias fundações da memória, quer no modo como é acedida, quer nas respostas emocionais suscitadas por esta (Holmes & Mathews, 2010).

Não é possível isolar uma emoção retirando-lhe o seu contexto, ou seja, a emoção traduz-se num conjunto de manifestações endógenas (e.g. alteração da frequência cardíaca, rigidez muscular, aumento das saturações de oxigénio) e exógenas (e.g. rubor facial, miose ou midríase da pupila) que têm raiz na inter-relação do meio com a psique (Shweder, Haidt, Horton, & Joseph, 2008). A emoção do medo pode ser espoletado pela observação de uma situação do ambiente externo ao indivíduo, mas também pela evocação de uma memória referente a um evento traumático (Bar-On & Parker, 2000; Johnson & Blanchard, 2016; Shweder et al., 2008).

Segundo Johnson e Blanchard (2016) as perturbações emocionais estão associadas, de uma forma geral, a baixa inteligência emocional. Hertel e Schutz (2009) concluíram pela existência de uma relação entre competências emocionais como perceção da emoção, utilização da emoção para facilitar o pensamento, compreender a informação emocional e regulação das emoções e perturbações emocionais. Doentes com depressão major revelaram níveis mais baixos das referidas competências emocionais, quando comparados com controlos sem diagnóstico de psicopatologia, particularmente no que se refere à regulação emocional (Hertel & Shultz, 2009; Kalawski, 2011). No estudo de Hertel e Schutz (2009) foi observado que doentes com depressão major tinham mais dificuldade em adaptar as respostas emocionais a contextos diferentes, apresentando um “viés sistemático” associado a

respostas de tristeza, ansiedade, medo ou desesperança, que surgem independentemente do contexto. O termo regulação emocional refere-se ao conjunto de processos internos de um organismo utilizados para monitorizar, avaliar e modificar o curso natural das respostas emocionais, com o objetivo de atingir objetivos e responder adequadamente às exigências do ambiente (Eisenberg & Spinrad, 2004; Gross, 1998; Nolen-Hoeksema, 2012). Os estímulos que suscitam as emoções pode ser externos ao indivíduo, como por exemplo a ocorrência súbita de um ruído forte, mas também internas, assumindo a forma de memórias, crenças, pensamentos sobre perspectivas a curto ou a longo prazo (Nolen-Hoeksema, 2012; Williams, 2010). A dificuldade em adaptar suas emoções a estímulos externos ou internos, ou seja, a rigidez emocional, parece ter uma relação importante com a psicopatologia; pelo contrário, uma maior capacidade na flexibilização das emoções parece estar relacionado com uma estrutura psicológica saudável. Segundo a perspectiva de Nolen-Hoeksema (2012) é possível flexibilizar estruturas emocionais rígidas no sentido de prevenir ou tratar perturbações emocionais como a depressão ou perturbações da ansiedade; esta flexibilização envolve a promoção dos processos de avaliação e reavaliação das emoções, reatribuição de significado às experiências internas, compreensão e aceitação das alterações fisiológicas e psicológicas provocadas pelo surgimento de emoções negativas, bem como positivas, no sentido de aumentar a consciencialização da experiência interna, aumentando a capacidade de controlo sobre o mesmo.

As dificuldades em flexibilizar estruturas emocionais rígidas conduzem à persistência destes esquemas emocionais, assim designados por Greenberg (e.g. Greenberg, 2002; Greenberg & Safran, 1987) que, ao persistirem, impedem o indivíduo de adaptar convenientemente a sua experiência interna ao ambiente,

fazendo assim perdurar a perturbação emocional (Nolen-Hoeksema, 2012; Watkins, 2008). Para Nolen-Hoeksema (2012) podem ser assinaladas consideráveis diferenças de género na forma como se lida com as emoções: as mulheres tendem a recorrer mais a estratégias de reavaliação, resolução de problemas, aceitação, evitamento e procura por suporte social que os homens, e estes utilizam o álcool como estratégia de *coping* de forma mais frequente, comparativamente às mulheres; as estratégias de regulação emocional estão relacionadas com a psicopatologia tanto em homens como em mulheres, com exceção das estratégias de readaptação que parecem ser mais eficazes entre as mulheres; as mulheres têm tendência a persistir mais e durante mais tempo em pensamentos e experiências emocionais negativos, o que se relaciona com a depressão e a ansiedade; os homens parecem recorrer a estratégias mais automáticas e não tão explícitas para regular as suas emoções (Nolen-Hoeksema, 2012).

Algumas regiões do cérebro têm sido associadas com alguns processos ligados à regulação emocional (Grecucci, Frederickson, & Job, 2017). As regiões frontoparietais estão mais relacionadas com a implementação de estratégias cognitivas como a reavaliação das emoções; o córtice pré-frontal dorsolateral e o córtice parietal inferior são mais ativados quando são utilizadas estratégias de controlo da atenção e memória de trabalho; o córtice cingulado anterior associa-se com a monitorização e controlo das emoções e o córtice pré-frontal ventrolateral em conjunto com a amígdala parecem ser responsáveis por adequar as respostas emocionais adaptadas a cada situação e inibir as respostas desadequadas (Grecucci, Theuninck, & Frederickson, 2015; Grecucci, Frederickson, & Job, 2017).

1.1. Terapia Focada nas Emoções

Na Terapia Focada nas Emoções (TFE) a mudança terapêutica não ocorre se o processo for centrado unicamente num processo racional de compreensão ou explicação da experiência (Pos & Greenberg, 2007), ou seja, procura-se a simbolização da experiência emocional e a mudança das “emoções com emoções”, utilizando tarefas experienciais (Pos & Greenberg, 2007).

Na TFE busca-se o acesso e a reestruturação aos esquemas emocionais desadaptativos percebidos como fonte da depressão, segundo a formulação deste modelo. As pessoas são direcionadas a expressar as emoções que desejam ter e a não expressar as emoções que não desejam ter, e a emoção acaba por guiar de encontro ao que é bom ou mau para nós. O principal, ou desejável, em psicoterapia não é anular as emoções negativas ou deixar de as expressar de todo, mas sim poder regulá-las e torná-las fundamentalmente adaptativas (Greenberg, 2010).

A TFE procura amplificar a consciência da experiência interna, aumentando o espectro das emoções percebidas, principalmente as emoções adaptativas, com o objetivo final de as utilizar como “substitutas” para as emoções desadaptativas (Dolhanty, Greenberg, & Wiley, 2009). O terapeuta, que atua segundo o modelo da TFE, acredita que compete à experiência o papel principal na mudança em psicoterapia, adotando uma postura de aceitação e autenticidade (Greenberg, 2002; Greenberg & Safran, 1987)

A noção de esquema emocional é central em TFE (Greenberg, 2005). Os esquemas emocionais são estruturas altamente diferenciadas que envolvem zonas superiores do cérebro que correspondem a respostas emocionais definidas do indivíduo, ativadas na presença de estímulos intrínsecos (e.g. pensamentos ou

crenças) ou extrínsecos (e.g. acontecimentos ou vivências) ao indivíduo. Os esquemas emocionais formam-se através de experiências emocionais que emergem na presença desses estímulos, sendo tão ou mais adaptativos quanto mais fluídos forem (Greenberg, 2002; Greenberg, 2005; Greenberg, 2014). A disfunção emocional, ou no limite a psicopatologia, resulta da cristalização dos esquemas emocionais, o que resulta na emergência de emoções similares a estímulos que, à partida, requereriam respostas diferenciadas (Greenberg, 2002; Greenberg, 2005; Greenberg, 2014). No caso da depressão os esquemas emocionais mais ativados envolvem as emoções de medo e tristeza; estas emoções são ativadas mesmo quando os estímulos não seriam à partida potenciadores deste tipo de emoções. Da persistência do surgimento destas emoções e da experiência emocional associada resulta uma rigidez dos esquemas emocionais que conduzem a um processo de experienciar desadaptativo, que conduz ao mal-estar psicológico (Greenberg, 2010; Pos & Greenberg, 2007).

A intervenção em TFE é conduzida por marcadores que correspondem a comportamentos evidenciados pelos clientes em terapia, que assinalam momentos específicos que indicam que o cliente se encontra preparado para realizar um determinado trabalho terapêutico (Greenberg, 2010). Cada marcador diz respeito a um determinado tipo de dificuldade identificada segundo os princípios da TFE (Elliott & Greenberg, 2007). Os tipos de marcadores identificados são reações problemáticas, sentimentos pouco claros, divisões internas, auto-interrupção, *unfinished business* (assuntos inacabados) e vulnerabilidade (Elliott & Greenberg, 2007).

As reações problemáticas são quando o cliente faz referência a emoções despoletadas durante uma situação específica; estas emoções são frequentemente fortes e inespecíficas, caracterizando-se por terem pouco contacto com experiências mais profundas e ainda por algum grau de perplexidade expressa pelo cliente perante

a sua reação (Greenberg, 2010). Para o marcador de reações problemáticas a tarefa que lhe está associada é o desdobramento evocativo sistemático no qual o terapeuta promove o contacto com a experiência vivenciada no sentido de a reavivar e assim estabelecer pontes entre a emoção e o estímulo que a desencadeou, bem como com a atribuição de significado feita pelo cliente, para assim poder construir novos significados e reconstruir a narrativa (Pos & Greenberg, 2007).

Os sentimentos pouco claros dizem respeito a confusão relativa à clareza da experiência emocional, que pode manifestar-se em mal-estar psicológico sem etiologia, isto é, em que o cliente surge com queixas, mas não consegue identificá-las com clareza ou perceber qual a sua origem. Neste caso o terapeuta deve desencadear a tarefa de focalização, em que é pedido ao cliente que se concentre na sua experiência e procure atribuir símbolos ao que está a sentir sob a forma de expressões verbais (Greenberg, 2010; Pos & Greenberg, 2007).

A auto-crítica diz respeito a uma desintegração do *self*, em que uma das partes do *self* “age” de forma coerciva sobre a outra, exercendo um postura de domínio, criando uma divisão interna. Aqui a tarefa utilizada pelo terapeuta denomina-se de diálogo de duas cadeiras; nesta tarefa o terapeuta promove um diálogo entre as duas partes do *self* para que estas sejam integradas e o *self* assuma um sentido unitário (Greenberg, 2010; Pos & Greenberg, 2007).

A autointerrupção ocorre quando uma parte do *self* interrompe, limita, bloqueia ou restringe a experiência emocional, impedindo-a de atingir o seu potencial na plenitude; também aqui a tarefa utilizada pelo terapeuta é o diálogo de duas cadeiras (Greenberg, 2010; Pos & Greenberg, 2007).

Os assuntos inacabados (*unfinished business*) surgem quanto os sentimentos reportados em relação a um significativo assumem um carácter incompleto ou

suspensa afetando as relações atuais. Ao identificar o marcador de assuntos inacabados o terapeuta deve utilizar como tarefa o diálogo de cadeira. No diálogo de cadeira vazia o terapeuta promove o contacto do cliente com as suas sensações internas relativas ao seu significativo de modo a exprimir-se no sentido de completar a sua experiência, atribuindo-lhe um significado mais completo (Greenberg, 2010; Pos & Greenberg, 2007).

Por fim, o marcador da vulnerabilidade refere-se à fragilidade do cliente, revelado no contacto com a sua experiência interna. A empatia é a tarefa utilizada para responder à vulnerabilidade. O facto de o terapeuta assumir uma postura de aceitação condicional contribui para que o cliente sinta que pode comunicar abertamente a sua experiência, amplificando a sua consciência sobre ela, acolhendo-a e aceitando-a, tomando assim um importante passo para a mudança (Greenberg, 2010; Pos & Greenberg, 2007).

1.1.1 Princípios da mudança emocional em TFE

A mudança emocional em TFE obedece a cinco princípios: consciência, regulação, reflexão, transformação da emoção e ambiente relacional (Greenberg, 2004; Pos & Greenberg, 2007).

A consciência diz respeito à base onde assenta toda a experiência emocional. É na consciência que se acede à experiência emocional e a tomada de consciência da experiência emocional é fundamental para a mudança em TFE (Greenberg & Pascual-leone, 2006; Pos & Greenberg, 2007). A amplificação da consciência no que toca à experiência emocional diz respeito ao contacto com detalhes progressivamente mais finos do impacto que cada emoção tem no corpo, nomeadamente ao nível da psicofisiologia; se o indivíduo dominar grande parte dos aspetos relativos ao processo

experienciar tem mais facilidade em compreender as mudanças ocorridas no seu corpo, mediante a apresentação de determinados estímulos e assim modular a intensidade das emoções ou adaptá-las conforme as necessidades (Greenberg & Pascual-leone, 2006; Pos & Greenberg, 2007). O terapeuta de TFE tem como objetivo o treino progressivo da consciencialização emocional, conduzindo o cliente à aceitação da sua experiência, abraçando-a, reconstruindo os significados a ela associados, bem como a sua narrativa (Greenberg, 2010; Pos & Greenberg, 2007).

A regulação emocional relaciona-se com a capacidade do indivíduo em modular a sua experiência emocional, controlando a duração e intensidade das emoções, bem como a adaptabilidade das mesmas perante os vários estímulos intrínsecos e extrínsecos. Durante a terapia, o cliente é frequentemente encorajado a descrever as suas emoções, atribuindo símbolos à sua experiência, expressos sob a forma de expressões verbais que permitem construir uma narrativa e canalizar a experiência através de significados. Os símbolos, a narrativa e os significados são depois trabalhados pelo terapeuta de modo a contactar com a experiência emocional do cliente, substituindo as emoções negativas por outras emoções positivas e adaptativas (Greenberg, 2005; Greenberg, 2010).

A reflexão é o terceiro princípio da mudança emocional e refere-se à atribuição de significado à experiência. Ao consciencializar-se da existência de uma emoção o cliente pode depois refletir sobre ela e sobre o impacto que esta tem no seu corpo e no modo como esta emoção é sentida. Refletir sobre esta experiência leva ao apurar da atribuição de significados da mesma, bem como da narrativa, facilitando alterações na narrativa e atribuição de significado da experiência emocional. O desenvolvimento da narrativa é fundamental para a (re)atribuição de significado à experiência emocional (Greenberg, 2005; Greenberg, 2010).

A transformação da emoção refere-se à substituição das emoções desadaptativas por outras emoções adaptativas. As emoções são plasmadas na consciência através do acesso aos esquemas emocionais, que quando se encontram cristalizados ou rigidificados condicionam o acesso às emoções, ativando-as de forma indiferenciada, independentemente do tipo de estímulo que o fez desencadear (Greenberg, 2005; Greenberg, 2010). A ativação persistente de emoções negativas conduz ao mal-estar psicológico, sendo objetivo do terapeuta a fluidificação da experiência emocional e consequente adaptação das emoções perante os estímulos. Para cada emoção negativa ou desadaptativa suscitada o terapeuta procura substituí-la por outra emoção adaptativa, atribuindo um significado diferente à experiência vivenciada pelo cliente (Greenberg, 2005; Greenberg, 2010).

Por fim, o último princípio da mudança emocional diz respeito ao ambiente relacional. Em TFE parte-se do princípio de que o ambiente da relação terapêutica é fundamental para a mudança em psicoterapia. O estilo do terapeuta deve caracterizar-se pela autenticidade e empatia, bem como pela aceitação incondicional do cliente, bebendo da terapia centrada no cliente de Rogers (e.g., Rogers, 1946). O cliente deve sentir-se apoiado ao longo de todos os momentos da terapia, em que vai tornando explícita a sua experiência emocional, sentindo que esta é validada de forma incondicional, sem juízos de valor. Essa aceitação incondicional é a base para que o cliente se sinta confortável na exploração das emoções e assim potenciar a sua mudança (Greenberg, 2005; Greenberg, 2010).

1.2. Terapia Cognitivo-Comportamental

Na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), a mudança acontece pelo reconhecimento de pensamentos e comportamentos desadaptativos, ou seja, traduz-se

em facultar o cliente de ferramentas que lhe permitam reconhecer e substituir os pensamentos e comportamentos desajustados (dentro e fora da sessão), sendo utilizadas estratégias de competência cognitivo e comportamental (Beck, 2011).

A TCC surge enraizada nos modelos comportamentalistas, que nascem para se oporem aos modelos clínicos e psicodinâmicos vigentes durante a primeira metade do século passado. Ao invés de procurar explicações demasiado complexas para o comportamento e a psique humana, os modelos comportamentalistas focavam-se principalmente nos comportamentos identificados como desadaptativos ou problemáticos, substituindo-os por outros comportamentos adaptativos, deixando de fora o “inconsciente” (e.g. Bandura, 1969; Skinner, 1957).

Mais tarde, foi incorporada nos modelos comportamentalistas a cognição, colocando relevo nos erros cognitivos e crenças infundadas, como fonte dos comportamentos desadaptativos (e.g., Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Mahoney, 1974). Apesar do sucesso no tratamento de várias perturbações, entre as quais a depressão, a TCC evoluiu ainda mais, passando a contemplar de forma ativa o afeto e a emoção no seu modelo de intervenção (Hayes, 2004). A TCC dá agora mais importância à consciencialização dos pensamentos e ao seu significado, procurando a modificação deste significado, do que à mudança do pensamento em si (Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte, & Pistorello, 2013). Samoilov e Goldfried (2000) foram dos primeiros autores a abordar o papel das emoções como mecanismo potenciador da eficácia e efetividade das intervenções psicoterapêuticas em contexto de TCC. Ao contrário dos esquemas cognitivos, característicos dos modelos cognitivo-comportamentais clássicos (e.g. Beck et al., 1979), os esquemas emocionais pertencentes aos modelos cognitivo-comportamentais de última geração são redes de

atribuição de significado que resultam da interação entre o repertório inato de emoções, das experiências passadas e das vivências atuais (Hayes et al., 2013). Deste modo, a expressão emocional dos clientes em terapia é utilizada para ativar os esquemas emocionais e reatribuir significado a vivências anteriores, bem como construir significado para vivências presentes e futuras (Hofmann, Asmundson, & Beck, 2013). Goldin et al. (2014) referem que a TCC aumenta a produção de emoções positivas em terapia, ao mesmo tempo que reduz a produção de emoções negativas.

Um dos exemplos de aplicação da emoção em contexto de TCC reside na aplicação deste tipo de terapia para aumentar o nível de ativação da emoção em terapia de modo a alterar hábitos, cognições ou comportamentos (e.g., exposição in vivo para reduzir ansiedade) (Samoilov & Goldfried, 2000). Na perturbação de stresse pós-traumático a TCC é utilizada como facilitadora do processo emocional, reavivando a situação experienciada aquando do evento traumático, fazendo surgir as emoções vivenciadas, para depois explorar a reatribuição de significados à experiência e facilitar a reestruturação cognitiva (Samoilov & Goldfried, 2000).

2. Produtividade emocional

A produtividade emocional, do mesmo modo que o processamento emocional, pressupõe a concretização de três dimensões fundamentais: a ativação emocional, o tipo de emoção e o modo de processamento (Auszra & Greenberg, 2007; Auszra, Greenberg & Herrmann, 2013).

Nas abordagens psicoterapêuticas que têm foco na emoção, considera-se que estas são respostas automáticas não disponíveis para acesso direto a partir da consciência e pensamento, pelo que só ficam acessíveis para acesso na consciência após emergirem enquanto experiência emocional (Auszra & Greenberg, 2007). Deste

modo, para que possa ocorrer qualquer reestruturação dos esquemas emocionais em psicoterapia é necessário, em primeiro lugar, aceder à experiência emocional conectada com cada emoção, tomando o nome de ativação emocional (Greenberg & Pascual-leone, 2006). Para que ocorra produtividade emocional, deve ocorrer ativação emocional, com acesso à experiência e às sensações corporais de forma consciente. Qualquer mudança efetuada nos esquemas emocionais, estruturas responsáveis pela ativação das emoções, de forma adaptativa ou desadaptativa, na presença de estímulos carece de um acesso a experiência emocional, para que haja conexão com os referidos esquemas emocionais, permitindo a sua alteração através do emparelhamento com emoções adaptativas ou reatribuição de significado (Auszra & Greenberg, 2007; Auszra et al., 2013).

As emoções primárias são respostas mais viscerais às diversas situações e refletem respostas a necessidades e preocupações primárias. As respostas emocionais secundárias, por outro lado, correspondem a reações a processos internos prévios como emoções primárias ou pensamentos e surgem como uma tentativa de regular o fluxo das emoções quando este é demasiado ameaçador, doloroso ou superlativo (Auszra & Greenberg, 2007; Auszra et al., 2013). Uma vez que o objetivo principal das terapias de inspiração experiencial ou com foco na emoção é aumentar a nível de consciência das emoções e da experiência emocional com o objetivo de promover a sua aceitação e (re)atribuição de significado, é necessário ter em conta que só a ativação das emoções primárias é, neste sentido, considerada terapeuticamente produtiva (Auszra & Greenberg, 2007; Greenberg, Auszra, & Herrmann, 2007). As emoções primárias são ativadas através da conexão com a experiência emocional para facilitar a sua produção quando são adaptativas ou a sua transformação quando são desadaptativas (Carryer & Greenberg, 2010). Por exemplo,

ajudar um cliente a entrar em contacto com a sua experiência emocional, associada à tristeza profunda sobre a morte de um familiar é produtivo, mas potenciar a experiência emocional de raiva devido ao sentimento de tristeza pelo surgimento de uma doença grave não é terapeuticamente produtivo (Auszra & Greenberg, 2007). Nesse sentido, é importante que os terapeutas possuam um conhecimento profundo do tipo de emoções primárias e secundárias, bem como a forma de as identificar em terapia, pois disso depende a maior ou menor produtividade do trabalho terapêutico.

A ativação emocional e o contacto com a experiência são fulcrais para facilitar a mudança em terapia. No entanto, isso por si só não é suficiente para que a mudança em psicoterapia ocorra (Auszra & Greenberg, 2007). O contacto com a experiência emocional deve ser caracterizado por uma abertura total do *self* à experiência. Visto que não é possível ser onisciente face a tudo o que envolve o *self*, o sentido de congruência entre a experiência emocional “real” e a experiência emocional consciente é importante no sentido em que o modo de processamento das emoções está relacionado com a produtividade da terapia (Auszra et al., 2013; Carryer & Greenberg, 2010). A abertura total do *self* à experiência está fortemente relacionada com a produtividade emocional em terapia e pode ser observada pela presença de vários critérios como: consciencialização da experiência, atribuição de símbolos à experiência, congruência entre a experiência emocional real e a experiência emocional consciente, aceitação da experiência emocional, regulação emocional, ser agente ativo na experiência e diferenciação. Estes critérios sumarizam o que caracteriza a produtividade emocional e podem ser seguidos em terapia, como guia para intervenções focadas na experiência emocional do cliente (Auszra & Greenberg, 2007).

Em primeiro lugar, é preciso que o cliente esteja consciente da sua experiência e dirija a sua atenção para ela. Dirigir a atenção e observar a experiência interna envolve um grau de tolerância para com a experiência emocional do modo a facilitar o contacto. Em terapia, é comum que existam manifestações não-verbais relativas a experiências emocionais para as quais não existe atenção dirigida; o trabalho terapêutico consiste em amplificar a consciência das emoções primárias e assim constituir a base para a mudança emocional (Auszra & Greenberg, 2007).

Após o contacto e tomada de consciência com a experiência emocional e do foco da atenção se ter dirigido para ela, esta tem de ser convertida em símbolos, no caso palavras para que o seu significado se torne global e também possa ser partilhado. A categorização da experiência facilita a reflexão e pensamento crítico sobre as sensações do corpo e a percepção/compreensão do que está na sua génese. Contudo é preciso levar em linha de conta que, embora fulcral, a atribuição de símbolos é uma limitação, pois atribui limites à experiência sem a conseguir abraçar na sua plenitude. Mais ainda, o simbolismo da experiência pode variar entre indivíduos, uma vez que “medo” para um cliente pode ser utilizado para catalogar a sua experiência, mas esta nunca será semelhante à catalogação atribuída por outro ou até pelo terapeuta. Neste sentido a categorização da emoção influencia a forma como esta é compreendida (Auszra & Greenberg, 2007).

A congruência entre a experiência emocional real e a experiência emocional consciente pode manifestar-se através da verbalização de conteúdo acerca da experiência consciente e a expressão não-verbal relativa à experiência real. Esta inconsistência pode demonstrar que não existe uma abertura total do *self* à experiência e existe um bloqueio à fluidez da experiência. Como a consciencialização da

experiência é um processo fundamental para a posterior atribuição de significados e reflexão em terapia, os bloqueios desta ordem limitam os benefícios que é possível obter em terapia. O terapeuta pode então chamar a atenção do cliente para as incongruências entre a sua expressão verbal e não-verbal, na tentativa da maior abertura do *self* à experiência e assim suportar a tomada de consciência da mesma (Auszra & Greenberg, 2007).

A aceitação da experiência emocional, principalmente quando se trata de experiência ligada a emoções negativas ou dolorosas, é importante na medida em que só através deste mecanismo é possível manter na consciência a experiência provocada pela emergência da emoção, processo indispensável para que haja produtividade em contexto terapêutico. No processo de aceitação é importante que o cliente observe o impacto que a emoção tem no seu corpo sem o evitar e sem emitir julgamentos; a experiência emocional deve ser encarada como uma importante fonte de informação disponível sobre o *self*, com contributos para o bem-estar, ao invés de uma vivência negativa que deve ser evitada para prevenir mal-estar. Assim, a atitude perante a experiência deve ser exploratória e não incluir julgamento (Auszra & Greenberg, 2007).

A experiência emocional deve ser regulada de modo a evitar que se torne incomportável. O nível de ativação emocional deve ser tal que permita ao cliente experienciar a riqueza da emoção, mas não a ponto de impedir que se distancie da emoção e assim permitir o trabalho em terapia. Assim, ao orientar o foco do cliente para a experiência, o terapeuta deve ter em conta os sinais de desconforto manifestados por este, que possam indicar que a emoção é incomportável e impede o funcionamento psicológico (Auszra & Greenberg, 2007).

Ser um agente ativo das suas próprias emoções envolve o assumir da responsabilidade pela sua própria experiência emocional, ao invés de a considerar como uma inevitabilidade da qual se é vítima. Só se o cliente se considerar como o agente das suas emoções pode ter confiança na sua capacidade em alterá-las, transformando a sua experiência emocional desadaptativa em adaptativa. A falta de capacidade em transformar as emoções pode ser indicativo de que o cliente está mais focado em fatores externos para justificar as suas emoções. O envolvimento ativo do cliente na gestão das suas emoções é outro dos fatores importantes na mudança em terapia (Auszra & Greenberg, 2007).

Por fim, para que a transformação da experiência ocorra é necessário que a experiência emocional se torna diferenciada ao longo do tempo, tornando-se fluída e não rígida ou cristalizada no mesmo estado emocional. Deste modo, os símbolos atribuídos pelo cliente às emoções podem passar progressivamente de termos genéricos a termos mais diferenciados que refletem as variações da experiência (Auszra & Greenberg, 2007).

Até à data de hoje foram realizados alguns estudos sobre a produtividade emocional e medidas de resultado terapêutico. Greenberg et al. (2007) referiram que clientes com sucesso terapêutico apresentam maior frequência do surgimento de emoções produtivas, bem como de emoções positivas em terapia. Num outro estudo, Greenberg, Auszra e Herrmann (2007) encontraram uma relação entre a produtividade emocional e a diminuição de sintomas de depressão, bem como a facilitação da mudança terapêutica. Do mesmo modo Auszra et al. (2013) referiram a existência de uma relação entre maiores índices de produtividade emocional e níveis mais baixos de sintomatologia geral e depressiva. Também Carryer e Greenberg (2010) encontraram

uma relação entre a produtividade emocional e sintomatologia depressiva, referindo que níveis mais elevados de ativação emocional contribuem de forma importante para a diminuição da sintomatologia depressiva.

Em suma, e tendo em conta ambas as terapias apresentadas, TFE e TCC, estas têm resultados de eficácia no tratamento de perturbações psicopatológicas, tais como a depressão (Greenberg & Watson, 2006; Young, Rygh, Weinenberger, & Beck, 2008). Contudo, cada uma delas tem perspectivas e focos de atuação diferenciados.

A TFE, no âmbito do tratamento da depressão, é um modelo que considera que a mudança de emoções desadaptativas se realiza através da criação de emoções adaptativas, que levam o indivíduo a uma nova perspectiva, ou seja, a reorganização emocional passa por um processo de criação de alternativas emocionais saudáveis e adaptativas (Greenberg, et al. , 1993).

A TCC tem-se revelado eficaz no tratamento da depressão. Os investigadores deste modelo terapêutico desenvolveram ao longo do tempo um conjunto de técnicas aplicáveis no tratamento da depressão. Entre estas técnicas compreende-se a avaliação do impacto de pensamentos incongruentes no humor, teste da realidade para falsas crenças ou reatribuição de significados (Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue, & Hayes 1996). Estes autores, num estudo que pretendia prever o efeito da terapia cognitiva na depressão, foram pioneiros em reportar a importância do envolvimento das emoções na terapia cognitiva.

CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO

1. Questões de investigação e objetivos

A pertinência deste estudo surge com a escassez de estudos comparativos a estas duas intervenções terapêuticas distintas no âmbito dos estudos sobre mudança emocional e, mais concretamente, focados no constructo da produtividade emocional. Nesse sentido a questão de investigação foca-se em perceber se diferentes intervenções terapêuticas (TFE e TCC) conduzem a um aumento da produtividade emocional e se resultam em perfis de evolução idênticos ou distintos, ao longo do processo terapêutico de dois casos de sucesso. Assim, a questão de investigação é: como é que se processa a evolução da produtividade emocional em dois modelos terapêuticos contrastantes nos casos com sucesso terapêutico?

Deste modo, propõe-se a estudar as seguintes objetivos de investigação:

1. Descrever e comparar a evolução da produtividade emocional ao longo das sessões de dois casos com sucesso terapêutico contrastantes nas modalidades de TCC e TFE.
2. Relacionar a produtividade emocional com a sintomatologia depressiva e a sintomatologia geral em ambos os casos.
3. Analisar a evolução da valência emocional ao longo das sessões de dois casos.
4. Analisar e descrever as emoções ao longo das sessões dos dois casos.

2. Método

Este estudo seguiu uma metodologia descritiva observacional, tendo sido observados dois participantes ao longo de um processo terapêutico, com recolha de medidas referentes às sessões 1, 4, 8, 12 e 16.

2.1. Participantes

2.1.1. Clientes

A presente dissertação foi realizada com seleção dos participantes a partir do projeto, realizado no Instituto Universitário da Maia, denominado de “Descentração e Mudança em Psicoterapia: Estudo sobre eficácia da psicoterapia em depressão ligeira e moderada” (Projeto financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, com referência PTDC/PSI PCL/ 103432/2008). As clientes que integram o presente estudo cumprem os critérios de inclusão do projeto, nomeadamente obedecem ao Diagnóstico de Perturbação Depressiva Major Ligeira ou Moderada, sem toma de medicação, avaliação global do funcionamento superior a 50 e a participação em 16 sessões de psicoterapia. Ambas as participantes foram aleatoriamente selecionadas para as modalidades terapêuticas de TCC e TFE.

A participante “A”, do sexo feminino com 33 anos de idade, era casada, possuía curso superior e encontrava-se desempregada no momento do processo terapêutico. Foi diagnosticada com Perturbação Depressiva Major, moderada, recorrente e já tinha frequentado sessões de psicoterapia anteriores. O caso “A” foi considerada com sucesso terapêutico, na medida em que houve uma mudança significativa na sintomatologia depressiva, verificada entre a pré e a pós avaliação.

A participante “B”, do sexo feminino com 57 anos de idade, era solteira mas no início do processo terapêutico mantinha uma relação amorosa que terminou no decorrer do processo terapêutico, possuía curso superior e encontrava-se empregada. Foi diagnosticada com Perturbação Depressiva Major, moderada, recorrente e já tinha frequentado sessões de psicoterapia anteriores. O caso de “B” foi considerado com sucesso, registando-se uma mudança sintomatológica significativa verificada entre a pré e a pós avaliação, nomeadamente na sintomatologia depressiva.

2.1.2. Terapeutas

No que concerne aos terapeutas que conduziram as sessões dos dois casos clínicos, no caso A, a terapeuta tinha no momento do processo terapêutico 34 anos de idade, 11 anos de experiência como terapeuta e 11 anos de experiência no modelo de CBT. No caso B, o terapeuta tinha no momento do processo terapêutico 42 anos de idade, 19 anos de experiência como terapeuta e 3 anos de experiência no modelo de TFE.

2.1.3. Investigadoras

O presente estudo conta com duas investigadoras do sexo feminino que possuem graus acadêmicos distintos. Deste modo, uma das investigadoras é a autora da presente dissertação, com 23 anos de idade, licenciada em Psicologia e de momento a frequentar o último ano de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, a segunda investigadora é Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, com 28 anos de idade e estudante de Doutorado em Psicologia Clínica. Esta última possui 3 anos de experiência clínica e era a única com experiência na Escala de Produtividade Emocional, tendo treinado a aluna de mestrado numa fase prévia à codificação qualitativa das sessões em estudo no presente trabalho. É importante salientar que ambas as investigadoras eram alheias a codificações anteriores e aos resultados terapêuticos de cada intervenção terapêutica.

2.2. Instrumentos

2.2.1. Medidas de processo

Client Emotional Productivity Scale – Revised (CEPS-R) (Auszra, Greenberg & Herrmann, 2010). A escala de produtividade emocional do cliente pretende avaliar

se uma determinada expressão emocional do cliente dentro de uma sessão de terapia está a ser produtiva ou não. Greenberg e colaboradores (Greenberg, 2002; Greenberg & Paivio, 1997; Greenberg & Safran, 1987), propõem que não se deve tratar toda a experiência emocional como a mesma, mas distinguir entre emoção primária, secundária e instrumental, bem como sendo adaptativa ou desadaptativa.

Para que o processo emocional de um cliente seja considerado produtivo, o cliente precisa experimentar uma emoção primária de tal forma que: possa extrair as informações úteis inerentes a uma emoção adaptativa ao serviço da resolução de problemas (utilização de emoção), ou mostre o potencial para ser capaz de transformar uma emoção inadaptada em uma experiência emocional mais adaptável (transformação emocional). A produtividade emocional tem, portanto, três dimensões principais para que a expressão emocional de uma cliente seja considerada produtiva a ativação da emoção, o tipo de emoção e o modo de processamento (de acordo com os processos de: atender, simbolizar, congruência, aceitação, regulação, agência e diferenciação). Esta medida é classificada em quatro pontos, sendo: 0 – incodificável, em que não era possível extrair qualquer tipo de informação; 1 - não produtivo; 2 – expressa, mas não experiência; 3 - sem expressão emocional; e 4 - produtivo (Auszra, Greenberg & Herrmann, 2013).

Client Emotional Arousal Scale (CEAS-III) (Warwar & Greenberg, 1999). É um instrumento que pretende avaliar a qualidade e a intensidade da ativação emocional através da visualização de vídeos de sessões de psicoterapia. A avaliação realiza-se através de uma escala de intensidade de 7 pontos onde os níveis mais altos da escala indicam uma maior ativação emocional. Após a identificação de presença emocional os minutos são codificados mediante o tipo de emoção e na valência emocional codificados com (1) para as emoções positivas e (2) para as emoções

negativas. Quando se codifica a ativação emocional deve ser considerada uma listagem de emoções entendidas como pertinentes nas sessões de psicoterapia, tais como: dor/mágoa, tristeza, desesperança/desamparo, solidão, raiva/ressentimento, desprezo, medo/ansiedade, culpa/vergonha, raiva e tristeza, orgulho e raiva, surpresa/choque (codificadas como emoções de valência negativa) e amor, alegria, calma/alívio e orgulho/autoconfiança (codificadas como emoções de valência positiva). Habitualmente, a utilização desta escala permite ainda a codificação da emoção mais frequente (mediante a moda das categorias emocionais presentes), o nível geral ou médio da intensidade da emoção no segmento avaliado (e.g. numa dada sessão) e o pico da intensidade da emoção, que representa o nível mais elevado de ativação relativamente ao segmento avaliado (Warwar & Greenberg, 1999).

2.2.2. Medidas de resultado

Beck Depression Inventory – II (BDI-II). O Inventário da Depressão de Beck (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996) é um instrumento de autorrelato que avalia a sintomatologia depressiva. Este instrumento é constituído por 21 itens, cotados de 0 (ausência de sintomas) a 3 (grave) que permite medir a intensidade da sintomatologia depressiva. O cliente é convidado a preencher os 21 itens tendo em conta as duas últimas semanas. A pontuação é compreendida entre 0 e 63 e consoante a pontuação obtida é classificada em sintomatologia ligeira (0 a 13 pontos), depressão ligeira (14 a 19), depressão moderada (20 a 28) e depressão severa (29 a 63) (Coelho, Martins & Barros, 2002). É importante referir que só é considerado um nível de mudança significativa (reliable change) quando o/a cliente alcança um nível não clínico e regista uma diferença de 9 valores entre um momento de preenchimento de um questionário e da sua replicação em outra ocasião temporal (McGlinchey, Atinks &

Jacobson, 2002; Seggar, Lambert & Hansen, 2002).

Outcome Questionnaire-45. (OQ-45; Lambert, Hansen, et al., 1996). É um questionário de autorrelato que avalia a sintomatologia do cliente. O instrumento é constituído por 45 itens com cinco itens de resposta, tais como: “nunca”, “raramente”, “às vezes”, “frequentemente” e “quase sempre”. Para a sua aplicação é pedido ao cliente que se avalie nos 45 itens, tendo em consideração a forma como se sentiu durante a última semana. O questionário avalia a evolução clínica, na perspetiva de três dimensões: a intensidade dos sintomas que causam sofrimento, o funcionamento interpessoal e o funcionamento do papel social do indivíduo. Os resultados variam entre 0 e 180, sendo que entre 0 e os 63 é sintomatologia sem relevância clínica e entre os 63 e 180 considera-se sintomatologia com relevância clínica. A versão portuguesa deste instrumento apresenta uma boa consistência interna, sendo de .93 e o ponto de corte foi estabelecido a partir dos 62 pontos (Machado & Fassnacht, 2014). Importa mencionar que ocorre uma mudança clinicamente significativa (RCI) quando o/a cliente obtém uma diferença de 14 valores entre o momento de preenchimento de um questionário e de outro, assim como quando se direciona para um grau de sintomatologia sem relevância clínica (Lambert, 2012).

2.3. Procedimentos

2.3.1. Procedimentos de treino

Para a realização do presente estudo foram realizadas sessões de treino de transcrição e codificação, tendo sido analisados quatro casos clínicos que estavam disponíveis do projeto “Descentração e mudança em psicoterapia” que só dois deles foram selecionados para investigação. Posterior à seleção do casos clínicos foi

articulado com outra juíza o treino da codificação do processo da produtividade emocional (CESP-R).

2.3.2. Procedimentos de análise qualitativa

O casos selecionados foram codificados e analisados pelas duas investigadoras que observaram os vídeos das sessões, de forma autónoma, para monitorizar a evolução do processo terapêutico segundo a CESP-R (Auszra, Greenberg & Herrmann, 2010). Deste modo, foram codificados 20 minutos de cada sessão, excluindo os 5 finais em ambos os modelos terapêuticos. Os 20 minutos analisados foram divididos em segmentos de análise de um minuto, que posteriormente foram codificados de forma independente pelas investigadoras. Estes minutos eram codificados em: (0) incodificável, em que não era possível extrair qualquer tipo de informação; (1) não produtivo; (2) expressa mas não experiência; (3) sem expressão emocional e (4) produtivo. Em ambos os casos foram codificadas cinco sessões,, nomeadamente as sessões 1, 4, 8, 12 e 16, pelo facto de nestas sessões serem aplicados os instrumentos de avaliação da sintomatologia BDI-II e OQ45, e ser possível realizar uma avaliação da evolução da sintomatologia depressiva e geral no decorrer do processo terapêutico. No final da codificação de cada sessão era agendada uma reunião entre as investigadoras para discutir os desacordos e chegar a um consenso.

2.3.3. Procedimentos de análise quantitativa de dados

A descrição dos resultados foi realizada com recurso ao cálculo de frequências absolutas (n) e percentagens (%). Foi utilizado o programa Simulation Modeling Analyzis Statistics (SMA) (Borckardt, 2006) para a análise de dados com o Spearman-Rho (rs), que analisa a relação para dados autocorrelacionados e

compreender detalhadamente as associações entre as variáveis desta investigação (Borckardt, 2006; Borckardt, Nash, Murphy, Moore, Shaw & O'Neil, 2008). Por fim foi usado o programa Excel para análise descritiva dos dados, como a construção de figuras ilustrativas.

3. Resultados

3.1. Evolução da produtividade emocional e da sintomatologia depressiva ao longo dos processos terapêuticos

A figura 1 apresenta a evolução da produtividade emocional e sintomatologia nos dois casos contrastantes de sucesso terapêutico nas modalidades de TCC e TFE. Verificou-se um aumento da produtividade emocional das clientes ao longo do processo terapêutico; uma tendência mais linear no caso A, de TCC, e um aumento em sentido absoluto no caso B, de TFE. No caso A (figura 1) a diminuição da sintomatologia depressiva (BDI-II) é gradual e segue o aumento da produtividade emocional. Nas sessões 1 e 4 a cliente obteve níveis de depressão moderada (20-28), evoluindo para sintomatologia ligeira (0-13) a partir da sessão 8 até final da terapia, com uma mudança clinicamente significativa entre a sessão 4 (BDI=21) e sessão 8 (BDI=1), com uma diferença de 20 pontos ($BDI_{s4} - BDI_{s8} = 21, \geq 9$).

A produtividade emocional no caso A registou logo na primeira sessão um valor considerável de produtividade, mas sofreu uma diminuição na sessão 4; por sua vez, voltou a aumentar nas sessões seguintes até à sessão 16, sendo que nesta sessão registou-se o pico da produtividade emocional.

No caso B (figura 1) a diminuição da sintomatologia depressiva (BDI-II) foi gradual, mas não tão rápida como no caso A. Na sessão 1, a cliente apresentou depressão severa (29-63), passando para moderada (20-28) na sessão 4. A partir da

sessão 8 o cliente apresentou uma sintomatologia ligeira (0-13), mantendo-se até final da terapia. Neste caso, a mudança clinicamente significativa ocorreu entre a sessão 4 (BDI=21) e a sessão 16 (BDI=6), com uma diferença de 15 pontos ($BDI_{s4} - BDI_{s16}=15, \geq 9$). A produtividade emocional no caso B, ao contrário do que seria esperado para o modelo de TFE e comparativamente ao caso A, na primeira sessão registou a produtividade mais baixa. Verificou-se um aumento gradual da produtividade emocional nas sessões 1, 3 e 8, sendo que nesta sessão registou-se o pico da produtividade emocional. Na sessão 12 a produtividade sofreu uma acentuada diminuição e na sessão 16 voltou a aumentar.

De forma a verificar a relação entre produtividade emocional e a sintomatologia depressiva, procedeu-se ao cálculo do coeficiente de correlação Spearman (r_s). Desta forma, verifica-se para o caso A ($r_s = -.616, p = .269$) e para o caso B ($r_s = -.667, p = .219$) uma ausência de relação entre a produtividade emocional e a sintomatologia depressiva.

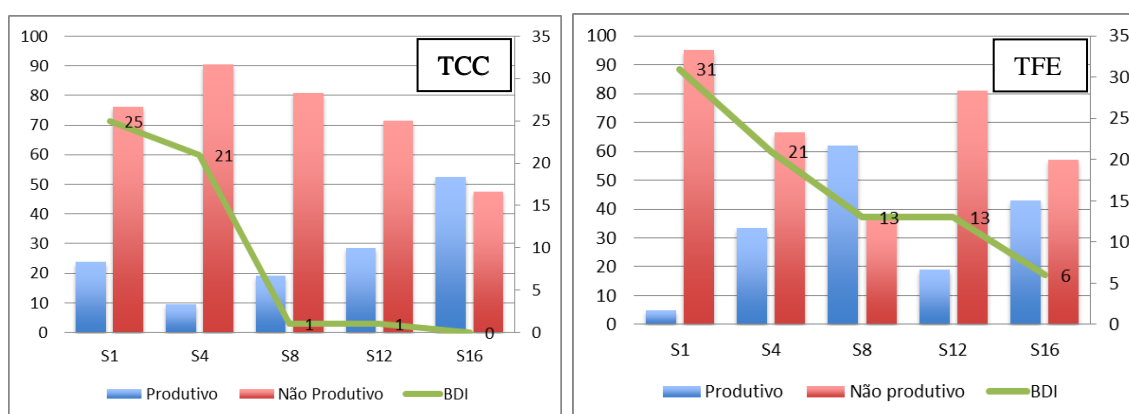


Figura 1: Evolução da produtividade emocional e sintomatologia nos dois casos de TCC e TFE

3.2. Evolução da produtividade emocional e da sintomatologia geral ao longo dos processos terapêuticos

Ao observar a evolução da sintomatologia geral das clientes, avaliada pelo OQ-45, constatou-se uma diminuição dos sintomas com tendência linear em ambos os casos. Também nos dois casos observou-se que ficaram assintomáticos (<63) no final da terapia. Se no caso A a cliente se manteve assintomática durante toda a terapia, no caso B isto só aconteceu a partir da sessão 12. Foi possível observar um aumento da produtividade emocional ao longo da terapia, à medida que a sintomatologia diminuiu (Figura 2).

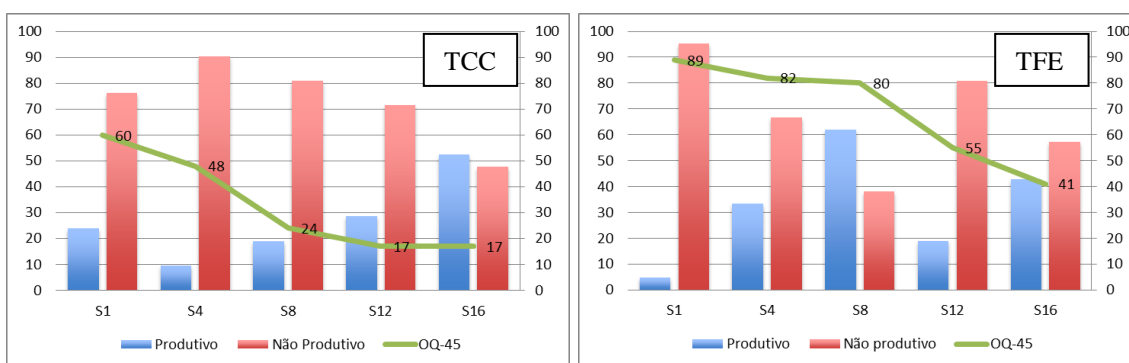


Figura 2: Evolução da sintomatologia do cliente e produtividade emocional nos dois casos, de TCC e de TFE.

3.3. Evolução da valência emocional ao longo das sessões dos dois casos

Na figura 3 está representada a evolução das emoções, nas suas valências positiva e negativa ao longo do processo terapêutico. Na figura 3 está também representada a produtividade emocional. Ao longo do processo terapêutico do caso A, referente a TCC, observou-se que as emoções de valência negativa diminuem até desaparecer, na última sessão. Já as emoções de valência positiva seguiram uma tendência contrária. A partir da sessão 8 a percentagem de emoções positivas passou a ser superior à das emoções negativas, o que tinha acontecido nas sessões 1 e 4. Esta

tendência perpetuou-se até ao final da terapia, onde as emoções de valência positiva atingem a percentagem máxima, próxima dos 50%. No caso B, de TFE, embora os resultados da última sessão apontem para uma conclusão semelhante, o processo decorrido é diferente. As emoções de valência negativa apresentaram sempre percentagens mais elevadas comparativamente às de valência positiva até à sessão 16, onde esta tendência se inverte. Deste modo, parece existir uma relação da produtividade emocional e uma maior prevalência de emoções de valência positiva no caso A de TCC; essa relação não é tão clara no caso B, de TFE.

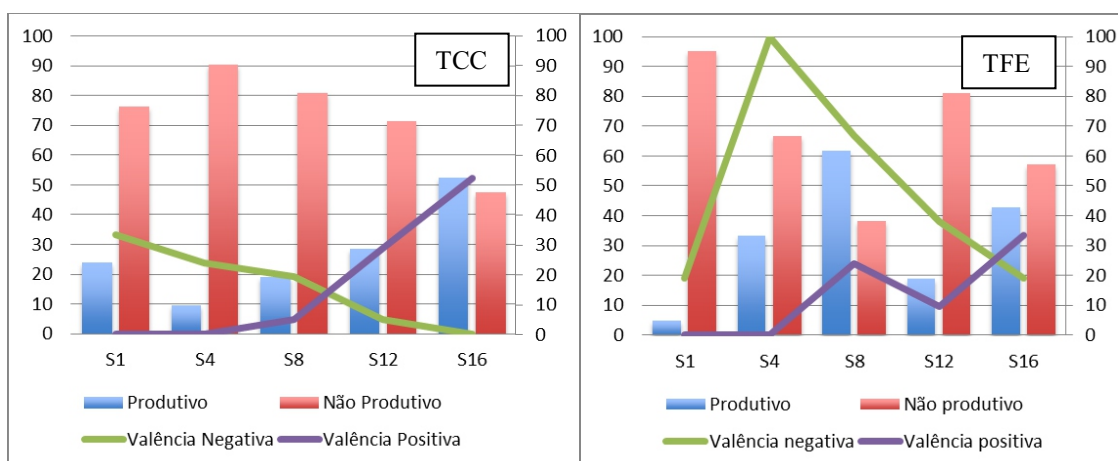


Figura 3: Evolução da valência emocional e produtividade emocional nos dois casos de TCC e TFE

3.4. Evolução dos tipos de emoção ao longo das sessões dos dois casos

Na figura 4 observam-se as emoções que surgiram durante a terapia, bem como a produtividade emocional associada. Uma das diferenças observadas entre os dois casos prende-se com a maior produção de emoções no caso B, relativo a TFE. Considerando a especificidade do tipo de emoções, no caso A, de TCC, nas sessões 1, 4 e 8, foram mais frequentes as emoções negativas, como tristeza e raiva e culpa/vergonha. Observou-se a partir da sessão 12 uma maior proporção de emoções de valência positiva, nomeadamente autoconfiança/orgulho, sendo dada continuidade

na sessão 16, não só a esta emoção, como também contentamento/alívio/calma. Já no caso B, de TFE, as emoções de valência negativa como tristeza e raiva, raiva e orgulho, culpa e vergonha ou ainda mágoa/dor perpetuaram-se até à sessão 8, momento em que surgiu pela primeira vez a emoção de autoconfiança/orgulho, dando alguma expressão às emoções de valência positiva; esta sessão coincidiu com o pico da produtividade emocional. Apenas na sessão 16 as emoções positivas obtiveram uma proporção relevante, principalmente devido ao reaparecimento da emoção da autoconfiança/orgulho, ausente na sessão 12, onde se registaram principalmente emoções negativas.

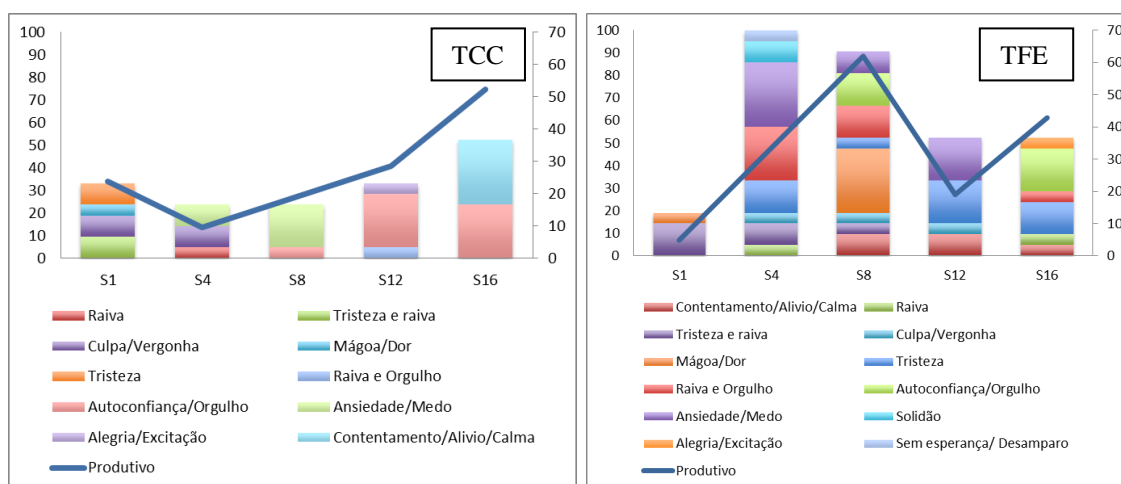


Figura 4: Tipo de emoções que surgiram em terapia e produtividade emocional nos dois casos de TCC e TFE

4. Discussão

Este estudo teve como objetivo principal compreender a evolução da produtividade emocional em distintas intervenções terapêuticas (TFE e TCC), com recurso a dois estudos de caso. Como objetivos específicos pretendeu-se analisar a evolução da produtividade emocional e da valência emocional, bem como a relação entre as duas e ainda da produtividade emocional com a sintomatologia depressiva.

Os resultados permitiram observar um aumento da produtividade emocional ao longo do processo terapêutico nos casos A (TCC) e B (TFE), tendo sido observado também que na TCC o aumento da produtividade foi mais constante, ao passo que na TFE foi mais intermitente. O resultado mais elevado de produtividade emocional no início da terapia em TCC, comparativamente, pode ser justificado pela fase de ativação comportamental no início da intervenção, que leva habitualmente a resultados positivos e a um foco particular no trabalho emocional (Castonguay et al, 1996; Goldin et al., 2014; Samoilov & Goldfried, 2000). Por outro lado, o aumento da produtividade emocional na fase intermédia da terapia no caso de TFE está de acordo com a evolução do processo terapêutico, uma vez que existe maior tendência para o surgimento de marcadores e as consequentes tarefas nesta fase da terapia (Elliot & Greenberg, 2007; Greenberg, 2010). Uma vez que as tarefas procuram transformar as emoções desadaptativas em emoções ajustadas, o período por excelência para esta transformação é a fase intermédia da terapia, sendo corroborado pelos resultados encontrados neste estudo (Greenberg, 2005; Greenberg, 2010). Foi também observada uma maior frequência da produtividade emocional em TFE comparativamente com TCC. Uma vez que na TFE as emoções têm um papel central, é expectável que estas surjam com mais frequência, comparativamente com outras terapias de índole cognitivo-comportamental (Greenberg, 2005; Pos & Greenberg, 2007), apesar de, na TCC ser dada importância às emoções e à sua modificação (Goldin et al., 2014; Kawalski, 2014). Apesar disso, na última sessão de TFE a produtividade emocional foi mais baixa comparativamente a TCC. Este resultado pode ser explicado pela presença de um pico de atividade emocional na fase intermédia da terapia, onde são trabalhadas as tarefas e há um grande foco nas emoções, bem como na sua transformação, para depois surgir uma fase de maior constância emocional, onde

tendencialmente surgem emoções mais positivas, tratando-se de uma fase de consolidação terapêutica (Auszra & Greenber, 2007). Já o resultado mais elevado da produtividade emocional em TCC na fase final da terapia pode estar relacionado com o resultado terapêutico positivo e quase ausência de sintomatologia depressiva, construído ao longo do processo. Uma vez que não existem marcadores ou tarefas em TCC, o trabalho emocional é conduzido de uma forma mais ou menos constante ao longo de todo o processo, o que neste estudo parece ter-se refletido na linearidade da evolução da produtividade emocional (Goldin et al., 2014). Para além disso, a inexistência de marcadores e tarefas não conduziu a um pico da produtividade emocional na fase intermédia da terapia (que em TFE produziu depois uma redução da produtividade emocional), mantendo um progresso constante do trabalho emocional (Goldin et al., 2014).

Ao longo do processo terapêutico foi observada uma redução da sintomatologia depressiva, medida com o BDI. Em ambos os processos foi observada uma redução da sintomatologia depressiva à medida que aumentou a produtividade emocional, resultado corroborado pelos estudos de Greenberg et al. (2007) ou Auszra e Greenberg (2007). Na TCC o cliente passou de forma mais rápida para sintomatologia ligeira (sessão 8), comparativamente com o cliente de TFE (sessão 16). Vários estudos têm demonstrado a eficácia da TCC na depressão, o que foi corroborado também neste estudo (Epp & Dobson, 2010; Leahy et al., 2012; Young et al., 2008). Do mesmo modo, também na TFE tem sido demonstrada a eficácia na depressão, o que também se verificou neste estudo (Greenberg & Watson, 2006; Greenberg, 2005). Não obstante, observou-se que no caso da TCC houve uma evolução mais rápida para a sintomatologia depressiva ligeira (BDI) ou sintomatologia geral sem relevância clínica (OQ-45). Estes resultados podem estar

relacionados com o grau inicial de sintomatologia dos clientes; na cliente A (TCC) o grau inicial de sintomatologia era mais baixo que na cliente B (TFE), o que pode ter contribuído para uma diminuição mais rápida da sintomatologia.

Ao observar a evolução da emoção, nas suas valências positiva e negativa ao longo do processo terapêutico, conclui-se que, em ambos os casos, as emoções de valência positiva obtêm a frequência mais elevada na última sessão da terapia. Este resultado reforça a importância da mudança emocional em terapia, bem como a transformação das emoções adaptativas em desadaptativas, que no caso na TFE tendem a decorrer mais na fase intermédia da terapia, após a realização das tarefas, com repercussões na fase final da terapia (Greenberg & Pascoal-leone, 2006; Pos & Greenber, 2007), e no caso da TCC tendem a ocorrer de forma mais ou menos constante ao longo da terapia, na inter-relação com a mudança de crenças e comportamentos desadaptativos (Beck, 2011).

No caso de TCC, existe uma diminuição linear das emoções de valência negativa, sendo progressivamente substituídas pelas evoluções de valência positiva, com ocorrência de um ponto de inflexão na sessão 8, a partir do qual as emoções de valência positiva passam a ser superiores às de valência negativa, mantendo-se assim até final da terapia. Ao relacionar estes resultados com a produtividade emocional observou-se que à medida que a produtividade emocional aumenta as emoções de valência positiva aumentam também, o que reforça a importância das emoções na psicoterapia (Greenberg, 2010; Greenberg & Safran, 1989).

Já no caso de TFE foi observado um pico de emoções de valência negativa na sessão 4, com uma redução das emoções dessa valência a partir dessa sessão e progressiva substituição pelas emoções de valência positiva; apenas na última sessão a frequência das emoções de valência positiva superou a frequência das emoções de

valência negativa. Neste caso, ao contrário do caso de TCC, observou-se que níveis mais elevados de produtividade emocional parecem estar relacionados não só com emoções de valência negativa, mas também de valência positiva. Este resultado faz sentido à luz da TFE, uma vez que o trabalho terapêutico de tarefas, mais frequente na fase intermédia da terapia conduz a uma produção de emoções de valência negativa, que devem emergir, para poderem ser substituídas ou transformadas em emoções de valência positiva (Holmes & Mathews, 2010; Lane et al., 2014). Nesse sentido, se a relação existente entre produtividade emocional e valência emocional pode ser encarada de forma temporalmente linear em TCC, i.e. ao longo do processo terapêutico, o aumento da produtividade conduz ao aumento de emoções de valência positiva. Isso parece não acontecer em TFE, onde devido às características desta terapia, o trabalho de transformação e ajustamento das emoções implica que na fase intermédia da terapia surjam emoções de valência negativa, que aumentam a produtividade emocional de valência negativa. Deste modo, em TFE, é na fase final da terapia que se observa uma relação mais próxima entre produtividade emocional e emoções de valência positiva (Greenberg, 2002; Greenberg, 2005; Greenberg, 2014).

Por fim, foi analisada a evolução dos tipos de emoção nas duas terapias. Em primeiro lugar importa salientar a maior prevalência de emoções em TFE, comparativamente com TCC.

Ao analisar o tipo de emoções produzidas ao longo da terapia observou-se que em TCC as emoções negativas foram mais frequentes nas sessões 1, 4 e 8, nomeadamente tristeza e raiva e culpa/vergonha. Já a partir da sessão 12 foram mais frequentes emoções como autoconfiança/orgulho e contentamento/alívio/calma. Assim, salienta-se que as emoções de valência negativa têm mais propensão para

surgir na parte inicial da terapia, sendo substituídas por emoções de valência positiva no final da terapia.

Já em TFE, as emoções de valência negativa como tristeza e raiva, raiva e orgulho, culpa e vergonha ou ainda mágoa/dor foram mais frequentes até à sessão 8, surgindo ainda com dominância na sessão 12; estes são momentos da fase intermédia da terapia em que se realiza um trabalho de tarefas que favorece o surgimento de emoções para conduzir à sua transformação e ajustamento. A partir da sessão 8 surgem emoções de valência positiva como autoconfiança/orgulho, mas só na sessão 16 onde esta emoção reaparece com maior prevalência se observa uma dominância das emoções de valência positiva face às emoções de valência negativa. Desta forma, os resultados vão de encontro a estudos que referem que utiliza-se a emoção quando adaptativa e quando desadaptativa torna-la passível de transformação (Auszra & Greenberg, 2007; Elliott et al., 2004; Greenberg, 2004; Greenberg & Watson, 2006; Goldman & Greenberg, 2015; Pos & Greenberg, 2007).

5. Conclusão, limitações do estudo e futuras investigações

A presente investigação teve por finalidade contribuir para a compreensão da evolução da produtividade emocional ao longo do processo terapêutico num estudo de dois casos de sucesso terapêutico nas modalidades de TFE e TCC para a depressão.

Os principais resultados apontam para uma diminuição da sintomatologia depressiva e geral ao longo da terapia nos casos de TCC e TFE, bem como um aumento da produtividade emocional no decurso do processo terapêutico. Ao nível da produtividade emocional as principais diferenças encontradas entre as duas terapias dizem respeito ao aumento de tendência linear em TCC ao longo da terapia e à maior produtividade emocional na fase intermédia da terapia, que diz respeito à fase em que são realizadas terapêuticas com vista à transformação das emoções. Para além disso foi encontrada, como seria de esperar, uma maior prevalência global da produtividade emocional no caso de TFE. No que se refere à sintomatologia depressiva e geral foi detetada uma diminuição mais acentuada no caso de TCC, possivelmente devido a valores iniciais mais elevados neste caso. No que se refere à análise das valências de emoção ao longo da terapia observou-se em ambos os casos que é na última sessão que ocorre uma frequência mais elevada das emoções de valência positiva. No entanto, se na TCC é a partir da sessão 8 que as emoções de valência positiva superam as emoções de valência negativa na em TFE ocorre um pico de emoções de valência negativa na fase intermédia da terapia alterado apenas no final da terapia, onde as emoções de valência positiva superam as de valência negativa. As emoções negativas mais frequentes em TCC foram tristeza e raiva e culpa/vergonha ao passo que as positivas foram autoconfiança/orgulho e contentamento/alívio/calma. Já em TFE destacaram-se as emoções negativas tristeza e raiva, raiva e orgulho, culpa e vergonha ou ainda mágoa/dor. Pelo lado das emoções positivas a emoção mais preponderante

foi a autoconfiança/orgulho.

Considerando os métodos implementados para dar resposta aos objetivos podem ser apontadas algumas limitações. A codificação envolveu a avaliação de segmentos de 20 minutos e não a sessão completa, o que pode condicionar os resultados encontrados. Por outro lado, o facto de as discordâncias não terem sido resolvidas com recurso a um terceiro juiz pode acrescentar viés.

Para concluir, considera-se que, em investigações futuras seria pertinente dar seguimento a estudos no âmbito da produtividade emocional e a relação com as diferentes intervenções terapêuticas, para ter novos conhecimentos de como este conceito pode evoluir em diferentes terapias e deste modo combater a escassez de estudo sobre o tema. É também proposto que repliquem o estudo com uma amostra mais alargada. Para finalizar, seria também importante o estudo da produtividade emocional em clientes com outro tipo de perturbação .

Referências Bibliográficas

- Auszra, L., & Greenberg, L. S. (2007). Client emotional productivity. *European Psychotherapy*, 7(1), 137-152
- Auszra, L., Greenberg, L. S., & Herrmann, I. (2013). Client emotional productivity-optimal client in-session emotional processing in experiential therapy. *Psychotherapy Research*, 23(6), 732-746. doi:10.1080/10503307.2013.816882
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Bar-On, R., & Parker, J. D. (2000). *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, J. (2011). *Cognitive Behavior Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Carryer, J. R., & Greenberg, L. S. (2010). Optimal levels of emotional arousal in experiential therapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 190-199. doi:10.1037/a0018401
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J., & Hayes, a M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: a study of unique and common factors. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(3), 497–504.
- Dolhanty, J., Greenberg, L. S., & Wiley, J. (2009). Emotion-Focused Therapy in a Case of Anorexia Nervosa, 382, 366–382. DOI: 10.1002/cpp.624.

- Eisenberg, N., & Spinrad, T. L. (2004). Emotion-Related Regulation: Sharpening the Definition. *Child Development, 75*(2), 334-339. doi:10.1111/j.1467-8624.2004.00674.x
- Goldin, P. R., Ziv, M., Jazaieri, H., Weeks, J., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2014). Impact of cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder on the neural bases of emotional reactivity to and regulation of social evaluation. *Behaviour Research and Therapy, 62*, 97-106. doi:10.1016/j.brat.2014.08.005
- Grecucci A., Theuninck A., & Frederickson, J. (2015). Mechanisms of social emotion regulation: from neuroscience to psychotherapy, In M. L. Bryant (Ed.). *Handbook on Emotion Regulation: Processes, Cognitive Effects and Social Consequences*, pp 57–84. Hauppauge NY: Nova Science Publishers.
- Grecucci, A., Frederickson, J., & Job, R. (2017). Advances in Emotion Regulation: From Neuroscience to Psychotherapy. *Frontiers in Psychology, 8*. doi:10.3389/fpsyg.2017.00985
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (2005). *Emotion-Focused Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Greenberg, L. S., & Pascual-leone, A. (2006). Emotion in Psychotherapy : A Practice-Friendly Research Review, *62*(5), 611–630. DOI:10.1002/jclp
- Greenberg, L. S., & Safran, J.D. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L.S. (2010). Emotion-Focused Therapy: An overview. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal, 4*(33), 1-12.

- Greenberg, L. S. (2012). Emotions, the great captains of our lives: Their role in the process of change in psychotherapy. *American Psychologist*, *67*(8), 697-707. doi:10.1037/a0029858
- Greenberg, L. S., Auszra, L., & Herrmann, I. R. (2007). The relationship among emotional productivity, emotional arousal and outcome in experiential therapy of depression. *Psychotherapy Research*, *17*(4), 482-493. doi:10.1080/10503300600977800
- Greenberg, L. S., Auszra, L., & Herrmann, I. R. (2007). The relationship among emotional productivity, emotional arousal and outcome in experiential therapy of depression. *Psychotherapy Research*, *17*(4), 482-493. doi:10.1080/10503300600977800
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, *2*(3), 271-299. doi:10.1037//1089-2680.2.3.271
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, *35*(4), 639-665. doi:10.1016/s0005-7894(04)80013-37
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the Progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy*, *44*(2), 180-198. doi:10.1016/j.beth.2009.08.002
- Hertel, J., Schütz, A., & Lammers, C. (2009). Emotional intelligence and mental disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *65*(9), 942-954. doi:10.1002/jclp.20597

- Hofmann, S. G., Asmundson, G. J., & Beck, A. T. (2013). The Science of Cognitive Therapy. *Behavior Therapy, 44*(2), 199-212. doi:10.1016/j.beth.2009.01.007
- Holmes, E. A., & Mathews, A. (2010). Mental imagery in emotion and emotional disorders. *Clinical Psychology Review, 30*(3), 349-362. doi:10.1016/j.cpr.2010.01.001
- IBM Corporation (2013). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corporation.
- Johnson, S. K., & Blanchard, A. (2016). Emotional Intelligence and Mental Health: Stress and Symptom Reporting Pathways. *Journal of Mental Health Counseling, 38*(1), 79-92. doi:10.17744/mehc.38.1.06
- Kalawski, J. P. (2011). Using Alba Emoting™ to work with emotions in psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 20*(2), 180-187. doi:10.1002/cpp.790
- Lane, R. D., Ryan, L., Nadel, L., & Greenberg, L. (2014). Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: New insights from brain science. *Behavioral and Brain Sciences, 38*. doi:10.1017/s0140525x14000041
- Mahoney, M. J. (1974). Cognition and behavior modification. Cambridge, MA: Ballinger.
- Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion Regulation and Psychopathology: The Role of Gender. *Annual Review of Clinical Psychology, 8*(1), 161-187. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032511-143109
- Pos, A. E., & Greenberg, L. S. (2007). Emotion-focused therapy: The transforming power of affect. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 37*, 25-31. doi:10.1007/s10879-006-9031-z.

- Rogers, C. R. (1946). Significant Aspects of Client-Centered Therapy. *American Psychologist*, 1(10), 415-422.
- Samoilov, A., & Goldfried, M. R. (2000). Role of emotion in cognitive-behavior therapy. *American Psychological Association*, 12, 373-385.
- Shweder, R. A., Haidt, J., Horton, R., & Joseph, C. (2008). The cultural psychology of the emotions: Ancient and renewed. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of emotions*, 3rd ed. (pp. 409-427). New York: Guilford Press.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. New York: Appelton-Century-Crofts.
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134(2), 163-206. doi:10.1037/0033-2909.134.2.163
- Williams, J. M. (2010). Mindfulness and psychological process. *Emotion*, 10(1), 1-7. doi:10.1037/a0018360