



INSTITUTO  
UNIVERSITÁRIO  
DA MAIA

Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento

André Filipe Cardoso Pimenta

Nº 22893

**Função da capacidade de descentração na diminuição da severidade da sintomatologia depressiva em psicoterapia naturalista**

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação do Professor Tiago Bento da Silva Ferreira, Instituto Universitário da Maia

## AGRADECIMENTOS

Com o término deste trabalho, não posso deixar de agradecer a todas aquelas pessoas que contribuíram para que a realização do mesmo fosse possível. Foi um caminho duro com muitas preocupações, ansiedades e desafios que foram sendo ultrapassados com o vosso apoio incondicional.

Em primeiro lugar gostaria de agradecer aos meus pais por tudo o que eles representam para mim ao longo de toda a minha vida, por todo o esforço que fazem para me dar o melhor e para me fazerem feliz. São os pilares da minha vida, que sempre me apoiaram nas minhas decisões, me deram força, amor e carinho e fizeram de tudo para que conseguisse terminar o curso. Obrigado Mãe por acreditares em mim, por estares sempre por perto, por me limpares as lágrimas da cara e me fazeres levantar a cabeça e seguir em frente. És a melhor Mãe do mundo e tenho o maior orgulho em ti.

À Filipa, minha companheira de vida, que esteve sempre ao meu lado nos bons e maus momentos, que sempre me deu apoio e acreditou em mim, mesmo quando me faltavam as forças. Obrigado por todo o carinho, pelo amor e dedicação que me levaram a nunca desistir. Tu sabes o que significas para mim e o quanto gosto de ti, amor da minha vida.

Agradeço também ao Prof. Doutor Tiago Ferreira por todos os conhecimentos que me transmitiu e pelo tempo dedicado ao meu trabalho e a mim. Além de meu orientador, foi um “amigo” com quem podia contar e que me deu um grande apoio, motivação e tranquilidade ao longo deste ano difícil que vivi.

Gostaria de agradecer também a todos os docentes do ISMAI que me acompanharam ao longo destes 5 anos e que me ajudaram a desenvolver competências que contribuíram e muito para a minha formação enquanto futuro psicólogo.

Não posso deixar de agradecer a toda a minha família, que é muito importante para mim e que me dão um grande apoio. Um obrigado especial à minha avó Helena, avô Joaquim, tia Isabel e aos meus primos, que para mim são como irmãos: Pedro, Rui e Martim.

Dedico e agradeço também este trabalho a todos os meus colegas e amigos, em especial ao José Pedro, Tiago Barros, Pedro Mendes, Tiago Costa, Tiago Carvalho, Fábio Pinto e Jorge Ribeiro, por estarem comigo sempre que precisei e pela vossa amizade.

Por fim e não menos importante, dedico este trabalho a uma pessoa que já não está entre nós, mas que está sempre no meu coração e que foi, é e será sempre importante em toda a minha vida e um exemplo a seguir. Gosto muito de ti avó, estás sempre comigo.

## RESUMO

A descentração é definida, como a capacidade de observação dos próprios pensamentos e sentimentos de uma forma desligada, isto é, como eventos mentais temporários que não constituem necessariamente uma realidade efetiva, nem uma reflexão de si (Safran & Segal, 1990). Extensas têm sido as investigações que associam ganhos na descentração à diminuição da sintomatologia depressiva (Bieling et al., 2002; Broderick, 2005; Erisman & Roemer, *in press*; McCracken, Gutiérrez-Martínez, & Smyth, 2013; Singer & Dobson, 2007), porém importa investigar a existência de outras variáveis que possam influenciar esta relação entre a severidade da sintomatologia depressiva e a capacidade de descentração. Para isto foram examinados possíveis efeitos mediadores e moderadores na relação depressão-descentração numa amostra constituída por 41 participantes submetidos a tratamento psicoterapêutico em ambiente naturalista. Observou-se que a percepção da qualidade da aliança terapêutica pelo cliente é um moderador estatisticamente significativo da relação entre severidade da sintomatologia depressiva e o resultado capacidade de descentração. Mais, à medida que nos aproximamos dos valores mínimos da percepção da qualidade da aliança terapêutica pelo cliente, mais negativo é o efeito da depressão e mais baixos são os níveis de descentração.

## ABSTRACT

Decentering is defined as the capacity to observe thoughts and feelings through a disengaged way, specifically as temporary mental events that don't constitute necessarily a reality nor a self reflection (Safran & Segal, 1990). Extensive investigation already supports the association between gains in decentering and the decrease in depressive symptomatology (Bieling et al., 2002; Broderick, 2005; Erisman & Roemer, *in press*; McCracken, Gutiérrez-Martínez, & Smyth, 2013; Singer & Dobson, 2007), but it's important to also investigate the existence of other variables that may influence the relation between the severity of depressive symptomatology and decentering ability. For that purpose we examined plausible mediator and moderator effects on the depression-decentering relation on a sample of 41 participants receiving psychotherapy in naturalistic settings. We observed that the client's working alliance perception is a statistical significant moderator of the relation between depressive symptomatology severity and decentering ability. We also concluded that as we approach minimum values of client's working alliance the more negative is depression effect and lower are the levels of decentering.

## ÍNDICE

<b>RESUMO</b> .....	IV
<b>ABSTRACT</b> .....	V
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	3
Ruminação versus Descentração .....	4
Descentração e psicoterapia .....	9
Aliança terapêutica .....	14
<b>CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO</b> .....	18
Método .....	19
Participantes .....	19
Psicoterapeutas .....	20
Instrumentos .....	20
Procedimentos .....	23
Análise de dados .....	23
Resultados .....	25
Discussão .....	32
Conclusão .....	33
<b>REFERÊNCIAS</b>	

## Índice de tabelas e figuras

Tabela 1 – <i>Caracterização sociodemográfica da amostra</i>	19
Tabela 2 – <i>Características descritivas da sintomatologia depressiva, da capacidade de descentração e da percepção da aliança terapêutica pelo cliente</i>	26
Tabela 3 – <i>Correlação entre sintomatologia depressiva, capacidade de descentração e percepção da aliança terapêutica pelo cliente</i>	26
Tabela 4 – <i>Comparação entre médias da sintomatologia depressiva, da capacidade de descentração e da percepção de aliança terapêutica pelo cliente no pré e pós-tratamento</i>	27
Tabela 5 – <i>Testes de efeito para o pré e pós-tratamento e os três instrumentos</i>	27
Figura 1 – <i>Ilustração do modelo de moderação da relação entre depressão e descentração</i>	29
Tabela 6 – <i>Efeito condicional da mudança na sintomatologia depressiva na capacidade de descentração para valores baixos, médios e altos do moderador mudanças na percepção da aliança terapêutica pelo cliente</i>	29
Tabela 7 – <i>Zona de significância para o efeito de moderação da percepção da aliança terapêutica pelo cliente</i>	30
Figura 2 – <i>Efeito moderador da percepção da aliança terapêutica pelo cliente na depressão e descentração</i>	31

## INTRODUÇÃO

A descentração foi proposta nas elaborações iniciais da terapia cognitiva (Beck *et al.*, 1979), como um meio importante para alterar o conteúdo dos pensamentos. Atualmente, é definida como a competência do indivíduo para observar os seus sentimentos e pensamentos de forma distanciada, como eventos mentais temporários que não correspondem a uma reflexão absoluta da identidade do indivíduo (Safran & Segal, 1990).

Pensamentos e sentimentos vividos e interpretados no contexto de uma perspectiva cognitiva descentrada produzem consequências cognitivas, emocionais e comportamentais distintas daquelas produzidas quando tais pensamentos e sentimentos são encarados como uma identidade e realidade efetiva do sujeito (Teasdale *et al.*, 2002). Isto significa que em quadros clínicos como a depressão, a capacidade de descentração contraria a tendência para pensamentos e sentimentos ruminativos (re)ativados pelo humor disfórico, diminuindo assim, a probabilidade da ascensão do humor disfórico a depressão major ou recaída (Teasdale *et al.*, 2002).

A descentração tem sido objeto de inúmeros estudos que têm testado a sua implicação do processo de mudança cognitiva no contexto da psicoterapia (Beck, 1970; Heimberg & Ritten, 2008). As observações realizadas nestes estudos parecem sublinhar a importância do mecanismo de descentração na diminuição da ruminação depressiva e, por conseguinte, na atenuação da severidade dos sintomas depressivos e diminuição da vulnerabilidade para a reincidência (Bieling *et al.*, 2002; Broderick, 2005; Erisman & Roemer, *in press*; Evans *et al.*, 2008; Fresco *et al.*, 2007; Fresco, Segal, Buis & Kennedy, 2007; Hayes-Skelton & Graham, 2013; Hoge *et al.*, 2014; Jain *et al.*, 2007; Josefsson, Linwall & Broberg, 2014; Kim *et al.*, 2009; McCracken, Gutiérrez-Martínez & Smyth, 2013; Segal, Williams & Teasdale, 2002; Shahar *et al.*, 2010; Singer & Dobson, 2007; Teasdale *et al.*, 2002).

Contudo, apesar das evidências que apontam para a implicação da capacidade de descentração na diminuição da severidade da sintomatologia depressiva existem algumas lacunas nos estudos já conduzidos. Em primeiro lugar, estudos anteriores têm sido realizados em condições laboratoriais, no âmbito de ensaios clínicos randomizados e portanto em condições que não correspondem às condições efetivas da prática clínica não controlada (Baldwin, 2009; Desmet, 2013; Leichsenring, 2004; Minami, 2008; Morrison, 2003; Morrison, Bradley & Westen, 2003; Persons et al., 2006; Schindler, 2008). Adicionalmente, os estudos anteriores exploram a relação depressão-descentração como se esta fosse linear. Porém, existem outras variáveis suscetíveis de desempenhar um papel importante na forma como esta relação se comporta. É razoável antecipar-se que a percepção da aliança terapêutica pode constituir uma dessas variáveis, já que tem sido amplamente observado que esta se associa ao processo de mudança terapêutica e à quantidade dessa mudança (Bordin, 1983; Horvath & Greenberg, 1994).

Neste contexto, o presente estudo tem como objetivos explorar (1) a forma como a capacidade de descentração emergente em contexto psicoterapêutico não controlado se relaciona com a evolução da sintomatologia depressiva e (2) o impacto da percepção da qualidade da aliança terapêutica nessa relação.

## CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A descentração é definida, de acordo com Safran & Segal (1990), como uma competência do indivíduo para observar os seus próprios pensamentos e sentimentos de uma forma desligada, como eventos mentais temporários que não constituem necessariamente uma realidade efetiva, nem uma reflexão absoluta da sua identidade. O desenvolvimento desta competência pode conduzir a respostas mais adaptativas às experiências internas e externas (Shapiro, Carlson, Astin, & Freedman, 2006). As terapias cognitivas mais recentes, como a Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness (MBCT; Segal, Williams & Teasdale, 2002), a Redução de Stress Baseada em Mindfulness (MBSR), a Terapia da Aceitação e Compromisso (TAC; Hayes et al., 2006), a Terapia Metacognitiva (MB; Wells & King, 2006), Terapia Comportamental Dialética (TCD; Read, 2013) e a Terapia Analítico Funcional (TAF; Tsai et al., 2009) consideram a descentração um processo chave e, portanto, essencial para o alcance dos seus objetivos terapêuticos (Soler et al., 2014). De resto, a importância da descentração havia já sido reconhecida nas elaborações iniciais da terapia cognitiva (Beck et al., 1979), porém como um meio para alterar o conteúdo dos pensamentos e não como um mecanismo primordial e primário da mudança terapêutica.

Pensamentos e sentimentos negativos experienciados e interpretados numa perspetiva cognitiva descentrada irão produzir consequências cognitivas, emocionais e comportamentais distintas daquelas produzidas quando tais pensamentos e sentimentos são interpretados como correspondentes ao “próprio” e à realidade. Isto é, uma representação descentrada de tais condições significa que os pensamentos e sentimentos (re)ativados pelo humor disfórico apresentam menor probabilidade de conduzir à ascensão do humor disfórico a depressão major ou recaída (Teasdale et al., 2002). O mecanismo de descentração é importante no processo de mudança terapêutica e tal é consistente com o facto de este ser oposto aos processos

anteriormente identificados como estando na origem da sintomatologia psicopatológica, ou seja, a descentração funciona como um promotor de mudança terapêutica e protetor da recaída e a ruminação como um processo associado à emergência de sintomatologia psicopatológica (Teasdale et al., 2002).

### **Ruminação versus Descentração**

A ruminação, de acordo com a Teoria dos Estilos de Resposta (Nolen-Hoeksema, 1987), é definida como um estilo característico ou mecanismo de *coping* para lidar com emoções negativas, humor depressivo e sintomas perturbadores. A ruminação envolve também uma atenção dirigida ao próprio (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1993), caracterizando-se por uma autorreflexão (Morrow & Nolen-Hoeksema, 1990) e um foco passivo, repetitivo e cíclico em emoções negativas e sintomas perturbadores experienciados, bem como na sua possível origem, significados e consequências (Nolen-Hoeksema, Larson, & Grayson, 1999).

A ruminação é, assim, um mecanismo importante implicado nas alterações do humor dos indivíduos (Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008), sendo que esta prediz o início (Just & Alloy, 1997), severidade (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993) e manutenção de humores depressivos (Nolen-Hoeksema, 2000). O seu impacto nas alterações de humor ocorre através de diversos mecanismos, sendo que exacerba os efeitos do humor depressivo no pensamento negativo, através de um ciclo vicioso do processamento cognitivo-afetivo nos indivíduos disfóricos e deprimidos (Dinis, et al., 2011). Isto é, a ruminação conduz os indivíduos clinicamente deprimidos a pensamentos mais negativos acerca do seu passado (Lyubomirsky, Caldwell, & Nolen-Hoeksema, 1998), presente e futuro (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995; Lyubomirsky, Tucker, Caldwell, & Berg, 1999). Para Conway et al. (2000), os pensamentos ruminativos: (a) dizem respeito à natureza do humor depressivo, (b)

não se encontram direcionados para o alcance nem motivam o indivíduo para o planeamento da ação e (c) não são socialmente partilhados enquanto o indivíduo está envolvido neste tipo de pensamento (Papageourgiou & Wells, 2004). Por sua vez, de acordo com Lyubomirsky & Tkach (2004), as consequências negativas da ruminação compreendem: o agravamento e prolongamento do afeto negativo e sintomas depressivos; o enviesamento cognitivo negativo; a fraca capacidade de resolução dos problemas; motivação, concentração e raciocínio deteriorados e inibição comportamental e acréscimo de stress/problemas (Papageourgiou & Wells, 2004).

A ruminação incorpora défices na capacidade de abandonar esta estratégia de *coping* e de desviar o foco atencional de si e dos seus problemas, constituindo assim um estilo cognitivo marcado pela persistência e inflexibilidade (Davis & Nolen-Hoeksema, 2000). Tais características persistentes e cíclicas do pensamento ruminativo, ao implicarem a dificuldade ou a incapacidade dos indivíduos se envolverem em outras estratégias de *coping* para lidar com os seus problemas, podem desencadear sintomas ou perturbações como a depressão. Tal é passível de ser explicado através da existência de quatro mecanismos, apontados por Nolen-Hoeksema (1991), que contribuem para que a ruminação desenvolva e prolongue a sintomatologia depressiva: a ruminação (a) ativa a presença de pensamentos negativos automáticos que, por sua vez, realçam o humor depressivo ao impulsionarem mais pensamentos negativos, (b) interfere na resolução eficaz dos problemas, devido ao seu foco passivo, bem como devido à presença de pensamentos negativos automáticos e fatalistas, (c) interfere com os comportamentos provocando uma maior inibição da ação (Papageourgiou & Wells, 2004). Ou seja, a ruminação ao conduzir a um estilo de pensamento mais pessimista e fatalista, produz uma tendência para que os indivíduos avaliem os seus problemas como irresolúveis e avassaladores (Lyubomirsky et al., 1999), impedindo uma resolução eficaz dos problemas (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995; Lyubomirsky et al., 1999). Por conseguinte, a

ruminação dificulta a adoção de estratégias de regulação emocional, resultando, assim, na manutenção de um estado de humor negativo (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995).

Os estudos anteriores sugerem que quando os indivíduos ruminam no contexto de um humor disfórico evocam mais memórias negativas acerca do passado, interpretam as situações atuais mais negativamente e assumem uma posição negativa perante o futuro (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1993; 1995). Em contraste, quando indivíduos disfóricos que ruminam tentam resolver problemas, a qualidade de soluções geradas é menor que as geradas quando não se encontram em ruminação, quando estes são distraídos da ruminação por curtos períodos de tempo as suas memórias, interpretações de eventos ocorrentes e previsões do futuro mostram-se menos negativas (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995). Adicionalmente, diversos estudos concluíram também que a tendência para a ruminação nas emoções negativas não diminui quando o humor depressivo decresce e que a ruminação continua a predizer episódios depressivos futuros mesmo quando se procede ao controlo dos níveis iniciais de sintomas depressivos (Morrow, & Fredrickson, 1993; Nolen-Hoeksema, Roberts, Gilboa, & Gotlib, 1998), o que sugere que o estilo de resposta ruminativo constitui uma diferença individual estável correspondente ao modo específico como o indivíduo responde aos eventos de vida negativos e ao estado de humor depressivo (Robert et al., 1998; Watkins, 2009). Concordantemente, Nolen-Hoeksema (2004) propôs que a depressão é exacerbada pela ruminação, uma vez que esta aumenta o conteúdo negativo dos pensamentos, inibe a resolução eficiente de problemas, bem como outras competências instrumentais e perturba as redes de suporte social dos indivíduos. Estudos experimentais demonstraram que a ruminação se encontra associada à dificuldade em iniciar comportamentos adaptativos, tais como a resolução de problemas e implementação de soluções para tais problemas (Ward, Lyubomirsky, Sousa, & Nolen-Hoeksema, 2003). Adicionalmente, a ruminação associa-se também a uma diminuição da disposição para se envolver em atividades agradáveis (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema,

1993), a um aumento da intensidade e frequência de emoções negativas (Swinkels & Giuliano, 1995) e a baixos níveis de flexibilidade cognitiva (Davis & Nolen-Hoeksema, 2000). Por outro lado, a descentração apresenta-se como um mecanismo mediador da diminuição dos sintomas depressivos potenciados pela ruminação. Assim, a descentração pode ser definida como o mecanismo pelo qual os indivíduos aprendem a perspetivar os seus pensamentos e sentimentos como eventos mentais, que não correspondem necessariamente a uma reflexão da realidade ou do *self* (Feldman, Greeson, & Senville, 2010). Envolve visualizar a experiência interna com objetividade crescente, sendo que o foco do processo de descentração se encontra na mudança da relação do indivíduo com os seus sentimentos e pensamentos, e não na tentativa de alteração do conteúdo das experiências (Fresco et al., 2007). Assim, Fresco et al. (2007) interpretaram descentração como uma variável de diferenciação individual possivelmente representativa da durabilidade de resposta ao tratamento psicoterapêutico quando os indivíduos evidenciam ganhos na descentração.

Os mecanismos de ruminação depressiva e descentração encontram-se diretamente associados, uma vez que a descentração é especialmente relevante no que concerne à explicação da forma como é possível diminuir a ruminação depressiva (Feldman, Greeson & Senville, 2010), sendo que a primeira é concetualmente a antítese da segunda (Fresco et al., *in press*). Tem sido sugerido que uma das formas pelas quais a descentração se associa com o alívio do *stress* emocional envolve a aprendizagem de uma observação e não reação às experiências do momento presente do indivíduo e à ocorrência de pensamentos negativos automáticos (característicos da ruminação) (Ki, 2010). Em oposição à modificação do conteúdo dos pensamentos negativos automáticos, as técnicas que estimulam a capacidade de descentração fomentam a alteração da relação entre o indivíduo e os seus pensamentos e emoções, sendo que a redução da ativação de pensamentos e emoções negativas é atingida pelo aumento da capacidade do indivíduo de separação dos seus pensamentos e emoções da sua

perspetiva/imagem de si mesmo e pela não reatividade a experiências causadoras de *stress* emocional. Este aumento das capacidades de flexibilidade cognitiva relativamente a um processo de pensamento mais controlado (redução da ativação de pensamentos automáticos) facilita o processo de regulação emocional e aumenta a capacidade de resolução de problemas comprometida pela ruminação (Ki, 2010).

Em suma, a diminuição da ruminação depressiva aparenta ocorrer através da aprendizagem de competências específicas, como a descentração, ou seja, através da capacidade de se relacionar com as experiências negativas encarando-as como eventos mentais num contexto amplo de consciência plena (Teasdale, 1999). A adoção de uma perspetiva descentrada dos pensamentos, emoções e sensações contraria a ação repetitiva, negativa e demasiado analítica da ruminação. O processo de descentração das cognições e eventos inibe a ruminação, através da colmatação da lacuna entre os canais atencionais. Devido à sua postura de não julgamento e natureza de plasticidade, a atitude descentrada nega a redundância dos ciclos depressivos da ruminação e promove um foco no momento presente impedindo que o indivíduo enverede por padrões ruminativos (Dinis et al., 2011). Teasdale et al. (2002) defendem que a terapia cognitiva auxilia o desenvolvimento de uma perspetiva descentrada: através da implementação de estratégias cognitivas e comportamentais da terapia cognitiva, os indivíduos aprendem a relacionar-se mais funcionalmente com os sintomas depressivos e com situações que despoletam tais sintomas. Aparentemente, tal aprendizagem envolve a habilidade para alterar as condições cognitivas e, conseqüentemente, iniciar a descentração. No decurso da terapia cognitiva, os indivíduos aprendem a mudar em direção a uma perspetiva descentrada, pela prática repetida da identificação de pensamentos e sentimentos negativos e da examinação da sua exatidão (Teasdale et al., 2002).

## **Descenração e psicoterapia**

A descenração tem sido alvo explícito de diversas terapias cognitivas, como foi já mencionado, tendo sido teorizada como um agente de mudança cognitiva na psicoterapia (Beck, 1970; Heimberg & Ritten, 2008). Diversos estudos sustentam a importância do mecanismo de descenração na diminuição da ruminação depressiva, bem como na atenuação dos sintomas depressivos e diminuição da vulnerabilidade para a depressão/recaída.

Fresco et al. (2007) observaram que ganhos na descenração são específicos a indivíduos em tratamento com terapia cognitivo-comportamental comparativamente com indivíduos a receber tratamento com medicamentos antidepressivos. Adicionalmente, evidências de estudos longitudinais solidificaram a relação entre o processo pelo qual os sentimentos e pensamentos negativos são vividos no contexto de uma perspectiva descenrada e a vulnerabilidade para a depressão. Teasdale et al. (2002) constataram que (a) a elevada vulnerabilidade para a depressão, em indivíduos com antecedentes de depressão, envolve uma reduzida consciência dos seus pensamentos e sentimentos negativos ativados pelo humor disfórico; (b) a terapia cognitiva dirigida à depressão, apesar de explicitamente focada na alteração do conteúdo dos pensamentos negativos conduz, implicitamente, a mudanças na relação com os pensamentos e sentimentos negativos e ao conseqüente aumento de uma consciência metacognitiva; e, (c) o aumento da consciência metacognitiva medeia determinados efeitos preventivos da terapia cognitiva e outras intervenções que aumentam tal consciência reduzem o risco de recaída na depressão. Teasdale et al. (2002) concluíram assim que limitações na capacidade para experienciar pensamentos e sentimentos negativos numa perspectiva descenrada se encontram associadas à vulnerabilidade para a depressão e que a descenração assume um papel mediador do efeito da terapia cognitiva na redução da depressão.

Segal, Williams e Teasdale (2002) estudaram uma amostra de 158 pacientes em remissão parcial da depressão major e concluíram que níveis baixos de descentração eram preditivos da recaída precoce na depressão. Foi igualmente observado um aumento mais acentuado da consciência metacognitiva na terapia cognitiva, comparativamente com as outras condições de tratamento (Fresco et al., 2007). Fresco et al. (2007) reportaram ganhos mais significativos na descentração em indivíduos sujeitos à terapia cognitivo-comportamental que nos indivíduos a receber somente terapia psicofarmacológica com antidepressivos. Estes estudos sugerem então de forma consistente com as observações anteriores de que a descentração é um mecanismo importante no tratamento dos sintomas depressivos dentro da terapia cognitivo-comportamental.

De forma complementar, estudos laboratoriais contribuíram para a compreensão da relação entre descentração e vulnerabilidade para o humor negativo ao observarem que a ruminação induzida experimentalmente se relaciona com o humor negativo, enquanto a descentração diminui a intensidade do humor depressivo (Broderick, 2005; Singer & Dobson, 2007). De facto, a recaída na depressão parece fortemente associada ao regresso a modos automáticos de processamento cognitivo, tais como a ruminação, característicos do estado depressivo (Bieling et al., 2002). Pacientes sujeitos à terapia cognitiva baseada em *mindfulness*, que privilegia o desenvolvimento da capacidade de descentração, encontram-se mais conscientes e relacionam-se de forma distinta com os pensamentos, sentimentos e sensações corporais potencialmente depressogénicas (Bieling et al., 2002). Por sua vez, Shahr et al. (2010) estudaram uma amostra de pacientes deprimidos em remissão parcial, aleatoriamente distribuídos pelas condições de terapia cognitiva baseada em *mindfulness* e lista de espera, concluindo que as práticas de *mindfulness*, sendo a descentração um mecanismo que se supõe afetado por tais práticas, eram responsáveis pela redução da ruminação e, conseqüentemente, reduções dos sintomas depressivos (Bieling et al., 2002). No mesmo sentido, Erisman e Roemer

(*in press*) concluíram que exercícios breves de *mindfulness* produziam níveis mais elevados de descentração em comparação com condições de controlo neutras.

A investigação anterior tem também sugerido que a descentração é um processo relevante no tratamento de outras condições que não a depressão, como por exemplo: dor crónica (McCraken, Gutiérrez-Martínez, & Smyth, 2013), perturbação da ansiedade (Evans et al., 2008; Kim et al., 2009; Hayes-Skelton & Graham, 2013; Hoge et al., 2014), transtorno bipolar de humor (Miklowitz et al., 2009; Weber et al., 2010), cancro da próstata avançado (Chambers et al., 2013), perturbações psicóticas (Langer, Cangas, Salcedo & Fuentes, 2012), diabetes (Van Son et al., 2013), transtorno obsessivo-compulsivo (Hertenstein et al., 2012) e perturbações do comportamento alimentar (Alberts, Thewissen & Raes, 2012).

Apesar da evidência que sustenta a importância e eficácia da descentração no processo terapêutico da depressão e na eliminação dos processos ruminativos, os estudos conduzidos apresentam diversas limitações às quais se deve atender. Como foi demonstrado, inúmeros estudos focam o efeito da ruminação e da descentração na recaída da depressão (Bieling et al., 2012; Fresco, Segal, Buis & Kennedy, 2007; Teasdale et al., 2002) e não no seu efeito no decorrer de um tratamento ativo para a depressão. Mais, recorrem amplamente a condições de comparação como grupos de controlo, listas de espera e tratamentos farmacológicos existindo, assim, poucos estudos que focam a importância da comparação entre psicoterapias distintas (Bieling et al., 2012; Fresco, Segal, Buis & Kennedy, 2007; Jain et al., 2007; Josefsson, Lindwall & Broberg, 2014).

A maioria dos estudos conduzidos no âmbito da descentração e ruminação utilizam ambientes e condições laboratoriais, através de ensaios clínicos randomizados (RCT) por exemplo, o que limita a interpretação dos resultados pelas razões apresentadas em seguida. A característica principal dos RCT é a distribuição aleatória dos participantes pelas diferentes condições de tratamento e de controlo (Leichsenring, 2004), sendo que tal distribuição é

indispensável para assegurar que a existência prévia de diferenças entre os sujeitos é distribuída igualmente na amostra. Apesar de este procedimento assegurar uma atribuição igualitária aos tratamentos das diferenças entre os grupos no final das intervenções tem também sido apontado que ele constitui uma criação artificial e não representativa da prática clínica quotidiana. Adicionalmente, para que a distribuição aleatória cumpra o seu objetivo de controlar diferenças entre sujeitos teriam de ser utilizadas amostras consideráveis, o que frequentemente não ocorre. Uma outra crítica apontada aos RCT é referente ao elevado nível de abandono prematuro dos participantes distribuídos pelos grupos de controlo, já que compromete a sua representatividade relativamente aos grupos terapêuticos (Desmet, 2013; Leichsenring, 2004; Morrison, Bradley & Westen, 2003; Schindler, 2008).

Os RCT tipicamente utilizam critérios de exclusão rigorosos, o que não reflete as amostras de pacientes reais, nem o seu tratamento na prática clínica usual, colocando, assim, em causa a sua validade externa (Rønnestad, Lippe, Axelsen, Wampold & Greenberg, 2006; Schindler, 2008). Os critérios de exclusão têm como objetivo criar uma amostra homogénea, sendo que quanto maior o grau de homogeneidade da amostra, maior a possibilidade de estabelecer relações positivas de causalidade entre os resultados da terapia para determinada patologia e uma terapia específica (Morrison, 2003). Numa meta-análise recente de RCT para a depressão major, perturbação de pânico, perturbação de ansiedade generalizada, bulimia nervosa e transtorno obsessivo-compulsivo evidenciou uma taxa de exclusão entre 35-75%, aquando da seleção para a participação nos estudos, levantando, conseqüentemente, questões relativamente à generalização dos resultados (Morrison, 2003). Adicionalmente, os RCT examinam indivíduos previamente à inclusão no estudo de forma a maximizar a homogeneidade dos participantes e minimizar a presença de condições coocorrentes que possam originar resultados de difícil interpretação, utilizam tratamentos geralmente concebidos para uma única perturbação, relativamente breves, de duração fixa e seguem estritamente manuais

estandardizados (Morrison, 2003). Este conjunto de características permitem minimizar a variação entre condições e maximizar o controlo experimental necessário para efetuar inferências causais (Morrison, 2003).

Inversamente, os estudos naturalistas são conduzidos nas condições efetivas da prática clínica possuindo, assim, elevada representatividade clínica, já que os terapeutas aplicam nos seus estudos os mesmos métodos da psicoterapia administrados usualmente na sua prática quotidiana e para os quais possuem experiência. Sendo estudos que ocorrem no contexto clínico real, os indivíduos da amostra possuem perturbações complexas e diversas comorbidades, tal como ocorre na prática clínica (Leichsenring, 2004). Os próprios pacientes tomam decisões ativas quanto ao tipo específico de psicoterapia, ao psicoterapeuta e a duração do tratamento é determinada pelos requisitos clínicos (Leichsenring, 2004). Podemos então considerar que a especificidade dos estudos naturalistas se situa ao nível da heterogeneidade dos pacientes e da duração do tratamento (Baldwin, 2009; Minami, 2008). Também a estrutura da psicoterapia aplicada difere no contexto naturalista, uma vez que o terapeuta desenvolve uma formulação do caso individualizada e utiliza-a para selecionar e adaptar a intervenção; adota para o tratamento uma perspetiva de teste de hipóteses, na qual o terapeuta e o paciente definem objetivos psicoterapêuticos mensuráveis, monitorizam o processo terapêutico e os seus resultados em cada sessão e realizam ajustes de acordo com os resultados da monitorização (Persons et al., 2006). Embora estas características garantam um controlo elevado da validade externa, elas constituem também ameaças à validade interna, devido à reduzida possibilidade de controlo da distinção entre os fatores que influenciam os resultados e a própria terapia (Leichsenring, 2004).

Apesar das características da descentração serem amplamente investigadas em ambientes laboratoriais, por exemplo através dos *Randomized Controlled Trial* (RCT), surpreendentemente pouco é conhecido relativamente ao seu papel em condições naturalistas.

De facto, diversos autores defendem que um foco na validação empírica dos processos de mudança nas psicoterapias naturalistas seriam um complemento proveitoso dos RCT (Desmet, 2013; Leichsenring, 2004; Morrison, Bradley & Westen, 2003; Schindler, 2008).

Como se observa, o facto de os estudos anteriores sobre descentração serem sobretudo estudos laboratoriais coloca algumas dúvidas acerca da validade externa das suas observações significando que não é claro se o mecanismo de descentração está implicado da mesma forma na psicoterapia em contexto naturalista. Uma limitação adicional é a inexistência de investigações sobre relação da descentração com outras variáveis implicadas no processo de mudança psicoterapêutica, tendo como consequência que não é conhecida a sua relação com outras variáveis relevantes do processo psicoterapêutico.

### **Aliança terapêutica**

A aliança terapêutica tem sido concebida como o vínculo colaborativo e afetivo estabelecido entre psicoterapeuta e cliente e constitui um elemento essencial do processo psicoterapêutico (Martin, Garske & Davis, 2000). O seu desenvolvimento abrange três processos: (a) concordância nos objetivos traçados para a terapia; (b) consenso nas tarefas a realizar no decurso da terapia e (c) o vínculo entre cliente e terapeuta (Horvath, Flückiger, Del Re & Symonds, 2011).

A aliança terapêutica assume um destaque crescente devido à existência de resultados consistentes relativamente à presença de uma relação entre a qualidade da aliança terapêutica e os resultados terapêuticos (Martin, 2000; Martin, Garske & Davis, 2000). A sua centralidade é confirmada pelas diversas meta-análises conduzidas a partir da investigação existente sobre este constructo. Por exemplo, numa meta-análise conduzida por Horvath e Symonds (1991) os resultados da investigação mostraram uma correlação moderada mas consistente entre o

resultado psicoterapêutico e a percepção de aliança terapêutica sendo que esta contribuía para aproximadamente 5% da variância do resultado terapêutico. Este resultado era independente da modalidade da psicoterapia, da duração da intervenção ou do tamanho da amostra. Por sua vez, Horvath et al. (2011) a partir de mais de 190 bases de dados independentes e referentes a mais de 14 000 intervenções concluíram que a magnitude da relação entre a percepção de aliança terapêutica e o resultado psicoterapêutico era ligeiramente mais elevada ( $r=.275$ ), mas similar às encontradas anteriormente, indicando uma associação moderada mas robusta, sendo que a aliança contribui em cerca de 7,5% para a variância do resultado terapêutico.

Diversas investigações têm demonstrado que a percepção de aliança terapêutica inicial se relaciona com os resultados obtidos no final da terapia, isto é, com o sucesso psicoterapêutico. Nesse sentido, autores como Barber et al. (2000) e Klein et al. (2003) mostram que o fracasso no desenvolvimento de níveis iniciais de aliança terapêutica tem um impacto negativo nos resultados e pode levar ao abandono da terapia e conseqüente insucesso da psicoterapia (Veríssimo, 2007).

O estudo da relação entre aliança terapêutica e o sucesso terapêutico é transversal a diversas modalidades psicoterapêuticas, bem como a inúmeros quadros clínicos, como é o caso da depressão. Um estudo realizado por Klein et al. (2003) referente à percepção de aliança terapêutica no tratamento da depressão mostrou que a aliança terapêutica é preditiva de mudanças positivas nos sintomas depressivos. Barber et al. (2000) também concluíram que quanto mais elevada a percepção da qualidade da aliança terapêutica maiores são as melhorias nos sintomas depressivos observadas.

Como foi anteriormente mencionado, a capacidade de descentração é descrita como um mecanismo passível de conduzir à diminuição da severidade dos sintomas depressivos no contexto psicoterapêutico (Bieling et al, 2012; Fresco, Segal, Buis & Kennedy, 2007; Teasdale et al., 2002). Podemos assim verificar a existência de dois conceitos que podem conduzir à

diminuição dos sintomas depressivos – a capacidade de descentração e a percepção da aliança terapêutica –, que no âmbito de uma psicoterapia dirigida ao tratamento da depressão é sinónimo de sucesso terapêutico. Desta forma, importa estudar até que ponto a percepção de aliança terapêutica tem um efeito mediador/moderador na relação entre o aumento da capacidade de descentração, desenvolvida em psicoterapia, e o sucesso psicoterapêutico, isto é, a diminuição da severidade da sintomatologia depressiva.

É também importante salientar que ao contrário ao estudo da descentração, o estudo da aliança terapêutica ocorre abundantemente no contexto da psicoterapia naturalista, devido também à natureza relacional do constructo que se pretende investigar (Baldwin, Wampold & Imel, 2007; Eames & Roth, 2000; Hersoug, Høglend, Mosen & Havik, 2000; Sauer, Lopez & Gormley, 2003).

Em suma, a capacidade de descentração desenvolvida no contexto psicoterapêutico de tratamento da depressão, implica para o indivíduo a habilidade de observar de forma distanciada os seus sentimentos pensamentos encarando-os como eventos mentais temporários e passageiros que não correspondem a uma realidade efetiva ou à sua identidade (Safran & Segal, 1990) contrariando, assim, os mecanismos ruminativos tendenciosos que exacerbam os sintomas depressivos (Conway et al., 2000; Dinis et al., 2011; Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson, 1999; Nolen-Hoeksema & Morrison, 1993; Nolen-Hoeksema, Wisco & Lyubomisky, 2008). O desenvolvimento da capacidade de descentração conduz então à redução da severidade dos sintomas depressivos, colocando em destaque a relação entre estas duas variáveis (Broderick, 2005; Singer & Dobson, 2007; Teasdale, 1999; Teasdale et al., 2001). A descentração pode conduzir ao sucesso terapêutico no âmbito de uma psicoterapia dirigida ao tratamento da depressão. Porém, não podemos descuidar a existência de outros fatores que contribuem de igual forma para este resultado terapêutico, como a percepção da aliança terapêutica, conceito amplamente apontado como preditor do sucesso psicoterapêutico

(Barber et al., 2000; Horvath, Flückiger, Del Re & Symonds, 2011; Horvath & Symonds, 1991; Klein et al., 2003; Martin, 2000; Martin, Garske & Davis, 2000). É por isso, importante estudar que outros fatores produzem efeitos na relação entre capacidade de descentração e diminuição dos sintomas depressivos. No presente estudo propomo-nos a estudar o efeito preditivo da variável referente à percepção da qualidade da aliança terapêutica na relação entre descentração e depressão no contexto de uma psicoterapia naturalista.

## **CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO**

No contexto anteriormente descrito, o presente estudo teve como objetivo principal compreender a forma como a capacidade de descentração, desenvolvida no contexto de uma psicoterapia naturalista, influencia/exerce efeito sobre a severidade da sintomatologia depressiva, tendo como moderador/mediador de tal relação a percepção de aliança terapêutica. Como objetivo específico apresenta-se: estudar o sentido e magnitude do efeito mediador/moderador exercido pela percepção da qualidade da aliança terapêutica na relação entre depressão e descentração.

Como foi já descrito na revisão da literatura, no contexto psicoterapêutico existe uma relação empiricamente sustentada entre a capacidade de descentração e a severidade dos sintomas depressivos; e mais, que a percepção da qualidade da aliança terapêutica se relaciona com o resultado e com o sucesso da psicoterapia, que no caso da psicoterapia dirigida ao tratamento da depressão significa a diminuição dos sintomas depressivos. Assim, a partir dos resultados de investigações anteriores podemos elaborar as seguintes hipóteses para o presente estudo: (1) prevemos que mudanças na percepção de aliança terapêutica constituem um moderador significativo da relação entre a depressão e o resultado descentração, prevemos também que (2) o aumento da percepção de aliança terapêutica conduz a uma relação inversa entre depressão e descentração, isto é, que a severidade da sintomatologia depressiva diminui e a capacidade de descentração aumenta, quando reforçada a aliança terapêutica. De forma a testar as hipóteses formuladas foi realizado um estudo no contexto de uma psicoterapia naturalista dirigida ao tratamento da depressão, composto por 41 participantes a receber tratamento há pelo menos 21 sessões. Foi realizada uma avaliação pré e pós-tratamento da severidade dos sintomas depressivos, da capacidade de descentração e da percepção da qualidade da aliança terapêutica.

## Método

### Participantes

Os participantes foram recrutados no serviço de consulta psicológica na comunidade de uma instituição de ensino superior. Os participantes procuraram ajuda no serviço de consulta psicológica por sua iniciativa. Foram admitidos neste estudo 41 participantes, sendo as suas características sociodemográficas apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1  
*Caracterização sociodemográfica da amostra*

		N	%
Género	Masculino	14	34,1
	Feminino	27	65,9
Estado civil	Solteiro(a)	22	53,7
	Casado(a)/Coabitação	15	36,6
	Divorciado(a)/Separado(a)	3	7,3
	Viúvo(a)	1	2,4
Nacionalidade	Portuguesa	36	87,8
	Outra	5	12,2
Naturalidade	Porto	32	78,0
	Braga	9	22,0
Habilitações literárias	Ensino primário	3	7,3
	Ensino secundário	17	41,5
	Ensino superior	21	51,2
Situação profissional	Empregado	19	46,3
	Trabalhador/estudante	8	19,5
	Estudante	7	17,1
	Desempregado	6	14,6
	Outra não especificada	1	2,4

## **Psicoterapeutas**

Os participantes admitidos no estudo foram acompanhados por 9 psicoterapeutas dos quais sete (77,8%) se descrevem como psicoterapeutas de orientação focada nas emoções e dois (22,2%) descrevem-se como psicoterapeutas de orientação cognitivo-comportamental. Relativamente à média de idades dos psicoterapeutas esta situa-se nos 35 anos, sendo o mínimo correspondente a 29 anos e o máximo a 45 anos de idade (DP=5). No que concerne aos anos de experiência, os psicoterapeutas do presente estudo possuíam em média 4 anos de experiência, no mínimo 4 anos e no máximo 23 anos de experiência (DP=13).

## **Instrumentos**

### **Variável preditora – *Inventário de Depressão de Beck-II***

O Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II, Beck, Steer & Brown, 1996) destina-se a medir a intensidade da depressão em pacientes psiquiátricos, bem como em indivíduos da população geral. Foi utilizado no presente estudo com o propósito de avaliar a severidade da sintomatologia da perturbação depressiva major (DSM-IV, American Psychiatric Association, 2002), tendo sido considerada a variável preditora da capacidade de descentração. O BDI-II é composto por 21 itens, podendo ser administrada a indivíduos com idade superior a 13 anos. Engloba itens referentes a sentimentos de punição, pensamentos ou desejos suicidas e perda de interesse sexual, presentes na edição anterior do instrumento, acrescentando-se 4 novos sintomas ao BDI-II – agitação, desvalorização, dificuldade de concentração e falta de energia (Campos & Gonçalves, 2011). Para cada item, a intensidade do sintoma é avaliada numa escala do tipo Likert de 0 a 4. Os valores quantitativos para os pontos de corte da população portuguesa variam entre: 0 – 13 Depressão Mínima; 14 -19 Depressão Leve; 20 – 28 Depressão Moderada; 29 – 63 Depressão Severa; > 63 Depressão Major (Campos & Gonçalves, 2011). Relativamente

às suas qualidades psicométricas, o BDI-II revelou fidelidade ( $r$  de Pearson=,93; Beck, Steer, Brown, & Ranieri, 1996), consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach=,91; Beck, Steer, Brown, & Ranieri, 1996), e validade convergente ( $r$  de Pearson=,77; Kung, et al, 2013) apropriadas. A versão adaptada para a população portuguesa do BDI-II utilizada neste estudo revelou excelente consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach=,91), validade convergente apropriada ( $r$  de Pearson=,71) e uma estrutura fatorial semelhante à da versão original (Campos & Gonçalves, 2011). No presente estudo o BDI-II revelou uma boa consistência interna nos pré e no pós-tratamento ( $\alpha$  de Cronbach=,94 e  $\alpha$  de Cronbach=,96 respectivamente).

### **Potencial Moderador – *Inventário de Aliança Terapêutica***

O Inventário de Aliança Terapêutica (IAT, Machado & Horvath, 1999) corresponde à versão portuguesa do *Working Alliance Inventory* (WAI, Horvath & Greenberg, 1986) e consiste num instrumento de autorrelato que mede a percepção da qualidade da aliança terapêutica, sendo que existe uma versão para os clientes e outra versão para os terapeutas. Foi utilizado no presente estudo com o objetivo de avaliar a percepção da qualidade da aliança terapêutica entre o cliente e o terapeuta, bem como para testar o seu potencial efeito moderador entre o preditor severidade da sintomatologia depressiva e o resultado capacidade de descentração. O IAT é constituído por 3 subescalas representativas das componentes específicas da aliança terapêutica introduzidas por Bordin (1979) – acordo em relação aos objetivos, acordo em relação às tarefas e os vínculos entre terapeuta e cliente. Cada uma das 3 subescalas é composta por 12 itens distribuídos aleatoriamente ao longo do inventário. Os itens são avaliados de acordo com uma escala do tipo Likert de sete pontos (1=nunca e 7=sempre). No que respeita às qualidades psicométricas do IAT, a versão original revelou boa validade convergente e divergente (Ramos, 2008). A validade de constructo da versão portuguesa foi avaliada por referência à versão original, evidenciando uma forte concordância entre o conteúdo

do WAI e a definição de aliança terapêutica de Bordin (1979; Fernandes & Gonçalves, 2001). De acordo com Machado e Horvath (1999), a versão portuguesa tem revelado boa consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach=,95 para a escala total e de ,80 a ,93 para as subescalas). A versão para o cliente do IAT foi utilizada no presente estudo com o objetivo de avaliar a percepção da qualidade da aliança terapêutica pelo cliente. O IAT revelou boa consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach no momento de avaliação inicial e final são de ,94 e ,96, respetivamente).

### **Medida do resultado - *Questionário de Experiências***

O Questionário das Experiências (EQ, Fresco et al., 2007) foi construído com o objetivo de avaliar a capacidade de descentração, através de três facetas da descentração – capacidade do indivíduo para não se perceber a si mesmo como sinónimo dos seus pensamentos, para não reagir de forma automática e disfuncional às experiências negativas e para a auto-compaixão (Fresco et al., 2007). A escala completa do EQ é composta por 20 itens de autorrelato concebida para medir a descentração ou a desidentificação do indivíduo com o pensamento negativo e a ruminação, sendo que se divide em duas subescalas: uma referente à capacidade de descentração (14 itens) e uma outra que mede a ruminação (6 itens). Cada um dos itens é avaliado pelos participantes numa escala de Likert de 5 pontos (1-“nunca” a 5-”sempre”). Neste estudo foi utilizada apenas a subescala referente à avaliação da capacidade de descentração, sendo esta utilizada como medida do resultado nos modelos de mediação/moderação. A versão portuguesa da escala de descentração revelou boa consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach=,81), fidelidade teste-reteste ( $r$ =,86 e  $p$ <,010) e validade de constructo (Gregório, Pinto-Gouveia, Duarte & Simões, 2015). No presente estudo, a escala de descentração revelou boa consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach inicial e final igual a ,76 e ,94, respetivamente).

## **Procedimentos**

Os participantes foram recrutados no serviço de consulta psicológica de uma instituição de ensino superior. Como parte do procedimento habitual do serviço de consulta, os participantes foram recebidos numa consulta de avaliação psicológica prévia ao início da psicoterapia e, seguidamente, distribuídos pelos psicoterapeutas disponíveis no serviço. Foram também informados do procedimento regular de avaliação e monitorização do processo psicoterapêutico e deram o seu consentimento informado autorizando a utilização dessa informação para efeitos de investigação. Os participantes admitidos neste estudo cumpriram pelo menos 21 sessões de psicoterapia e possuíam dados para o Inventário de Depressão de Beck – II (Beck, Steer & Brown, 1996) e para o Questionário das Experiências (Fresco et al., 2007) completos para todas as sessões em que esses questionários foram avaliados. Os instrumentos BDI-II, WAI e o QE foram administrados de 4 em 4 sessões, sendo que para o presente estudo foi utilizada a informação relativa a sessão 1 e à sessão 21. Mais, a pontuação pré-pós resultante dos três instrumentos administrados foi utilizada como medida da quantidade de mudança na severidade da sintomatologia depressiva, na perceção da qualidade da aliança terapêutica e na capacidade de descentração.

## **Análise de dados**

Nas últimas décadas a investigação em psicoterapia tem reorientado o seu foco da demonstração da existência de determinado efeito para a compreensão do mecanismo pelo qual é exercido tal efeito (Hayes, 2012). Neste contexto, a exploração dos processos de mediação e moderação tem-se constituído como uma forma significativa de explorar os mecanismos associados ao processo de mudança em psicoterapia tendo sido reconhecido que as questões de

“como” (análise de mediação) e de “quando” (análise de moderação) resultam numa melhor compreensão dos mecanismos estudados, proporcionando um conhecimento mais profundo desses mecanismos (Hayes, 2012). O objetivo da análise de mediação é explorar qual a extensão na qual uma variável X influencia o resultado Y, através de uma ou mais variáveis mediadoras (Hayes, 2012). Por sua vez, a análise de moderação determina se o tamanho ou sentido do efeito de uma variável putativa causal X no resultado Y depende de uma ou mais variáveis moderadoras (Hayes, 2012).

Os dados recolhidos foram sujeitos a análise estatística através do *Statistic Package for Social Sciences* (SPSS – 22ª versão, IBM Corp., 2013), bem como do programa PROCESS (Hayes, 2013) para o SPSS, considerando as suas vantagens comparativamente a outros programas de análise estatística disponíveis. O programa PROCESS colmata a necessidade de um conhecimento extensivo de ferramentas estatísticas múltiplas por parte dos seus utilizadores (Hayes, 2012) e disponibiliza um elevado número de modelos que combinam mediação e moderação, permite que os mediadores se relacionem em série numa sequência causal, dispõe de medidas de efeito de tamanho para os efeitos indiretos em modelos de mediadores simples e múltiplos e gera efeitos diretos e indiretos para a mediação e efeitos condicionais nos modelos de moderação (Hayes, 2012).

O programa PROCESS (Hayes, 2013) para o SPSS foi utilizado para testar os modelos de mediação/moderação considerados, pelo que é importante tecer algumas considerações acerca dos princípios conceptuais da análise de mediação e de moderação. Um modelo de mediação representa um sistema causal no qual pelo menos uma variável X corresponde a um antecedente causal que, presumivelmente, influencia um resultado através de um único interveniente – a variável mediadora (M; Hayes, 2013). Neste modelo uma variável X específica influencia a variável Y através de duas direções distintas (X-M e M-Y). Para que um fenómeno seja conceptualizado como um processo de mediação é necessário ter em

consideração que a mediação é, em última instância, uma explicação causal. Isto é, para que possamos recorrer a uma análise de mediação as relações inseridas no sistema de mediação devem ser causais e a variável mediadora tem de se encontrar causalmente situada entre as variáveis X e Y, sendo que a variável X é causa da variável mediadora, que, por sua vez, despoleta a variável Y. A variável mediadora pode apenas transportar o efeito da variável X para a variável Y se o mediador se encontrar entre X e Y (Hayes, 2013). Quando uma investigação procura estudar se determinada variável influencia ou se relaciona com o tamanho do efeito de uma variável numa outra, recorreremos a uma análise de moderação. O conceito de moderação implica que o efeito da variável X numa variável Y é moderada por uma variável M se o seu tamanho, sinal ou força depender ou puder ser prevista por M. Neste caso, M é moderadora do efeito de X em Y e M e X interagem entre si na influência exercida em Y. O PROCESS (Hayes, 2013) aborda a análise de mediação e de moderação como um procedimento baseado na regressão realizada em SPSS, no que concerne à análise fatorial de variância, contudo os procedimentos da regressão são mais generalizados e flexíveis (Hayes, 2013). O PROCESS proporciona uma análise mais completa, uma vez que estima um modelo que fornece os coeficientes de regressão, erros padrão, estima automaticamente efeitos condicionais, calcula a proporção da variância no resultado atribuída à interação e implementa a técnica de Johnson-Neyman (teste de Johnson-Neyman; Johnson & Neyman, 1936) que permite comprovar as interações do modelo (Hayes, 2013).

## **Resultados**

Prosseguimos com a descrição dos resultados decorrente da análise dos dados descrita anteriormente. As características descritivas e as correlações entre a sintomatologia depressiva,

a capacidade de descentração e a percepção da aliança terapêutica pelo cliente são apresentadas na Tabela 2 e na Tabela 3.

Tabela 2

*Características descritivas da sintomatologia depressiva, da capacidade de descentração e da percepção da aliança terapêutica pelo cliente*

		Média	Desvio padrão	Máximo	Mínimo
BDI-II	Pré-tratamento	22,66	13,33	53,00	1,00
	Pós-tratamento	10,54	11,43	48,00	,00
QE	Pré-tratamento	31,17	5,53	41,00	18,00
	Pós-tratamento	34,22	8,64	48,00	,00
WAI-C	Pré-tratamento	66,56	8,35	84,00	48,00
	Pós-tratamento	65,32	11,70	83,00	26,00
	$\Delta$ BDI-II	-12,12	10,84	4,00	-46,00
	$\Delta$ QE	3,05	9,12	21,00	-26,00
	$\Delta$ WAI-C	-1,24	10,44	17,00	-43,00

Ao analisarmos a Tabela 3, referente à correlação entre sintomatologia depressiva, capacidade de descentração e percepção da aliança terapêutica pelo cliente podemos verificar a existência de uma correlação estatisticamente significativa moderada e negativa entre a sintomatologia depressiva e capacidade de descentração ( $r=-,397$ ).

Tabela 3

*Correlação entre sintomatologia depressiva, capacidade de descentração e percepção da aliança terapêutica pelo cliente*

	BDI-II	EQ	WAI-C
BDI-II	-	-,397*	-,237
EQ	-,397*	-	,189
WAI-C	-,237	,189	-

\* $p<,05$

Com o objetivo de estudar se existem mudanças na sintomatologia depressiva, na capacidade de descentração e na percepção de aliança terapêutica pelo cliente entre o pré-tratamento e o pós-tratamento foi realizado o teste de medidas repetidas de análise de variância

multivariada. Confrontando a Tabela 4, obtida através da análise de *post hoc* pelo método de Bonferoni, os resultados sugerem que existem diferenças significativas entre as médias da sintomatologia depressiva, da capacidade de descentração e da percepção da aliança terapêutica pelo cliente entre o pré e o pós-tratamento ( $p < ,05$ ).

Tabela 4

*Comparação entre as médias da sintomatologia depressiva, da capacidade de descentração e da percepção da aliança terapêutica pelo cliente no pré e pós-tratamento*

			Diferença de médias (pré-pós)	Erro padrão	<i>p</i>	95% Intervalo de Confiança para Diferença	
						Limite inferior	Limite superior
BDI-II	Pré-tratamento	Pós-tratamento	12,122	1,692	,000*	8,702	15,542
QE	Pré-tratamento	Pós-tratamento	-3,049	1,425	,039*	-5,929	-,169
WAI-C	Pré-tratamento	Pós-tratamento	-2,854	1,223	,025*	-5,325	-,382

\* $p < ,05$ .

A Tabela 5 permite-nos inferir quanto ao nível de variabilidade suscetível de ser explicada pelo pré e pós-tratamento para as variáveis estudadas. Portanto, podemos observar que 56,2% da variabilidade da sintomatologia depressiva, 10,3% da variabilidade da capacidade de descentração e 12,0% da variabilidade da percepção da aliança terapêutica do cliente é atribuída ao fator pré e pós-tratamento.

Tabela 5

*Testes de efeito para o pré e pós tratamento e os três instrumentos*

		Tipo III			<i>p</i>	Eta parcial quadrado	Potência observada
		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio			
BDI-II	Esfericidade considerada	3012,305	1	3012,305	,000*	,562	1,000
	Greenhouse-Geisser	3012,305	1,000	3012,305	,000*	,562	1,000
	Huynh-Feldt	3012,305	1,000	3012,305	,000*	,562	1,000
	Limite inferior	3012,305	1,000	3012,305	,000*	,562	1,000
QE	Esfericidade considerada	190,549	1	190,549	,039*	,103	,551

	Greenhouse-Geisser	190,549	1,000	190,549	,039*	,103	,551
	Huynh-Feldt	190,549	1,000	190,549	,039*	,103	,551
	Limite inferior	190,549	1,000	190,549	,039*	,103	,551
	Esfericidade considerada	166,939	1	166,939	,025*	,120	,624
WAI-C	Greenhouse-Geisser	166,939	1,000	166,939	,025*	,120	,624
	Huynh-Feldt	166,939	1,000	166,939	,025*	,120	,624
	Limite inferior	166,939	1,000	166,939	,025*	,120	,624

\* $p < ,05$

Com o propósito de estudar o tamanho do efeito da sintomatologia depressiva, da capacidade de descentração e da percepção da aliança terapêutica pelo cliente no pré e pós-tratamento, foi realizado o teste  $t$  para amostras emparelhadas para cada um dos instrumentos de avaliação utilizados e, posteriormente, calculado o tamanho do seu efeito. Observamos que a diferença entre as médias relativas à sintomatologia depressiva no pré e no pós-tratamento é elevada ( $d=2,265$ ), sendo que a severidade dos sintomas depressivos no pré-tratamento apresenta uma média superior à média dos sintomas depressivos no pós-tratamento. No que respeita à capacidade de descentração, a diferença entre as médias no pré e pós-tratamento é também elevada ( $d=-,677$ ) e a média da capacidade de descentração no pós-tratamento é superior à média da capacidade de descentração no início do tratamento. Por fim, a diferença entre as médias da percepção da aliança terapêutica pelo cliente no pré e pós-terapia é, igualmente, elevado ( $d=-,738$ ), sendo que a média da percepção da aliança terapêutica pelo cliente no pós-tratamento é superior à média no início do tratamento. Podemos, por isso, verificar uma melhoria significativa da sintomatologia depressiva, da capacidade de descentração e da percepção do cliente da qualidade da aliança terapêutica entre o momento pré e pós-tratamento.

Inicialmente foi utilizada uma abordagem exploratória tendo sido testados diversos modelos de mediação e moderação considerando a intensidade da sintomatologia depressiva e o nível da capacidade de descentração quer como variáveis preditoras, quer como variáveis de

resultado e a percepção de aliança terapêutica pelo cliente e pelo terapeuta quer como variáveis mediadoras, quer como variáveis moderadoras. Globalmente estes modelos revelaram-se inadequados aos dados recolhidos. O modelo que é apresentado revelou-se o mais adequado (Figura 1).

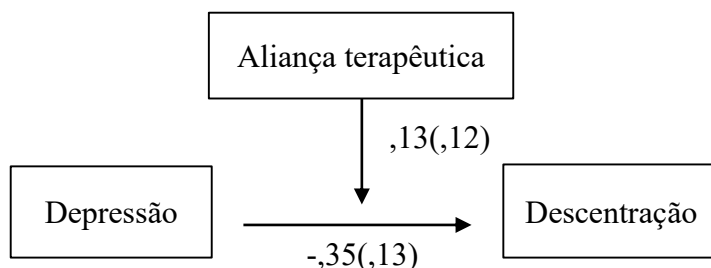


Figura 1. Ilustração do modelo de moderação da relação entre depressão e descentração. Coeficientes indicam o peso da regressão B(SE)

Podemos observar que este é um modelo de moderação significativo,  $F(3, 37) = 3,75$ ,  $p < ,05$ ,  $R^2 = ,20$ . Observamos também que a diminuição da sintomatologia depressiva é um preditor estatisticamente significativo do aumento da capacidade de descentração ( $b = -,35$ ,  $t(37) = -2,68$ ,  $p < ,05$ ).

Foi estudado o efeito condicional da mudança na sintomatologia depressiva na capacidade de descentração no moderador percepção da aliança terapêutica pelo cliente (cfr. Tabela 6).

Tabela 6

*Efeito condicional da mudança na sintomatologia depressiva na capacidade de descentração para valores baixos, médios e altos do moderador mudanças na percepção da aliança terapêutica pelo cliente*

Percepção de aliança terapêutica pelo cliente	b	Se	t	P	LLCI	ULCI
-7,83	-,54	,20	-2,67	,01*	-,94	-,13
,00	-,35	,13	-2,68	,01*	-,61	-,08
7,83	-,16	,14	-1,14	,26	-,44	,12

\* $p < ,05$

Como podemos verificar ao analisar a Tabela 6, para valores baixos na percepção de aliança terapêutica pelo cliente ( $M-1SD= 43,172$ ),  $b=-,54$ ,  $t(37)=-2,67$ ,  $p<,05$ , ou seja, cada unidade de aumento no BDI-II (sintomatologia depressiva) resulta num decréscimo de ,54 unidades na subescala de descentração do QE (capacidade de descentração). Para valores médios de percepção de aliança terapêutica pelo cliente ( $M=51,61$ ),  $b=-,35$ ,  $t(37)=-2,68$ ,  $p<,05$ , sendo que cada ponto adicional no BDI-II (sintomatologia depressiva) resulta num decréscimo de ,35 pontos na subescala de descentração do QE (capacidade de descentração).

Seguidamente, apresentamos os valores da zona de significância para o efeito de moderação da percepção da aliança terapêutica pelo cliente (cfr. Tabela 7).

Tabela 7

*Zona de significância para o efeito de moderação da percepção da aliança terapêutica pelo cliente*

Percepção de aliança terapêutica pelo cliente	b	Se	T	p	LLCI	ULCI
-23,85	-,92	,41	-2,24	,03*	-1,75	-,09
-21,25	-,86	,38	-2,29	,03*	-1,62	-,10
-18,65	-,80	,34	-2,35	,02*	-1,48	-,11
-16,05	-,73	,30	-2,41	,02*	-1,35	-,12
-13,45	-,67	,27	-2,48	,02*	-1,22	-,12
-10,85	-,61	,24	-2,56	,01*	-1,09	-,13
-8,25	-,55	,21	-2,65	,01*	-,96	-,13
-5,65	-,48	,18	-2,74	,01*	-,84	-,13
-3,05	-,42	,15	-2,78	,01*	-,73	-,11
-,45	-,36	,13	-2,71	,01*	-,62	-,09
2,15	-,29	,12	-2,42	,02*	-,54	-,05
4,16	-,25	,12	-2,03	,05	-,49	,00
4,75	-,23	,12	-1,89	,07	-,48	,02
7,35	-,17	,13	-1,25	,22	-,44	,10
9,95	-,11	,15	-,68	,50	-,42	,21
12,55	-,04	,18	-,24	,82	-,41	,32
15,15	,02	,21	,10	,92	-,41	,45
17,75	,08	,24	,34	,73	-,41	,57
20,35	,15	,28	,53	,60	-,41	,70
22,95	,21	,31	,67	,51	-,42	,84
25,55	,27	,35	,79	,44	-,43	,97
28,15	,33	,38	,88	,39	-,44	1,11

\* $p<,05$

De acordo com o teste de Johnson-Neyman (Jonhson & Neyman, 1936), 80,49% dos valores para o moderador aliança terapêutica situam-se na zona de significância. Analisando a zona de significância concluímos que, a quantidade de mudança na percepção de aliança terapêutica pelo cliente se situam entre o valor mínimo (29) e a média (51,61) existe uma relação significativa entre depressão e descentração. À medida que nos aproximamos dos valores mínimos da aliança terapêutica, mais negativo é o efeito da depressão e conseqüentemente mais baixos são os níveis de descentração.

Para melhor ilustrar o efeito moderador da percepção da aliança terapêutica pelo cliente na relação entre depressão e descentração apresentamos a Figura 2.

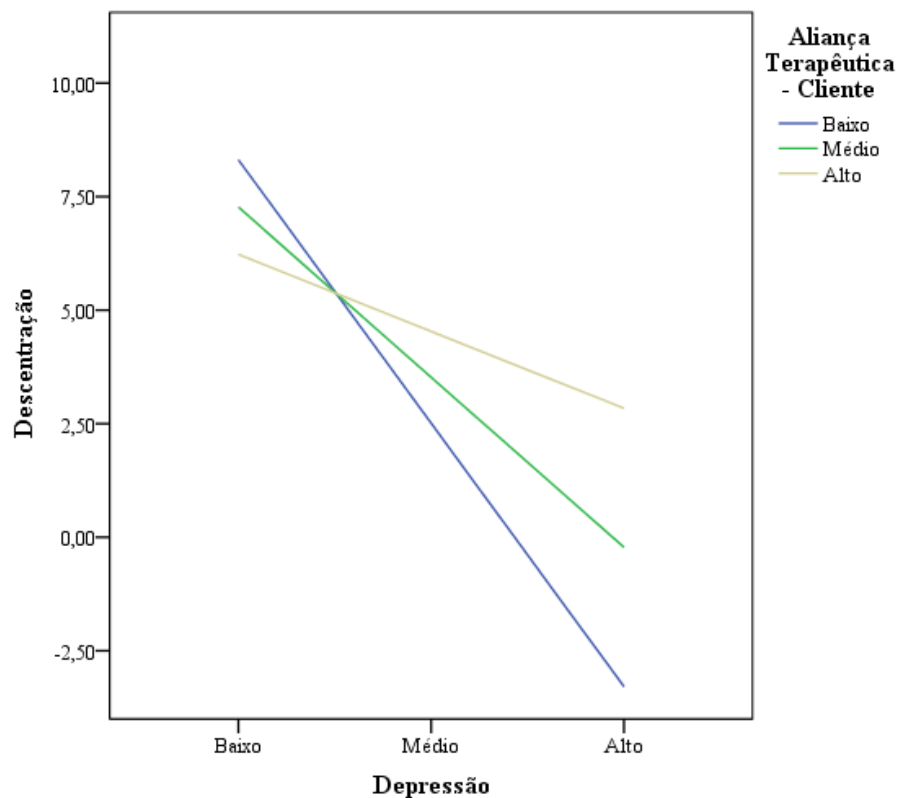


Figura 2. Efeito moderador da percepção de aliança terapêutica pelo cliente na depressão e descentração

## Discussão

Após a descrição e interpretação dos resultados, aceitamos as hipóteses formuladas anteriormente. Como previmos, o modelo apresentado corrobora as conclusões de outras investigações conduzidas da existência de uma relação significativa entre depressão e descentração (Bieling et al., 2012; Broderick, 2005; Dinis et al., 2011; Feldman, Greeson, & Senville, 2010; Fresco et al., 2007; Fresco, Segal, Buis & Kennedy, 2007; Forman et al., *in press*; Ki, 2010; Singer & Dobson, 2007; Teasdale, 1999; Teasdale et al., 2002), sendo que a severidade da sintomatologia depressiva constitui um preditor da capacidade de descentração. Adicionalmente, os resultados obtidos são congruentes com os das investigações referidas no que respeita ao sentido desta relação, ou seja, a relação entre depressão e descentração é inversa – quando a severidade da sintomatologia aumenta, conseqüentemente, a capacidade de descentração diminui.

Como salientou Bordin (1983), a construção de uma forte aliança terapêutica constitui um aspeto fundamental para o processo de mudança terapêutico e a quantidade de mudança resultante do processo é função da aliança terapêutica. Mais, enfatiza que a aliança terapêutica não é apenas o estabelecimento da relação terapêutica de forma a facilitar a aceitação do tratamento – a construção da aliança terapêutica é o processo terapêutico. Tal, é concordante com os resultados do presente estudo previamente apresentados de que a perceção de aliança terapêutica é um moderador significativo da relação entre o preditor depressão e o resultado descentração. Podemos, desta forma, aceitar totalmente a hipótese formulada anteriormente de que mudanças na perceção da qualidade da aliança terapêutica constituem um moderador significativo da relação entre depressão e descentração.

Foi igualmente previsto que o aumento da perceção de aliança terapêutica conduz a uma relação inversa entre depressão e descentração, isto é, que a severidade da sintomatologia

depressiva diminui e a capacidade de descentração aumenta, quando reforçada a percepção de aliança terapêutica. Para tal, importa analisar o efeito condicional da depressão na descentração nos valores do moderador aliança terapêutica, ou seja, é importante discutir como se comporta a relação entre depressão e descentração face a alterações na qualidade da aliança terapêutica. Como foi já apresentado na secção anterior, quando os valores de percepção de aliança terapêutica são baixos, o aumento de um ponto no BDI-II implica o decréscimo de ,54 pontos na escala de descentração do QE. Por sua vez, quando os valores de percepção aliança terapêutica pelo cliente são médios, um ponto de aumento no BDI-II conduz ao decréscimo de ,35 pontos na subescala de descentração do QE – podemos portanto aceitar a segunda hipótese formulada.

Adicionalmente, analisando atentamente estes resultados podemos verificar que à medida que os valores da percepção de aliança terapêutica pelo cliente aumentam, a influência da severidade dos sintomas depressivos na capacidade de descentração esmorece. Tal, evidencia a importância da percepção de aliança terapêutica, bem como o seu efeito no resultado. Isto uma vez que a quantidade de aumento medida no BDI-II se mantém inalterada, sendo que quando os valores de aliança terapêutica se aproximam da média o efeito na capacidade de descentração se torna menos negativo.

## **Conclusão**

O presente estudo apresenta algumas limitações: os resultados observados são limitados pelo pequeno tamanho da amostra (N=41) e por conseguinte devem ser interpretados com algum cuidado. O facto de a psicoterapia implementada no presente estudo respeitar duas orientações psicoterapêuticas distintas é encarado como uma vantagem, porém a distribuição dos participantes por psicoterapeutas de orientação TCC e de orientação EFT não foi realizada uniformemente, o que pode ter acarretado implicações para os resultados devido às suas

diferentes técnicas psicoterapêuticas. Apesar das suas limitações, devemos salientar as implicações do presente estudo para futuras investigações. Dada a escassez de investigações acerca da relação entre depressão e descentração em psicoterapias naturalistas este estudo mostra-se pertinente, uma vez que os nossos resultados encontram-se em conformidade com os resultados de estudos realizados em condições laboratoriais, contudo é de ressaltar que é ainda necessário um grande investimento na investigação da relação depressão-descentração em condições correspondentes à prática psicoterapêutica quotidiana. Os resultados obtidos mostram que a relação entre capacidade de descentração e diminuição dos sintomas depressivos não é linear e existem outras variáveis que exercem efeito no comportamento desta relação, como a percepção da aliança terapêutica que deve ser cuidadosamente desenvolvida pelos psicoterapeutas de forma a maximizar o sucesso terapêutico. Mais, tal conclusão constitui um ponto de partida para a exploração de outras variáveis que operam na relação entre capacidade de descentração e diminuição dos sintomas depressivos em investigações futuras.

## REFERÊNCIAS

Alberts, H., Thewissen R, & Raes, L.. (2012). Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite*, 52, pp. 847-851.

American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – 4ª edição*. Lisboa: Climepsi.

Baldwin, S. A., Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2007). Untangling the Alliance-Outcome Correlation: Exploring the Relative Importance of Therapist and Patient Variability in the Alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75/6, pp. 842-852.

Barber, J.P., Connolly, M.B., Crits-Christoph, P., Gladis, L. & Siqueland, L. (2000). Alliance Predicts Patients' Outcome Beyond In-Treatment Change in Symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68/6, pp. 1027-1032.

Beck, A. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1, pp. 184–200.

Beck, A., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.

Bieling, P.J., Hawley, L. L., Bloch, R. T., Corcoran, K. M., Levitan, R. D., Young, L. T., MacQueen, G. M. & Segal, Z. V.. (2012). Treatment-Specific Changes in Decentering Following Mindfulness-Based Cognitive Therapy Versus Antidepressant Medication or Placebo for Prevention of Depressive Relapse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 80/3, pp. 365–372.

Bordin, E. S. (1983). A working alliance based model of supervision. *The Counseling Psychology*, 11/1, pp. 35-42.

Bordin, E. S. (1994). *Theory and Research on the Therapeutic Working Alliance: New Direction*. Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (Eds.). *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Broderick, P. (2005). Mindfulness and Coping with Dysphoric Mood: Contrasts with Rumination and Distraction. *Cognitive Therapy and Research*, 29/ 5, pp. 501-510.

Chambers, S. (2013). *A randomised controlled trial of a mindfulness intervention for men with advanced prostate cancer*.

Dancey, C. & Reidy, J. (2006). *Estatística Sem Matemática para a Psicologia : Usando SPSS para Windows*. Porto Alegre: Artmed.

Davis, N. R. & Nolen-Hoeksema, S. (2000). Cognitive Inflexibility Among Ruminators and Nonruminators. *Cognitive Therapy and Research*, 24/ 6, pp. 699–711.

Desmet, A. (2013). Experimental versus Naturalistic Psychotherapy Research: consequences for researchers, clinicians, policy makers and patients. *Psychoanalytische Perspectieven*, 31/1, pp. 59-78.

Dinis, A., Gouveia, J.P., Duarte, C. & Castro, T. (2011). Estudo de validação da versão portuguesa da Escala de Respostas Ruminativas – Versão Reduzida. *Psychologia*, 54, pp. 175-201.

Eames, V. & Roth, A. (2000). Patient Attachment Orientation and the Early Working Alliance: A Study of Patient and Therapist Reports of Alliance Quality and Ruptures. *Psychotherapy Research*, 10/4, pp. 421-434.

Erisman, S. M. & Roemer, L. (2010). A Preliminary Investigation of the Effects of Experimentally-Induced Mindfulness on Emotional Responding to Film Clips. *Emotion*, 10/1, pp. 72-82.

Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C. & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, pp.716–721

Feldman, G., Greeson, J. & Senville, J. (2010). Differential effects of mindful breathing, progressive muscle relaxation, and loving-kindness meditation on decentering and negative reactions to repetitive thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 48/10, pp. 1002–1011.

Fernandes, E. & Gonçalves, O. (2001). Encontro de narrativas terapêuticas: memórias do terapeuta activadas durante o processo de recordação do cliente. *Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la Salud*, 1/1, pp. 53-72.

Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E, Yeomans, P. D. & Geller, P. A. (*in press*). A Randomized Controlled Effectiveness Trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for Anxiety and Depression. *Behavior Modification*.

Fresco, D. M., Segal, Z. V., Buis, T. & Kennedy, S. (2007). Relationship of Posttreatment Decentering and Cognitive Reactivity to Relapse in Major Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75/3, pp. 447-455.

Fresco, D. M. (*in press*). Initial Psychometric Properties of the Experiences Questionnaire: Validation of a Self-Report Measure of Decentering.

Goetter, E. M. (2010). An Empirical Investigation of Depressive Rumination: Implications for Cognitive Flexibility, Problem Solving and Depression.

Gregório, S., Pinto-Gouveia, J., Duarte, C. & Simões, L. (2015). Expanding Research on Decentering as Measures by the Portuguese Version of the Experience Questionnaire. *The Spanish Journal of Psychology*, 18.

Haigh, E.P. (2009). *The relationship of rumination, negative mood, and decentering within a multi-level theory of mind*.

Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, pp. 1–25.

Hayes, A. F. (2012). *PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling*.

Heimberg, R. G., & Ritter, M. R. (2008). Cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for the anxiety disorders: Two approaches with much to offer. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15, pp. 296–298.

Hersoug, A. G., HØglend, P., Monsen, J. T. & Havik, O. E. (2001). Quality of Working Alliance in Psychotherapy: Therapist Variables and Patient/Therapist Similarity as Predictors. *Journal of Psychotherapy Practice Research*, 10/4, pp. 205-216.

Hoge, E. A., Bui, E., Goetter, E., Robinaugh, D. J., Ojserkis, R. A., Fresco, D. M. & Simon, N. M. (2014). Change in Decentering Mediates Improvement in Anxiety in Mindfulness-Based Stress Reduction for Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy Research*.

Horvath, A.O., Del Re, A.C., Fluckiger, C. & Symonds (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chicago III)*, 48/1, pp. 9-16.

Horvath, A.O. & Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counselling Psychology*, 38/2, pp. 139-149.

Jain, S., Shapiro, S. L., Swanick, S., Roesch, S. C., Mills, P. J. Bell, I. & Schwartz, G. R. (2007). A Randomized Controlled Trial of Mindfulness Meditation Versus Relaxation Training: Effects on Distress, Positive States of Mind, Rumination, and Distraction. *Annals of Behavioral Medicine*, 33/1, pp. 11-21.

Johnson, P. O. & Neyman, J. (1936). Test a certain linear hypothesis and their application to some educational problems. *Statistical Research Memoirs*, 1, pp. 57-93.

Josefsson, T., Lindwall, M. & Broberg, A.G. (2014). The Effects of a Short-term Mindfulness Based Intervention on Self-reported Mindfulness, Decentering, Executive Attention, Psychological Health, and Coping Style: Examining Unique Mindfulness Effects and Mediators. *Mindfulness*, 5/1, pp. 18-35.

Just, N. & Alloy, L. B. (1997). The Response Styles Theory of Depression: Tests and an Extension of the Theory. *Journal of Abnormal Psychology*, 106/2, pp. 221-229.

Ki, H. (2010). *The Effect of Ruminative and Experiential Processing on Negative Thinking on Depression: An Experimental Approach*.

Kim, Y, Lee, S, Choi, T., Suh, S., Kim, B., Kim, C, Cho, S., Kim, M., Yook, K., Ryu, M., Song, S. & Yook, K. (2009). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy as an Adjuvant to Pharmacotherapy in Patients with Panic Disorder or Generalized Anxiety Disorder. *Depression and Anxiety*, 26, pp. 601–606.

Klein, D.N. et al. (2003). Therapeutic Alliance in Depression Treatment: Controlling for Prior Change and Patient Characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71/6, pp. 997-1006.

Langer, A., Cangas, A., Salcedo, E. & Fuentes, B. (2012). Applying Mindfulness Therapy in a Group of Psychotic Individuals: A Controlled Study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, pp. 1-5.

Leichsenring, F. (2004). Randomized controlled versus naturalistic studies: A new research agenda. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68, pp. 137-151.

Lyubomirsky, S., Calwell, N. D. & Nolen-Hoeksema, S. (1998). Effects of Ruminative and Distracting Responses to Depressed Mood on Retrieval of Autobiographical Memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75/1, pp. 166-177.

Lyubomirsky, S. & Nolen-Hoeksema, S. (1993). Self-Perpetuation Properties of Dysphoric Rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65/2, pp. 339-349.

Lyubomirsky, S. & Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of Self-Focused Rumination on Negative Thinking and Interpersonal Problem Solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69/1, pp. 176-190.

Lyubomirsky, S., Tucker, K. L., Caldwell, N. D. & Berg, K. (1999). Why Ruminators Are Poor Problem Solvers: Clues From the Phenomenology of Dysphoric Rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77/5, pp. 1041-1060.

McCracken, L. M., Gutiérrez-Martínez, O. & Smyth, C. (2013). “Decentering” Reflects Psychological Flexibility in People With Chronic Pain and Correlates With Their Quality of Functioning. *Health Psychology*, 32/7, pp. 820-823.

Morrison, K.H., Bradley, R. & Westen, D. (2003). The external validity of controlled clinical trials of psychotherapy for depression and anxiety: A naturalistic study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 109–132

Morrow, J. & Nolen-Hoeksema, S. (1990). Effects of Responses to Depression on the Remediation of Depressive Affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58/3, pp. 519-527.

Miklowitz, D., Alatiq, Y., Goodwin, G., Geddes, J., Fennell, J., Dimidjian, S., Hauser, M. & Williams, J. (2009). A Pilot Study of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Bipolar Disorder. *International Association for Cognitive Psychotherapy*, 2/4, pp. 373-382.

Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex Differences in Unipolar Depression: Evidence and Theory. *Psychological Bulletin*, 101/2, pp. 259-282.

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, pp. 569-582.

Nolen-Hoeksema, S. (2000). The Role of Rumination in Depressive Disorders and Mixed Anxiety/Depressive Symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109/3, pp. 504-511.

Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. & Grayson, C. (1999). Explaining the Gender Difference in Depressive Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77/5, pp. 1061-1072.

Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J. & Fredrickson, B. L. (1993). Response Styles and the Duration of Episodes of Depressed Mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 102/1, pp. 20-28.

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E. & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3/5, pp. 400-424.

Papageorgiou, C. & Wells, A. (2004). *Depressive rumination: nature, theory, and treatment*. Chichester: John Wiley & Son, Ltd.

Ramel, W., Goldin, P. R., Carmona, P. E. & McQuaid, J. R. (2004). The Effects of Mindfulness Meditation on Cognitive Processes and Affect in Patients With Past Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28/ 4, pp. 433–455.

Ramos, M.A.F. (2008). *Análise das características psicométricas da versão portuguesa do Working Alliance Inventory – short revised*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, Portugal.

Read, K. (2013). *Instructor's Manual for Dialectical Behavior Therapy with Marsha Linehan*.

Roberts, J. E., Gilboa, E. & Gotlib, I. H. (1998). Ruminative Response Style and Vulnerability to Episodes of Dysphoria: Gender, Neuroticism, and Episode Duration. *Cognitive Therapy and Research*, 22/4, pp. 401-423.

Rønnestad, M. H., Lippe, A., Axelsen, E., Wampold, B., & Greenberg, L. (2006). An intensive process-outcome study of the interpersonal aspects of psychotherapy. *Oslo: University of Oslo, Department of Psychology*.

Safran, J.D. & Segal, Z.V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.

Sauer, E. M., Lopez, F. G. & Gormley, B. (2003). Respective contribution of therapist and client adult attachment orientations to the development of the early working alliance: a preliminary growth modeling study. *Psychotherapy Research*, 13/3, pp. 371-382.

Segal, Z.V., Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness Based Therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.

Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A. & Freedman, B. (2006). Mechanisms of Mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62/3, pp. 373-386.

Singer, A. & Dobson, K. (2007). An experimental investigation of the cognitive vulnerability to depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45, pp. 563–575

Soler, J., Franquesa, A., Feliu-Soler, A., Cebolla, A., García-Campayo, J., Tejedor, R., Demarzo, M., Baños, R., Pascual, J. C. & Portella, M. J. (2014). Assessing decentering: Validation, psychometric properties and clinical usefulness of the Experiences Questionnaire in a Spanish sample. *Behavior Therapy*.

Teasdale, J. D. (1999). Metacognition, Mindfulness and the Modification of Mood Disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, pp. 146-155.

Teasdale, J. D., Pope, M., Moore, R. G., Hayhurst, H., Williams, S. & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive Awareness and Prevention of Relapse in Depression: Empirical Evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70/2, pp. 275-287.

Tsai, M. (2009). *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, Courage, Love, and Behaviorism*. Springer: New York.

Van Son, J., Nyklíček, I., Pop, V., Blonk, M., Erdtsieck, R., Spooren, P., Toorians, A. & Pouter, F. (2013). *The Effects of a Mindfulness-Based Intervention on Emotional Distress, Quality of Life, and HbA1c in Outpatients With Diabetes (DiaMind)*.

Veríssimo, A.C. (2007). *A Importância da Aliança Terapêutica no Acompanhamento de Adolescentes com Patologias Limite*. Dissertação de mestrado, Instituto Superior Miguel Torga, Portugal.

Viglione, D. J., Lovette, G. J. & Gottlieb, R. (1995). Depressive Experiences Questionnaire: An Empirical Exploration of the Underlying Theory. *Journal of Personality Assessment*, 65/1, pp. 91-99

Ward, A., Lyubomirsky, S., Sousa L. & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Can't Quite Commit: Rumination and Uncertainty. *Society for Personality and Social Psychology, Inc.*, 29/1, pp. 96-107.

Watkins, E. R. (2009). Depressive Rumination and Co-Morbidity: Evidence for Brooding as a Transdiagnostic Process. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 27, pp. 160-175.

Weber, B, Jermann, F., Gex-Fabry, M., Nallet, A., Bondolfi, G. & Aubry, J.-M. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: A feasibility trial. *European Psychiatry*.

Wells, A. & King, D. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, pp. 206-212.