



Liliana da Silva Freitas Ferreira da Costa

Imersão e Distanciamento na Assimilação de Experiências Problemáticas em Casos de Sucesso de Terapia Cognitivo-Comportamental e Terapia Focada nas Emoções

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientação: **Professor Doutor João Salgado**

Outubro, 2014

Agradecimentos

Quero deixar o meu especial agradecimento,

Ao professor Doutor João Salgado, pelo privilégio em tê-lo como professor, orientador e mentor ...

À Mestre Eunice Barbosa, pelo acompanhamento, orientação, dedicação e partilha de conhecimentos ...

À Mestre Isabel Basto, pelos seus conhecimentos e partilha ...

A todos os professores, pela partilha de saberes ...

À minha família e Moisés, pelo vosso amor incondicional ...

À Isabel, pela sua amizade, inspiração e companheirismo ...

Aos meus amigos, pela vossa amizade e partilha ...

... A todos, o meu obrigado por
fazerem parte da história da minha vida!

RESUMO

Vários estudos têm realçado a importância da imersão e do distanciamento na reflexão de experiências problemáticas e no bem-estar psicológico, sugerindo potencialidades diferentes de ambas as perspectivas na assimilação deste tipo de experiências. A imersão e o distanciamento têm sido explorados mais em contexto experimental do que em contexto clínico. Além disso, a investigação não está clara quanto ao papel da imersão e do distanciamento em cada nível de assimilação de experiências problemáticas. Sendo assim, este estudo tem como objetivos validar resultados clínicos até agora obtidos pela análise e comparação de dois modelos terapêuticos distintos (Terapia Focada nas Emoções e Terapia Cognitivo-Comportamental) quanto à relação entre imersão e distanciamento com a assimilação e com a sintomatologia; e, quanto à forma como atua a imersão e o distanciamento ao longo dos diferentes níveis de assimilação. Os resultados apontam para a diminuição da imersão e aumento do distanciamento à medida que a assimilação progride para níveis superiores. Este padrão parece estar associado com a diminuição da sintomatologia.

Palavras-Chave: distanciamento, imersão, assimilação, terapia cognitivo-comportamental, terapia focada nas emoções

ABSTRACT

Several studies have highlighted the importance of immersion and distancing reflection of problematic experiences and psychological well-being, suggesting different potential of both perspectives in the assimilation of such experiences. Immersion and distancing have been explored in more experimental context than in the clinical context. In addition, research is unclear about the role of immersion and distancing at each level of assimilation of problematic experiences. Thus, this study aims to validate clinical outcomes so far obtained by the analysis and comparison of two different therapeutic models (Emotions Focused Therapy in Cognitive-Behavioral Therapy) regarding the relationship between immersion and distancing with assimilation and symptomatology; and, how immersion and distancing operates over the different levels of assimilation. The outcomes indicate a decrease in immersion and increased distancing as assimilation progresses to higher levels. This pattern seems to be associated with decreased symptoms.

Keywords: distancing, immersion, assimilation, cognitive-behavioral therapy, emotion focus therapy

Índice

Introdução	1 a 2
Capítulo I – Distanciamento e Imersão, Assimilação e os Diferentes Modelos	
Terapêuticos.....	3 a 17
1.1. Distanciamento e Imersão.....	3 a 4
1.1.1. Estudos experimentais	4 a 7
1.1.2. Estudos clínicos	7 a 10
1.2. Assimilação de Experiências Problemáticas	10 a 13
1.2.1. Estudos clínicos.....	13 a 14
1.3. Terapia Focada nas Emoções e Terapia Cognitivo-Comportamental...15 a 17	
Capítulo II – Estudo Empírico	18 a 43
2.1. Questão de Investigação e Objetivos do Estudo	18
2.2. Método.....	18
2.2.1. Participantes.....	18
2.2.1.1 Clientes.....	18 a 20
2.2.1.2 Terapeutas	20
2.2.2. - Medidas.....	20
2.2.2.1. Medidas de Resultado.....	20 a 21
2.2.2.2. Medidas de Processo.....	21 a 23
2.2.3. Procedimentos e Fidelidade.....	23
2.2.3.1. Definição das experiências problemáticas.....	23 a 23
2.2.3.2. Codificação do discurso imerso e distanciado.....	24

2.2.3.3. Identificação dos estádios de assimilação.....	24 a 25
2.2.3.4. Análise de resultados.....	25
2.3. Resultados	26
2.3.1. Evolução do discurso imerso e distanciado e a sua relação com a sintomatologia em dois casos de sucesso	26
2.3.1.1. Evolução do discurso imerso e distanciado.....	26 a 29
2.3.1.2. Relação do discurso imerso e distanciado com a sintomatologia depressiva.....	29 a 31
2.3.1.3. Relação do discurso imerso e distanciado e a sintomatologia geral.....	31 a 33
2.3.2. Evolução dos níveis de assimilação em dois casos de sucesso.....	33 a 34
2.3.3. Relação do discurso imerso, distanciado e a assimilação.....	34 a 35
2.3.4. Discurso imerso e distanciado nos diferentes níveis de assimilação de experiências problemáticas	35 a 37
2.4. Discussão de Resultados	37 a 43
Conclusão.....	44 a 46
Referências Bibliográficas	47 a 54

Índice de Figuras

Figura 1. Evolução da Imersão e Distanciamento em TFE e TCC.....	27
Figura 2. Evolução das Subcategorias Imersão e Distanciamento em TFE e TCC.....	29
Figura 3. Relação da Imersão e Distanciamento com a Sintomatologia Depressiva em TFE e TCC.....	31
Figura 4. Relação da Imersão e Distanciamento com a Sintomatologia Geral em TFE e TCC.....	32
Figura 5. Evolução da Assimilação de Experiências Problemáticas em TFE e TCC....	34
Figura 6. Relação da Imersão e Distanciamento com a Assimilação de Experiências Problemáticas em TFE e TCC.....	35
Figura 7. Evolução da Imersão e Distanciamento nos Diferentes Níveis de Assimilação em TFE e TCC.....	37

Introdução

Estudos experimentais (Ayduk & Kross, 2008; Ayduk & Kross, 2010a; 2010b; Grossmann & Kross, 2010; Kross & Ayduk, 2008; Kross & Ayduk, 2009; Kross & Ayduk, 2011; Kross, Duckworth, Ayduk, Tsukayama, & Mischel, 2011; Kross, Gard, Deldin, Clifton, & Ayduk, 2012; Kross, Ayduk, & Mischel, 2005; Kross & Grossman, 2011; Mischkowski, Kross & Bushman, 2012; Verduyn, Mechelen, Kross, Chezzi, & Bever, 2012) têm vindo a demonstrar que o distanciamento parece ser crucial na reconstrução da experiência negativa e no alívio sintomatológico, o que sugere que o distanciamento é importante para a assimilação das experiências problemáticas que as pessoas trazem para a consulta. No entanto, estudos clínicos (Barbosa, Bento et al., 2012; Barbosa, Salgado, Ferreira, Lourenço, & Pinto, 2012; Barbosa, Silva, Salgado, & Gouveia, 2014; Couto 2013; Silva, 2013; Silva et al., 2014) evidenciam também a importância da imersão numa fase inicial para um contacto com a experiência e exploração/definição da problemática. De acordo com estes estudos, o distanciamento parece ser fundamental numa fase final para a reconstrução dessa mesma experiência (Barbosa, Bento et al., 2012; Barbosa, Salgado et al., 2012; Barbosa, Silva, Salgado, & Gouveia, 2014; Couto 2013; Silva, 2013; Silva et al., 2014). Tendo em conta que a investigação tem demonstrado que a assimilação da experiência ocorre gradualmente ao longo de diferentes estádios, passando pela clarificação e compreensão do problema até à atribuição de significado e integração da experiência (Honos-Webb, Surko, Stiles, & Greenberg, 1999; Brinegar, Salvi, & Stiles, 2008; Caro Gabalda, 2008; Mosher, Goldsmith, Stiles, & Greenberg, 2011), os estudos sobre a imersão e o distanciamento em psicoterapia parecem sugerir que a imersão é benéfica nos primeiros estádios da assimilação de experiências problemáticas, enquanto o distanciamento poderá ser benéfico nos estádios mais avançados da assimilação de experiências problemáticas.

Contudo, não está claro como se comportam a imersão e o distanciamento ao longo destes estádios, denotando-se alguma escassez na literatura. Desta forma, a pertinência deste estudo consiste em perceber de que forma ocorre a imersão e o distanciamento nos diferentes níveis de assimilação de experiências problemáticas e se existem diferenças em modelos terapêuticos contrastantes, nomeadamente em Terapia Focada nas Emoções (TFE) e em Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).

Capítulo I

Distanciamento e Imersão, Assimilação e os Diferentes Modelos Terapêuticos

1.1. Distanciamento e Imersão

“O senso comum sugere que é útil fazer introspecção quando más experiências acontecem – as pessoas devem tentar compreender os seus sentimentos quando se sentem incomodadas a fim de melhorá-los” (Kross, & Ayduk, 2011, p. 187).

Esta frase simboliza a ação do sujeito perante a vivência de uma experiência problemática – o sujeito tende a tentar compreender as suas emoções, sentimentos e ações perante uma determinada experiência problemática, enfatizando o seu foco para “o porquê” e “o quê” ter acontecido, de modo a conseguir atribuir um significado à experiência negativa (Kross & Ayduk, 2011; Ayduk & Mischel, 2005).

Segundo Kross e Ayduk (2011), o sujeito tem a capacidade de adotar diferentes perspetivas que possibilitam ao mesmo a atribuição de diferentes significados da realidade. A perspetiva imersa e distanciada são duas perspetivas distintas que permitem avaliar a experiência problemática – a primeira visa o relato dos episódios vivenciados pelo sujeito na primeira pessoa (recontar a experiência); a segunda foca-se na reflexão da experiência através da posição de observador (reconstrução da experiência) (Nigro & Neisser, 1983; Libby & Eibach, 2002; McIsaac & Eich, 2004; Robinson & Swanson, 1993; as cited in Kross & Ayduk, 2011).

Ao longo dos últimos anos, vários estudos experimentais têm sido realizados com o objetivo de explorar o impacto da imersão e do distanciamento no bem-estar físico e psicológico (Ayduk & Kross, 2008; Ayduk & Kross, 2010a; 2010b; Grossmann e Kross, 2010; Kross & Ayduk, 2008; Kross & Ayduk, 2009; Kross & Ayduk, 2011; Kross et al., 2011; Kross et al., 2012; Kross, Ayduk, & Mischel, 2005; Kross &

Grossman, 2011; Mischkowski, Kross & Bushman, 2012; Verduyn et al., 2012). Recentemente surgiram estudos clínicos neste âmbito que têm demonstrado resultados concordantes com os estudos experimentais no que respeita ao distanciamento (Barbosa et al., 2012; Barbosa, Salgado et al., 2012; Couto, 2013; Silva, 2013). No entanto, evidenciaram também resultados contrastantes com os estudos experimentais, principalmente no que se refere às potencialidades da imersão sobre análise de experiências negativas.

1.1.1. Estudos experimentais

Ao longo dos últimos anos, os processos de autorreflexão têm vindo a ser o foco dos investigadores a nível experimental, a fim de aprofundarem o paradoxo existente entre os processos desadaptativos versus processos adaptativos de autorreflexão (Kross et al., 2011; Kross & Ayduk, 2011; Grossmann & Kross, 2010). Ayduk e Kross são os principais pioneiros pelos estudos experimentais existentes na área. Segundo a literatura existente, o distanciamento tende a ser adaptativo no que concerne à reconstrução do pensamento (Ayduk & Kross, 2010a; 2010b; Kross, 2009; Kross & Ayduk, 2008; Kross & Ayduk, 2011; Kross et al., 2011; Kross, Ayduk, & Mischel, 2005; Kross & Grossman, 2011; Mischkowski, Kross & Bushman, 2012; Verduyn et al., 2012), possibilitando a autorreflexão, atribuição de significado e a resolução adaptativa da experiência problemática (Kross et al., 2012; Kross & Grossman, 2011). No entanto, Kross e Ayduk (2011) tentam compreender a razão pela qual existem tentativas mal sucedidas, relativamente aos processos de autorreflexão de sentimentos da experiência problemática. Estudos indicam que a perspetiva imersa tende a ser desadaptativa, no que concerne à probabilidade de provocar no sujeito o processo de ruminação de pensamentos (Ayduk & Kross, 2008; Kross, 2009; Kross, Ayduk, & Mischel, 2005),

principalmente em sujeitos em caso de depressão (Ayduk & Kross, 2010a;2010b). É entendido por ruminação o foco do sujeito nos pensamentos e sentimentos negativos de modo repetitivo, promovendo a absorção do sujeito por esses mesmos pensamentos e exacerbação do afeto negativo, diminuindo a capacidade de resolução do problema (Ayduk & Kross, 2010a;2010b; Nolen-Hoeksema, 1991). Em vez de reduzir o grau de desconforto face à problemática, o processo ruminativo tende a manter ou a exacerbar estes efeitos negativos no sujeito quer a nível psicológico, quer a nível fisiológico (Kross et al., 2011).

A literatura indica que a depressão é uma das perturbações psicológicas mais comum que atinge a população (Young, Rygh, Weinberger, & Beck, 2008). De acordo com Nolen-Hoeksema (1991), os indivíduos que tendem a focar-se no seu estado emocional negativo ficam vulneráveis à ruminação e sucessivamente a episódios depressivos de longa duração. Ao que parece, a ruminação aumenta a duração dos sintomas depressivos (Nolen-Hoeksema, 1991), contribuindo para um maior contacto com as emoções negativas (aumento da reatividade emocional) e dificultando assim o processo de regulação emocional e reconstrução do pensamento (Kross & Ayduk, 2009). O distanciamento tende a provocar em sujeitos deprimidos efeitos positivos (Ayduk & Kross, 2009), nomeadamente, uma diminuição da reatividade emocional, levando ao aumento da reconstrução da experiência, atribuição de significados e sucessiva regulação emocional. Importa ainda referir que o distanciamento tende a ter efeitos positivos a médio e longo prazo. No entanto, ao contrário do que acontece com o evitamento muitas vezes confundido com o distanciamento, os efeitos positivos tendem a ter menor duração (Kross & Ayduk, 2008).

Vários estudos sobre imersão e distanciamento na reflexão de experiências emocionalmente penosas foram realizados com populações específicas. De seguida são apresentados alguns destes estudos.

Um dos estudos existentes teve como objetivo, estudar a regulação emocional através da perspectiva distanciada em alunos universitários com sintomatologia depressiva (Kross & Ayduk 2009). Os resultados demonstraram que os alunos reconstruíram o pensamento/experiência de forma mais adaptativa através do discurso distanciado, contribuindo para a ocorrência de uma maior regulação emocional e de uma diminuição dos níveis de sintomatologia depressiva e de reatividade emocional. Outro estudo realizado por Kross e colaboradores (2011), com crianças e adolescentes, vem indicar que a recordação de experiências adversas relacionadas com emoções negativas (e.g. raiva) através da perspectiva distanciada tende a diminuir os níveis de reatividade emocional acompanhado de uma menor atribuição de culpa. Os efeitos positivos manifestam-se numa maior abertura perante o problema, dotando o adolescente de ferramentas que lhe permita reconstruir o pensamento de forma mais flexível. Kross, Ayduk e Mischel (2005) realizaram outro estudo relacionado com a recordação de uma experiência hostil através das perspectivas imersa e distanciada, relacionando os constructos com os focos “o quê” / “porquê” e com a reatividade emocional. Os resultados indicam a ocorrência de maior reatividade emocional acompanhado de maior sofrimento, estando os sujeitos centrados no “porquê”. De forma inversa, os resultados demonstram menor reatividade emocional nos sujeitos, acompanhado de maior capacidade reflexiva e abstrata. Verduyn e colaboradores (2012) estudaram a relação existente entre episódios emocionais e a imersão/distanciamento. Entende-se por episódio emocional a duração do processo de recordar uma experiência que envolva emoções, tais como a raiva e tristeza ou a alegria e gratidão. Os resultados

indicam que o distanciamento tende a diminuir a duração do episódio emocional, contrastando com a imersão que, apesar de apresentar maior durabilidade, os sujeitos despedem mais tempo na reflexão da causa da emoção. Kross e colaboradores (2012) realizaram um outro estudo com participantes clínicos e não clínicos (sem diagnóstico e diagnóstico Perturbação Depressiva Major) onde o foco seria o de perceber os níveis de capacidade de distanciamento existentes num participante com depressão sem recorrer ao evitamento. Os resultados indicaram que o grupo clínico demonstrou capacidade em se distanciar sem recorrer ao evitamento, sugerindo que analisar a experiência problemática através da perspectiva distanciada promove efeitos benéficos não só em sujeitos saudáveis, mas, também, em sujeitos com sintomatologia depressiva elevada (Kross et al., 2012). Em suma, os estudos sugerem que imersão parece ser pouco produtiva na reconstrução da experiência, sendo acompanhada em maior grau de consequências negativas. Relativamente ao distanciamento, os estudos sugerem como sendo uma perspectiva mais flexível e incitadora na reconstrução do pensamento.

1.1.2. Estudos clínicos

No que diz respeito a estudos clínicos relacionados com a imersão e o distanciamento, importa evidenciar que ainda se denota alguma escassez. Os resultados destes estudos são concordantes com os estudos experimentais (Ayduk & Kross, 2008; Ayduk & Kross, 2010a; 2010b; Grossmann & Kross, 2010; Kross & Ayduk, 2008; Kross & Ayduk, 2009; Kross & Ayduk, 2011; Kross et al., 2011; Kross et al., 2012; Kross, Ayduk, & Mischel, 2005; Kross & Grossman, 2011; Mischkowski, Kross & Bushman, 2012; Verduyn et al., 2012) no que concerne ao distanciamento como importante para o alívio sintomatológico, pela relação negativa entre o distanciamento e a sintomatologia em terapia, ao contrário do que acontece com a imersão. Contudo,

estes estudos realçam a importância da existência de ambas as perspectivas no processo de reconstrução da experiência (Barbosa, Bento et al., 2012; Barbosa, Salgado et al., 2012; Barbosa, Silva, Salgado, & Gouveia, 2014; Couto 2013; Silva, 2013; Silva et al., 2014). Por outras palavras, apesar da literatura experimental enfatizar o processo de autorreflexão como adaptativo apenas a partir da perspectiva distanciada (Ayduk & Kross, 2008; Ayduk & Kross, 2010a; 2010b; Grossmann & Kross, 2010; Kross & Ayduk, 2008; Kross & Ayduk, 2009; Kross & Ayduk, 2011; Kross et al., 2011; Kross et al., 2012; Kross, Ayduk, & Mischel, 2005; Kross & Grossman, 2011; Mischkowski, Kross & Bushman; Verduyn et al., 2012), os autores dos estudos clínicos sugerem a importância da ocorrência de ambas as perspectivas no processo terapêutico (Barbosa, Bento et al., 2012; Barbosa, Salgado et al., 2012; Barbosa, Silva, Salgado, & Gouveia, 2014; Couto 2013; Silva, 2013; Silva et al., 2014). Numa fase inicial, tende a haver uma predominância da imersão, ocorrendo posteriormente uma diminuição, em contraste com o aumento do distanciamento, contribuindo para uma maior capacidade de autorreflexão e reconstrução.

De acordo com os estudos clínicos de Barbosa e colaboradores (2012) (caso diagnosticado com Perturbação Depressiva Major), os resultados sugerem que para haver uma compreensão da experiência problemática, é necessário em primeiro lugar entrar em contacto com a mesma e com as emoções associadas (imersão). Posteriormente, o processo terapêutico passa pela promoção da perspectiva distanciada no sujeito, que permite criar novas compreensões sobre o problema (*insight*) e consequente resolução do mesmo.

Alguns estudos de processo foram realizados, nomeadamente estudos sobre a imersão e distanciamento na análise de experiências problemáticas comparando diferentes terapias (TFE e TCC) e casos clínicos de sucesso e insucesso em TFE, e,

associando a estes constructos com a ativação emocional e as competências do terapeuta. Relativamente ao estudo de imersão e distanciamento em diferentes terapias, os resultados sugerem haver um padrão semelhante no comportamento da imersão e distanciamento ao longo do processo terapêutico nas diferentes terapias, ou seja, em ambos os casos ocorre uma diminuição da imersão e aumento do distanciamento ao longo da resolução de problemas clínicos (Barbosa, Silva, Salgado, & Gouveia, 2014). No que concerne à comparação entre casos de sucesso e insucesso, os resultados do estudo realizado por Silva e colaboradores (2014) vêm sugerir que nos casos de sucesso há uma variação do padrão de comportamento da imersão e distanciamento (diminuição da imersão e aumento do distanciamento), não acontecendo o mesmo para os casos de insucesso que apresentaram um padrão mais estável ao longo do processo psicoterapêutico. Relativamente à associação dos constructos imersão e distanciamento com a ativação emocional, o estudo de Silva (2013) vem demonstrar que não existem diferenças significativas entre imersão e distanciamento no que respeita à ativação emocional. No entanto, sugere também que, a imersão parece estar associada a emoções negativas, contrastando com o distanciamento que tende a associar-se às emoções positivas, apontando para a mudança na qualidade da emoção do início para o final da terapia (negativa para positiva) (Silva, 2013). No que concerne ao estudo relativo às intervenções do terapeuta e a sua associação com a imersão e o distanciamento num caso em TFE, este vem sugerir que as intervenções de exploração tendem a promover ambas as perspetivas (imersa e distanciada) e que o modelo terapêutico poderá ser um fator de influência para este facto (exploração mais detalhada das experiências), ou seja, numa fase inicial o terapeuta poderá conduzir o cliente a refletir através da perspetiva imersa com o intuito de promover o acesso à experiência, contrastando com a fase final onde ocorre uma maior predominância da perspetiva distanciada (Couto, 2013). Em

suma, os estudos clínicos propõem uma visão integradora, em que ambas as perspectivas (distanciada e imersa) são vistas como tendo potencialidades terapêuticas.

1.2. Assimilação de Experiências Problemáticas

O Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas concebe o self como uma comunidade de vozes internas, as quais retratam experiências prévias e que integram o sujeito na sua globalidade (Stiles, 2011). Este modelo propõe que o processo de mudança em psicoterapia possa ser visto como uma gradual assimilação nessa comunidade de vozes de experiências problemáticas e de difícil processamento.

Inicialmente, Stiles et al. começou por fazer referência à assimilação através da noção de esquema, definido como a “... constelação de várias experiências interconectadas...” (1990, p. 412). Para esta perspectiva, as experiências problemáticas são assimiladas através dos esquemas. Nesse sentido, surge o fenómeno de acomodação, definido pela associação da experiência problemática e o esquema, e a integração destes dois no self do sujeito. À medida que existe assimilação de uma experiência problemática no self do sujeito, automaticamente terão de haver mudanças nos esquemas e experiências prévias que lhes permitam acomodar-se (associar-se) entre eles e integrar a nova experiência problemática de forma adaptativa (Stiles et al., 1990). Este modelo veio depois ser reformulado a partir da noção de “voz”, que substitui assim a noção de esquema (Honos-Webb, Lani, & Stiles, 1999), que irá ser a seguir descrito.

Stiles refere ainda que “O modelo de assimilação oferece uma abordagem para a personalização da relação terapêutica” (2001, p. 462), ou seja, o contexto psicoterapêutico é propício a uma aproximação que permite ao terapeuta explorar as experiências problemáticas do cliente, facilitando a integração (ou assimilação) das

mesmas na sua comunidade de experiências prévias, promovendo a mudança terapêutica (Stiles 2001; Stiles et al., 1990).

A experiência problemática pode ocorrer sob várias formas - a partir de memórias, desejos, sentimentos, atitudes ou comportamentos que são dolorosos para o sujeito, acabando por não ser integrada ou assimilada pelo self (Stiles, 2010). Esta dissociação de experiências (ou a não-assimilação de experiências) tende a provocar no sujeito desconforto e conflito com as experiências previamente assimiladas (comunidade de experiências), gerando desequilíbrio e o aparecimento de problemas emocionais (Brinegar, Salvi, Greenberg, & Stiles, 2006; Stiles, 2011). O conflito consiste na divergência existente entre a experiência problemática e as experiências prévias, no qual vai provocar tensão no sujeito e vulnerabilizar o mesmo para o aparecimento de problemas emocionais (Stiles et al., 1990; Stiles, 2010).

A literatura refere que as experiências prévias do sujeito deixam traços, aos quais ilustram memórias que podem ser expressas e adotar uma “voz” (Brinegar, Salvi, & Stiles, 2008). Desta forma, a experiência problemática pode ser percebida através da metáfora da voz, que enfatiza os traços das experiências prévias como a “comunidade de vozes”, e os traços das experiências problemáticas como a “voz problemática” (Brinegar, Salvi, & Stiles, 2008; Caro Gabalda, & Stiles, 2009; Stiles, 2010).

A dissociação entre a comunidade de experiências do sujeito e a experiência problemática, como já foi referido anteriormente, pode gerar desequilíbrio emocional no sujeito (Brinegar, Salvi, Greenberg, & Stiles, 2006; Stiles, 2011). Stiles (2010), evidencia que as experiências previamente assimiladas podem ser usadas como recursos, generalizando-as para novas aprendizagens e potenciando as suas capacidades, promovendo assim uma diminuição da tensão entre a comunidade de experiências e a

experiência problemática. Desta forma, a assimilação de experiências promove uma diminuição do conflito interno do sujeito e uma integração adaptativa da experiência problemática no self (Stiles, 2011). A assimilação é feita a partir das pontes de significado (*meaning bridges*), que provocam no sujeito uma união semiótica entre as experiências – é compreendida como representações dos posicionamentos das diferentes experiências, que se conjugam e entram em acordo, permitindo a comunicação e a ação adaptativa do sujeito no contexto (Stiles, 2011).

De acordo com Caro Gabalda e Stiles (2009), o processo de assimilação e a sua evolução não é considerado um processo contínuo ao longo da Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas, mas sim um processo não linear. Este pode passar por alguns retrocessos que podem influenciar o processo terapêutico e os resultados. É importante salientar que os retrocessos não significam insucesso na terapia, sendo até comum haver retrocessos em casos de sucesso (Caro Gabalda, & Stiles, 2009; Osatuke, Stiles, Greenberg, Shapiro, & Barkham, 2005).

Ao longo dos últimos anos vários estudos clínicos têm sido realizados para um melhor conhecimento do modelo de assimilação de experiências problemáticas, que em larga medida se baseiam na aplicação da Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (EAEP). Esta é uma escala que avalia o processo de desenvolvimento do sujeito relativo à assimilação da experiência problemática – o processo de assimilação é gradual e ocorre através de níveis que são descritos na escala (Caro Gabalda, & Stiles, 2009; Stiles, 2010). A escala permite compreender a evolução do diálogo interno entre as vozes problemáticas (não assimiladas) e a comunidade de vozes dominante, promovendo uma análise minuciosa do discurso do cliente e do seu posicionamento face ao problema (Stiles, 2011; Stiles, 2005). Descrevendo o processo de assimilação de modo global, este ocorre em diferentes níveis, nomeadamente oito. Os primeiros níveis

definem-se por níveis com silenciamento da voz problemática, o nível três caracteriza-se pelo elevado conflito entre vozes e o nível quatro define-se pelo início da compreensão entre vozes opostas. Os restantes níveis qualificam-se pela consolidação e generalização da integração da voz assimilada. A escala EAEP será detalhada com mais pormenor no presente estudo, na secção relativa ao método da investigação.

O ponto seguinte aprofunda alguns estudos clínicos existentes relativos à assimilação das experiências problemáticas.

1.2.1. Estudos clínicos

Brinegar, Salvi e Stiles (2008) analisaram um estudo de caso de sucesso diagnosticado com depressão, no qual o objetivo seria o de analisar as mudanças ocorridas através da assimilação de experiências problemáticas ao longo do processo terapêutico. Os resultados indicaram que a assimilação das experiências problemáticas evoluiu na EAEP e coincidiu com a redução da sintomatologia depressiva, contribuindo deste modo para a solução do problema e redução do afeto negativo (Brinegar, Salvi, & Stiles, 2008). Um outro estudo realizado por Honos-Webb, Surko, Stiles e Greenberg (1999) teve como objetivo analisar, também, um caso de sucesso que inicialmente apresentava sintomatologia depressiva. Os resultados indicaram que a assimilação tende a aumentar com o decorrer da terapia, paralelamente com a redução sintomatológica. Contudo, importa referir que esta redução não foi linear – após um alívio sintomatológico inicial, ocorreu um aumento da sintomatologia em níveis superiores (nível 4), seguindo novamente uma diminuição da sintomatologia depressiva. Os autores sugerem que estes resultados vão de encontro ao modelo de *Howard*, que evidencia que para haver recuperação, terão de haver como precedentes uma restauração da sensação do bem-estar seguido de alívio sintomático (oito sessões iniciais) e

posteriormente, a reabilitação (superar e mudar comportamentos desajustados) (Howard, Lueger, Maling, & Martinovich, 1993; as cited in Honos-Webb, Surko, Stiles, & Greenberg, 1999). Caro Gabalda (2008) realizou um estudo de caso de sucesso (diagnosticada com perturbação da ansiedade social), cujos resultados evidenciaram uma evolução positiva ao longo do processo, atingindo os níveis mais elevados da EAEP. No entanto, é importante evidenciar que a evolução não foi linear, sendo caracterizada por alguns retrocessos. A autora sugere que estes retrocessos podem ser explicados por acontecimentos de vida significativos, que contribuem para o retrocesso (Caro Gabalda, 2008). Um outro estudo realizado por Osatuke e colaboradores (2005) centrou-se na análise de dois casos de sucesso terapêutico em modelos psicoterapêuticos distintos (Terapia Centrada no Cliente e Terapia Cognitivo-Comportamental). Os resultados indicaram maior irregularidade no processo de assimilação na terapia cognitivo-comportamental comparativamente com as correntes humanistas que demonstraram maior regularidade, como é também o caso da TFE que utiliza com maior frequência tarefas experienciais.

O modelo de assimilação de experiências problemáticas é percebido como um processo de mudança, transversal a diferentes abordagens psicoterapêuticas (e.g. cognitivo-comportamental, experiencial). Assim sendo, o modelo posiciona-se como um elemento suplementar e integrativo das várias abordagens terapêuticas existentes, não as substituindo (Stiles et al., 1990). Importa ainda salientar que, no modelo de assimilação, o sucesso terapêutico está associado à evolução dos níveis de assimilação da experiência problemática, sendo o estágio/nível 4 o estágio mínimo atingido nos casos anteriormente descritos (Honos-Webb, Surko, Stiles, & Greenberg, 1999; Brinegar, Salvi, & Stiles, 2008; Caro Gabalda, 2008; Osatuke et al., 2005) ao contrário do que acontece nos casos de insucesso em que este nível não é alcançado.

1.3. Terapia Focada nas Emoções e Terapia Cognitivo-Comportamental

O presente estudo analisa o processo de mudança em dois modelos terapêuticos diferentes, nomeadamente a TFE e a TCC. Segue-se, por isso, uma descrição de ambas as terapias.

A TFE, também conhecida por terapia processo-experiencial, tem influências humanistas e integra o princípio da empatia centrada no cliente de Carl Rogers (Pos & Greenberg, 2007). A combinação entre a exploração e a orientação no processo experiencial, bem como a importância da relação terapêutica e das técnicas de intervenção são pontos cruciais na TFE (Pos & Greenberg, 2007) que irão ajudar o cliente a desenvolver a sua inteligência emocional e a lidar com os problemas (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004). Esta terapia rege-se pela compreensão da emoção como fundamental para o processo experiencial e para a mudança terapêutica – explora e orienta o cliente no acesso à experiência, a fim de promover a autorreflexão que contribui para um conhecimento mais profundo do campo da experiência e o reconhecimento do foco do problema. Desta forma, a diminuição da intensidade do sofrimento emocional permite ao sujeito mudar emoções desadaptativas para emoções adaptativas (Pos & Greenberg, 2007). A dialética entre a emoção e reflexão da emoção ilustra o foco da terapia, sendo que o processo terapêutico combina a exploração empática com técnicas diretivas de ativação e exploração emocional – o objetivo é promover o sujeito na autorreorganização emocional associada ao problema e na construção de novos significados (Elliot, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004).

A TCC foi desenvolvida por Aaron T. Beck e o seu princípio rege-se pela mudança de comportamento e crenças que são disfuncionais para o sujeito (Beck, 2011). É uma terapia diretiva que engloba tal como o nome indica, terapias de diferentes

tipos – cognitiva e comportamental (Beck, 2011). A combinação das terapias combina a mudança dos pensamentos e crenças desadaptativas para o sujeito, com a mudança de comportamentos consequentes dos esquemas cognitivos desadaptativos, a fim de promover pensamentos e comportamentos saudáveis que beneficiem o sujeito e lhe proporcione bem-estar (Beck, 2011). A terapia engloba diferentes técnicas e estratégias terapêuticas – quer cognitivas, que visam a promoção de interpretações saudáveis e alternativas da realidade/estímulo; quer comportamentais, as quais através da aprendizagem, têm como objetivo mudar o comportamento desajustado do sujeito (Beck, 2011). Na TCC a relação terapêutica é de empirismo colaborativo e promove a percepção do sujeito relativamente aos sentimentos, pensamentos e comportamentos. Desta forma, o sujeito fica dotado de ferramentas que fora do âmbito terapêutico e generalizando para outros problemas pode utilizar, a fim de precaver e adaptar o sujeito perante uma adversidade ou problema (a flexibilidade cognitiva permitirá ajustar o sujeito a responder de forma diferente a diferentes situações) (Beck, 2011).

Ambas as terapias, TFE e TCC, demonstram ser eficazes na atuação em perturbações tais como a depressão (Greenberg & Watson, 2006; Young, Rygh, Weinenberger, & Beck, 2008), no entanto, cada uma delas tem perspectivas e focos de atuação distintos. Na 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 “emoções com emoções”, utilizando tarefas experienciais. Na TCC, a mudança ocorre pelo reconhecimento e mudança de pensamentos e comportamentos desadaptativos, ou seja, traduz-se em dotar o cliente de ferramentas que lhe permitam reconhecer e substituir os pensamentos e comportamentos desajustados (dentro e fora da sessão), sendo utilizadas estratégias de foro cognitivo e comportamental (Beck, 2011).

Deste modo, os resultados apresentados no capítulo seguinte permitem descrever a evolução da imersão e do distanciamento na assimilação de experiências problemáticas em ambos os modelos terapêuticos.

Capítulo II

Estudo Empírico

2.1. Questão de Investigação e Objetivos do Estudo

A presente investigação tem como objetivo central explorar a evolução da imersão e do distanciamento ao longo da assimilação das experiências problemáticas e a sua relação com a sintomatologia em modelos teóricos contrastantes. Especificamente, o presente estudo pretende analisar e comparar dois casos de sucesso de TFE e TCC de modo a: a) caracterizar a evolução da imersão, distanciamento e assimilação ao longo da resolução de um problema clínico; b) estudar a relação entre imersão e o distanciamento com a sintomatologia e a assimilação; c) caracterizar a imersão e o distanciamento nos diferentes níveis de assimilação de experiências problemáticas.

2.2. Método

2.2.1. Participantes

2.2.1.1. Clientes

No presente estudo foram analisados 2 casos de sucesso, um de TFE e outro de TCC. Estes casos participaram no projeto de investigação “Descentração e Mudança em Psicoterapia”, realizado pelo Instituto Universitário da Maia, cujo objetivo primordial se centra na compreensão dos efeitos de diferentes modelos psicoterapêuticos, nomeadamente a Terapia Focada nas Emoções e a Terapia Cognitivo-Comportamental, no tratamento da depressão ligeira e moderada sem recurso à medicação. O diagnóstico foi elaborado, essencialmente, a partir de um processo de avaliação psicológica inicial com recurso à entrevista clínica estruturada para as perturbações do DSM-IV (SCID-I e SCID-II) (First, Spitzer, Gibbon, & Williams 1997; First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin 1997) e ao Beck Depression Inventory-II (BDI-II, Coelho, Martins, & Barros,

2002). Os processos terapêuticos seguiram um protocolo para a depressão de acordo com o modelo de intervenção aplicado. A intervenção decorreu ao longo de dezasseis sessões espaçadas semanalmente. Os casos foram considerados de sucesso de acordo com os resultados do pré e pós teste do BDI-II (Coelho, Martins, & Barros, 2002) e do *Reliable Change Index* (RCI) (Jacobson & Truax, 1991), ou seja, os casos apresentaram no final da terapia sintomatologia depressiva abaixo do ponto de corte e um índice de mudança significativo.

Caso de TFE

A cliente seguida em TFE é uma mulher com idade compreendida entre os 40 e 45 anos, divorciada e com um grau académico equivalente ao 9º ano de escolaridade. A cliente foi diagnosticada com a Perturbação Depressiva Major, Ligeira, sendo-lhe atribuída uma avaliação global de funcionamento equivalente a setenta (AGF=70). Relativamente à administração do BDI-II, a cliente TFE obteve os seguintes valores: 31 valores na sessão de avaliação, 15 valores na primeira sessão e, 1 valor na sessão final. Verifica-se que a cliente encontrava-se com sintomatologia depressiva elevada na sessão de avaliação. No entanto, com o decorrer da terapia, atingiu o final do processo com sintomatologia depressiva clinicamente não significativa. Desde modo, analisando o decréscimo da sintomatologia depressiva do caso, é possível considerar o mesmo como um caso de sucesso terapêutico (Jacobson & Truax, 1991).

Caso de TCC

A cliente seguida em TCC é uma mulher com idade compreendida entre os 40 e 45 anos, casada e com um grau académico equivalente ao 6º ano de escolaridade. A cliente foi diagnosticada com a Perturbação Depressiva Major, Moderada, sendo-lhe

atribuída uma avaliação global de funcionamento equivalente a sessenta (AGF=60). Relativamente ao BDI-II, a cliente obteve os seguintes valores: 35 valores na sessão de avaliação, 26 valores na primeira sessão e, 6 valores na sessão final. Verifica-se que a cliente encontrava-se também, com sintomatologia depressiva elevada na sessão de avaliação. No entanto, com o decorrer da terapia, atingiu o final do processo com sintomatologia depressiva clinicamente não significativa. De igual modo, ao analisar o decréscimo da sintomatologia depressiva e geral do caso, é possível considerar o mesmo como um caso de sucesso terapêutico (Jacobson & Truax, 1991).

2.2.1.2. Terapeutas

Relativamente ao caso TFE, foi seguido por uma terapeuta do sexo feminino, detendo experiência como terapeuta e em Terapia Focada nas Emoções equivalente a nove anos. No caso TCC, este foi igualmente seguido por um terapeuta do sexo feminino, com experiência como terapeuta e em Terapia Cognitivo-Comportamental equivalente a cinco anos.

2.2.2. Medidas

2.2.2.1. Medidas de resultado

Beck Depression Inventory – II (BDI-II)

O BDI-II é uma medida de autorrelato que avalia a sintomatologia depressiva. Sendo um instrumento traduzido para a população portuguesa por Coelho, Martins e Barros (2002), este pode ser aplicado em adultos e adolescentes, sendo pedido aos inquiridos que respondam segundo as duas últimas semanas. O BDI-II contém 21 itens de resposta que variam segundo uma escala de *lickert* entre 0 e 3 valores, podendo a pontuação total variar entre 0 a 63 pontos. Deste modo, a avaliação da intensidade da

sintomatologia segundo a pontuação total obtida corresponde às seguintes categorias: inexistência de sintomatologia depressiva clinicamente significativa (0-13); presença de sintomatologia depressiva ligeira (14-19); existência de sintomatologia depressiva moderada (20-28); e, existência de sintomatologia depressiva grave (29-63) (Coelho, Martins, & Barros, 2002).

Outcome Questionnaire - 45 (OQ-45)

O OQ-45 é um questionário de autorrelato que avalia a sintomatologia geral do cliente. Sendo um instrumento traduzido para a população portuguesa por Machado e Klein (2006), este pode ser igualmente aplicado em adultos e adolescentes. O OQ-45 contém 45 itens de resposta que variam segundo uma escala de lickert entre 0 e 4 valores, podendo a pontuação total variar entre 0 e 180 pontos. Nesse sentido, a avaliação da intensidade da sintomatologia segundo a pontuação total obtida corresponde às seguintes categorias: presença de sintomatologia sem relevância clínica (0-63); e, existência de sintomatologia com relevância clínica (64-180) (Machado & Fassnacht, 2013).

2.2.2.2. Medidas de Processo

Measure of Immersed and Distanced Speech (MIDS) (adaptado de Ayduk & Kross, 2010a por Barbosa et al., 2012)

A MIDS é uma escala que tem por objetivo avaliar o discurso imerso e distanciado do cliente ao longo do processo psicoterapêutico. Nesse sentido, a partir de sessões terapêuticas transcritas, é possível ao juiz codificar as falas do cliente segundo as categorias da escala. Especificando as categorias da mesma, importa mencionar que se divide em duas grandes categorias (imersão e distanciamento), sendo que estas duas

se subdividem em subcategorias (afirmações de descrição e afirmações de atribuição, pertencentes à categoria imersão; afirmações de insight e afirmações de resolução, pertencentes à categoria distanciamento). Detalhando cada uma das subcategorias, entende-se por: afirmações de descrição as situações onde o cliente descreve pensamentos, comportamentos ou situações específicas; afirmações de atribuição a descrição de características pessoais sentimentos ou estados internos; afirmações de insight a relação entre pensamentos, sentimentos e comportamentos que induzam ao desejo de novas compreensões; e, afirmações de resolução a reavaliação das situações passadas segundo uma perspectiva mais ampla e que denote a resolução do problema. Importa ainda referir a subcategoria *outros*, direcionada para as situações onde ocorre a impossibilidade em codificar imersão ou distanciamento.

Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (EAEP) (adaptado de Stiles, 2001)

A EAEP é uma escala que contém oito estádios e permite avaliar o nível de assimilação do cliente face ao problema ao longo do processo psicoterapêutico. Nesse sentido, os juízes codificam as falas do cliente mediante as transcrições das sessões, atribuindo às falas um nível segundo a EAEP. Especificando cada um dos níveis, entende-se por estágio: *0* evitamento – o cliente evita falar do problema, sendo o desconforto praticamente inexistente; *1* pensamentos indesejados – o cliente prefere não pensar no problema e nesse sentido, a voz problemática emerge quando é ativada pelo terapeuta ou por situações externas, conduzindo a sentimentos negativos e ao desejo de fuga; *2* consciência vaga / emergência – o cliente detém alguma consciência da experiência problemática e experiencia sentimentos de tristeza e mal-estar, no entanto, permanece a dificuldade em formular o problema de forma clara; *3* colocação do

problema / clarificação – o cliente é capaz de formular o problema dando a possibilidade de ser trabalhado, promovendo para a atenuação da intensidade dos sentimentos negativos; 4 compreensão / insight – o cliente consegue formular e compreender o problema, sendo que se verifica o entendimento entre vozes (ponte de significado) e afetividade mista compreendida entre sentimentos de surpresa, reconhecimentos dolorosos, entre outros; 5 aplicação / elaboração – o cliente consegue formular novas compreensões da problemática, possibilitando trabalhar as vozes e a resolução do problema, promovendo na afetividade mista e otimista; 6 solução do problema – o cliente consegue solucionar o problema e a afetividade compreende sentimentos de orgulho e satisfação; 7 domínio – o cliente generaliza e utiliza as aprendizagens adquiridas a novas situações, contribuindo para uma afetividade positiva ou neutra.

2.2.3. Procedimentos e Fidelidade

A corrente investigação analisou os dados de cinco sessões, correspondentes à fase inicial, intermédia e final do processo terapêutico (sessões 1, 4, 8, 12 e 16). Segue descrito as fases que detalharam a análise das sessões do processo terapêutico, nomeadamente (1) definição das experiências problemáticas, (2) codificação do discurso imerso e distanciado, (3) identificação dos estádios de assimilação.

2.2.3.1. Definição das experiências problemáticas

A selecção das experiências problemáticas seguiu os procedimentos adotados em estudos anteriores (e.g. Honos-Webb, Stiles, & Greenberg, 2003; Stiles, Morrison et al., 1991, Stiles, Meshot et al., 1992), nomeadamente a leitura de todas as sessões de cada caso de modo a identificar os principais problemas clínicos (a definição dos

problemas clínicos foi definida por consenso entre dois juízes). De seguida procedeu-se à identificação dos excertos representativos desses problemas clínicos. O problema clínico identificado para o caso em TFE associa-se à voz dominante “eu tenho de estar à altura como mãe e como mulher” e à voz problemática “eu falhei como mãe e como mulher”. Relativamente ao caso em TCC, o problema clínico associa-se à voz dominante passiva/submissa e à voz problemática de assertividade.

2.2.3.2. Codificação do discurso imerso e distanciado

Para a identificação do discurso imerso e distanciado procedeu-se inicialmente à formação e treino relativa à codificação segundo a MIDS, no sentido em envolver e integrar os juízes com a escala. Posteriormente, decorreu a fase de treino onde o juiz com outro juiz experiente codificou as falas dos clientes, tendo-se obtido um bom índice de fidelidade (*Kappa de Cohen* equivalente a 0.75). Por último, as experiências problemáticas/problemas clínicos identificados previamente foram analisados em termos de imersão ou distanciamento. Os excertos identificados com imersão foram analisados de acordo com as suas subcategorias (descrição e atribuição). O mesmo ocorreu nos excertos identificados com distanciamento (*insight* e resolução). Quando nenhuma categoria era passível de ser identificada, considerou-se a categoria *outros*. As codificações foram realizadas por dois juízes independentes e os desacordos resolvidos por consenso, obtendo-se um satisfatório índice de fidelidade (*Kappa de Cohen* equivalente a 0.69 e 0.72 em ambos os casos).

2.2.3.3. Identificação dos estádios de assimilação

Para a identificação dos estádios de assimilação realizou-se inicialmente a formação e treino relativo à codificação segundo a EAEP. Procedeu-se à leitura das

sessões e à identificação da experiência problemática que define o problema clínico. Posteriormente, foram identificados excertos que representassem os problemas clínicos, sendo os diferentes excertos segundo a EAEP definidos pela mudança de temas. Os diferentes níveis de assimilação foram codificados nos excertos ao longo do processo terapêutico por dois juízes e os desacordos foram resolvidos por consenso (Hill & Lambert, 2004).

2.2.3.4. Avaliação da sintomatologia depressiva e geral

A sintomatologia foi avaliada no final das sessões 1, 4, 8, 12 e 16, nomeadamente a sintomatologia depressiva a partir do BDI-II e a sintomatologia geral a partir do OQ-45.

2.2.3.5. Análise de resultados

A última fase deu lugar a cálculos estatísticos e à utilização de programas informáticos com vista a quantificar a informação obtida dos resultados. Nesse sentido, primeiramente procedeu-se à realização do cálculo das percentagens das subcategorias e categorias da MIDS dentro de cada sessão e na totalidade, tendo sido a frequência relativa a principal medida utilizada. Para este efeito, foi utilizado o Microsoft Office Excel que permitiu não só a quantificação dos dados mas também, ilustrá-los através de gráficos figurativos com vista à facilitação da leitura e interpretação dos dados obtidos. Posteriormente, foi utilizado o Simulation Modelling Analysis Software (SMA) (Borckardt, 2006; Borckardt et al., 2008) para cálculo do teste das correlações das variáveis em estudo. Analisar quantitativamente a evolução da saliência, dispersão e transição entre casos está na base do SMA, sendo importante evidenciar que este permite observar dados estatísticos controlando um número limitado de observações e

as autocorrelações segundo o método de amostragem de inicialização. Nesse sentido, procedeu-se ao cálculo da correlação de *Spearman*, a qual permitiu compreender detalhadamente as associações existentes entre as variáveis em estudo desta investigação.

2.3. Resultados

Nesta secção serão apresentados os resultados das análises realizadas nos dois casos pela seguinte ordem: (1) evolução do discurso imerso e distanciado e sua relação com a sintomatologia ao longo do processo terapêutico, (2) evolução da assimilação ao longo do processo terapêutico, (3) relação entre o discurso imerso/distanciado e assimilação, (4) evolução do discurso imerso e distanciado nos diferentes níveis de assimilação de experiências problemáticas.

2.3.1. Evolução do discurso imerso e distanciado e a sua relação com a sintomatologia em dois casos de sucesso

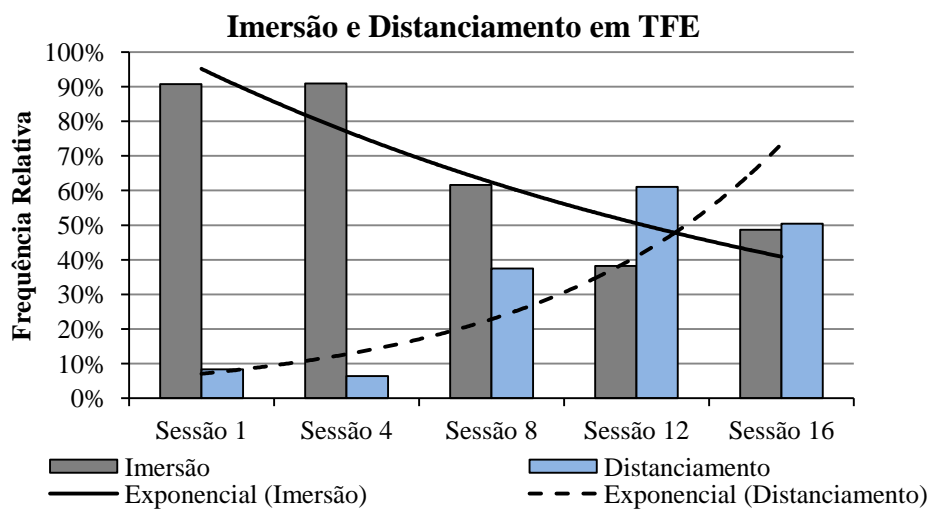
2.3.1.1. Evolução do discurso imerso e distanciado

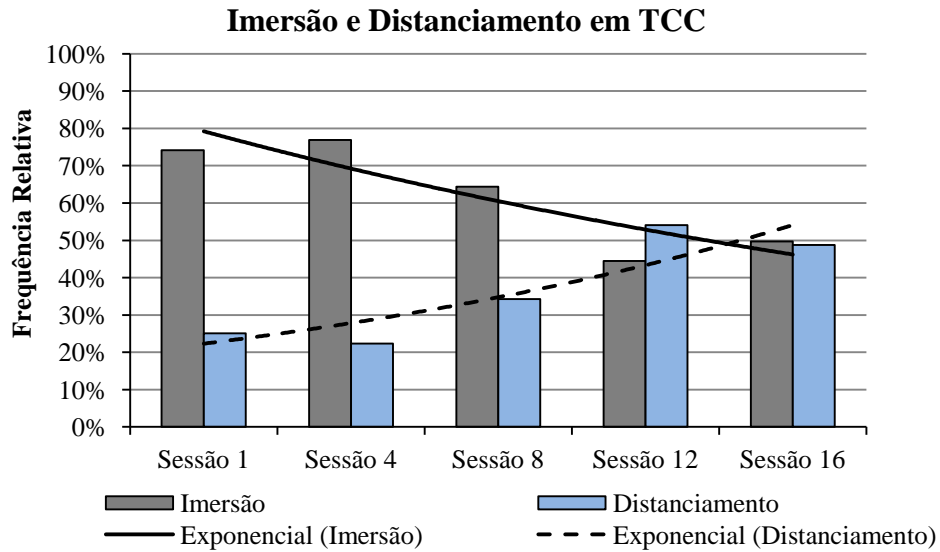
Como se pode visualizar na figura 1, verificou-se que, no geral, em ambos os casos, os níveis do discurso imerso tendem a diminuir ao longo das sessões, sendo que de forma inversa, os níveis do discurso distanciado tendem a aumentar. O início do processo terapêutico demarca-se pela predominância da imersão até à sessão 4, sendo possível visualizar o seu decréscimo até à sessão 12, ocorrendo posteriormente uma ligeira acentuação na fase final da terapia (sessão 16).

Analisando especificamente ambos os casos, verificou-se uma maior acentuação no declive do discurso imerso e distanciado no caso TFE em comparação com o caso TCC. Ao visualizar a linha de tendência da imersão, verifica-se que no caso TFE há um

decréscimo mais acentuado em comparação com o caso TCC. De forma inversa, ocorre o mesmo processo para o discurso distanciado, verificando-se um aumento gradual um pouco mais acentuado do discurso distanciado até à sessão 16 do que no caso TCC. Importa referir que o caso TFE demonstra maiores níveis de imersão na fase inicial da terapia, em comparação com o caso TCC que demonstra menores níveis. O mesmo ocorre, de forma inversa, para os níveis do distanciamento, verificando-se menores níveis no início do processo no caso TFE em comparação com o caso TCC. É ainda importante mencionar e focar a fase intermédia do processo terapêutico (sessão 8) que sugere ser o ponto de mudança em ambos os casos, sendo possível visualizar que o discurso distanciado foi aumentando gradualmente, predominando na sessão 12. Posteriormente ocorreu uma ligeira diminuição do distanciamento na fase final, equilibrando-se com o discurso imerso, para ambos os casos.

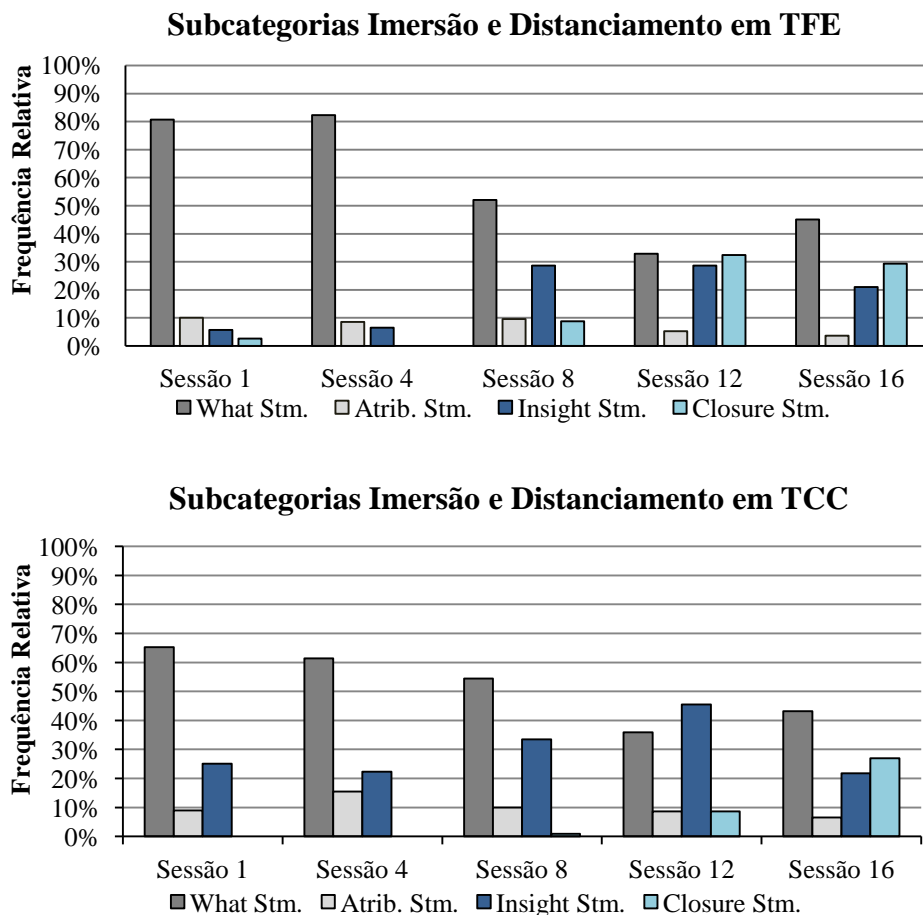
Figura 1 – Evolução da Imersão e Distanciamento em TFE e TCC





A figura 2 ilustra as subcategorias do discurso imerso (afirmações de descrição e afirmações de atribuição) e distanciado (afirmações de insight e afirmações de resolução), sendo possível verificar uma predominância em ambos os casos das afirmações de descrição nas sessões 1, 4, 8 e 16. No entanto, importa referir que há uma diminuição gradual desta categoria até à sessão 12, verificando uma ligeira acentuação na fase final da terapia. Relativamente à categoria afirmações atributivas, ocorre uma diminuição gradual desde o início do processo terapêutico até à fase final, com a ressalva de que no caso TCC surge um ligeiro aumento na sessão 4. Por último, nas categorias afirmações de insight e afirmações de resolução, verifica-se maior ocorrência da primeira no caso TCC em comparação com o caso TFE. No entanto, importa referir que no caso TFE ocorre em maior grau a categoria afirmações de resolução ao longo do processo terapêutico, em comparação com o caso TCC.

Figura 2 – Evolução das Subcategorias Imersão e Distanciamento em TFE e TCC



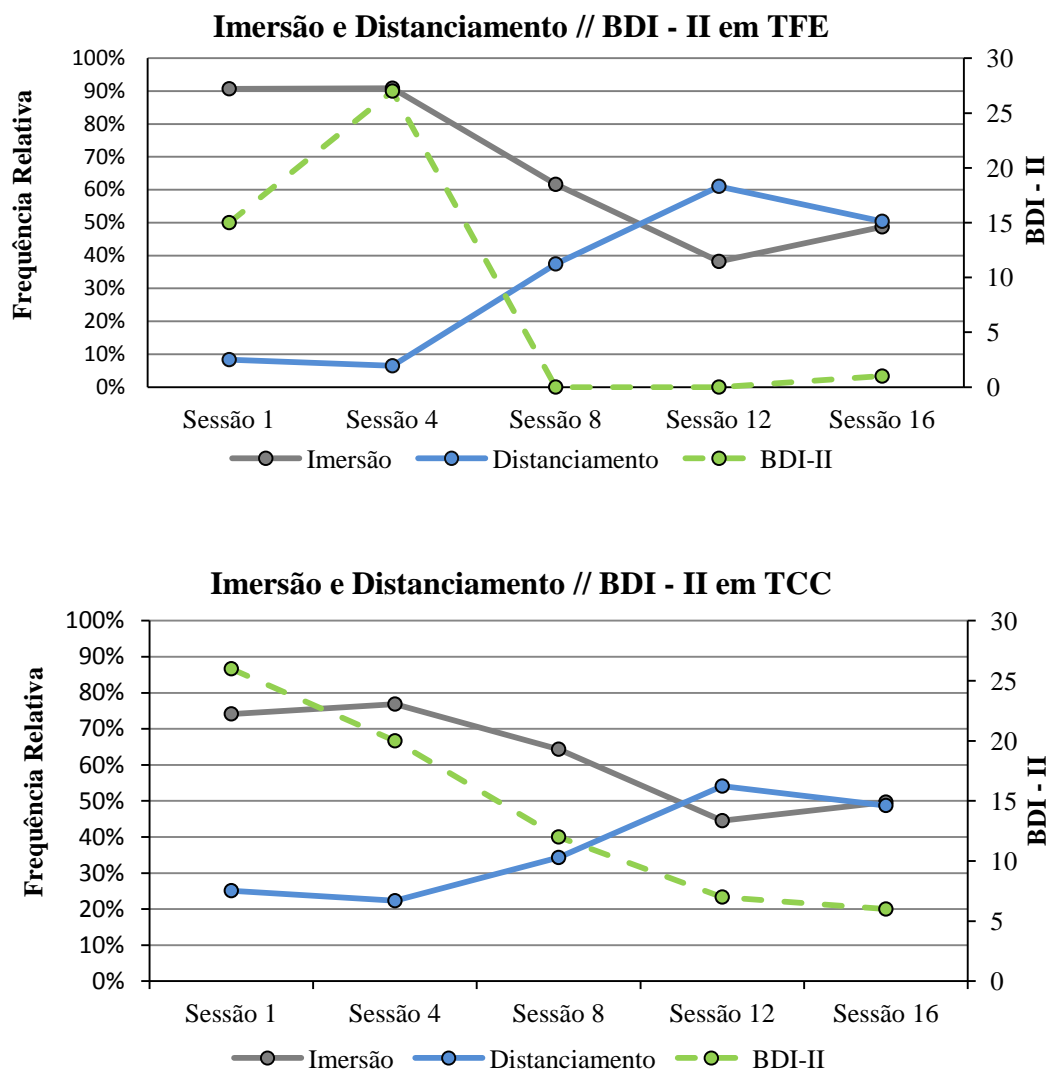
2.3.1.2. Relação do discurso imerso e distanciado com a sintomatologia depressiva

A figura 3 ilustra a relação entre o discurso imerso, distanciado e a sintomatologia depressiva em ambos os casos. Como se pode verificar, há um decréscimo acentuado da sintomatologia depressiva em ambos os casos, podendo-se verificar que no caso TFE, apesar de iniciar o processo com um maior nível de BDI-II em comparação com o caso TCC, ocorre um decréscimo acentuado no intervalo entre a sessão 4 e a sessão 8, atingindo o valor 0 de BDI-II. Verifica-se também, neste mesmo caso, a continuação dos baixos níveis até ao final do processo terapêutico.

Relativamente ao caso TCC, é possível visualizar na figura que ocorre de igual modo, uma descida gradual nos níveis de BDI-II, embora de uma forma um pouco menos acentuada e com um final de processo terapêutico indicando valores ligeiramente mais elevados (6 de BDI-II) em comparação com o caso TFE (1 de BDI-II).

Analisando especificamente a relação do discurso imerso e distanciado com a sintomatologia depressiva, verifica-se que o decréscimo da sintomatologia depressiva é acompanhado por uma diminuição gradual do discurso imerso em ambos os casos, verificando-se em ordem inversa um aumento gradual do discurso distanciado. Relativamente ao caso TFE, verificou-se que existe relação positiva estatisticamente significativa entre imersão e sintomatologia depressiva ($\rho = .82, p \leq .05$) e relação negativa estatisticamente significativa entre distanciamento e sintomatologia depressiva ($\rho = -.82, p \leq .05$). No caso TCC verifica-se também a existência de significância, na relação positiva entre imersão e sintomatologia depressiva ($\rho = .80, p \leq .05$) e, na relação negativa entre distanciamento e sintomatologia depressiva ($\rho = -.80, p \leq .05$). Pode-se visualizar que para ambos os casos, o intervalo entre a sessão 4 e a sessão 12 é o ponto de mudança para a diminuição da imersão e aumento do distanciamento, sendo também possível verificar uma ligeira ocorrência contrária na sessão 12 até ao final do processo, ficando os níveis de imersão e distanciamento com valores muito próximos em ambos os casos. Importa ainda referir que, apesar do facto dos níveis do discurso imerso e distanciado serem muito próximos no final do processo, a sintomatologia depressiva é reduzida (assintomática) comparativamente ao início do processo.

Figura 3 – Relação da Imersão e Distanciamento com a Sintomatologia Depressiva em TFE e TCC



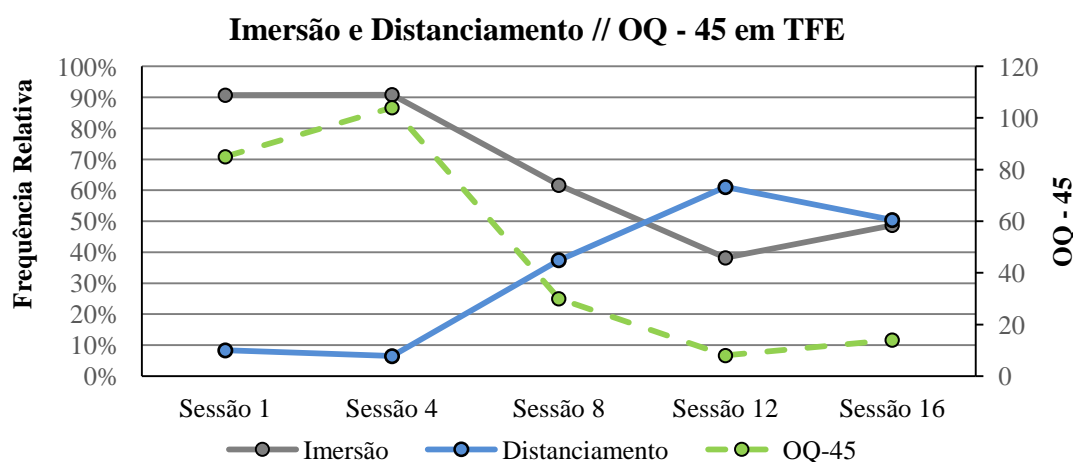
2.3.1.3. Relação do discurso imerso e distanciado e a sintomatologia geral

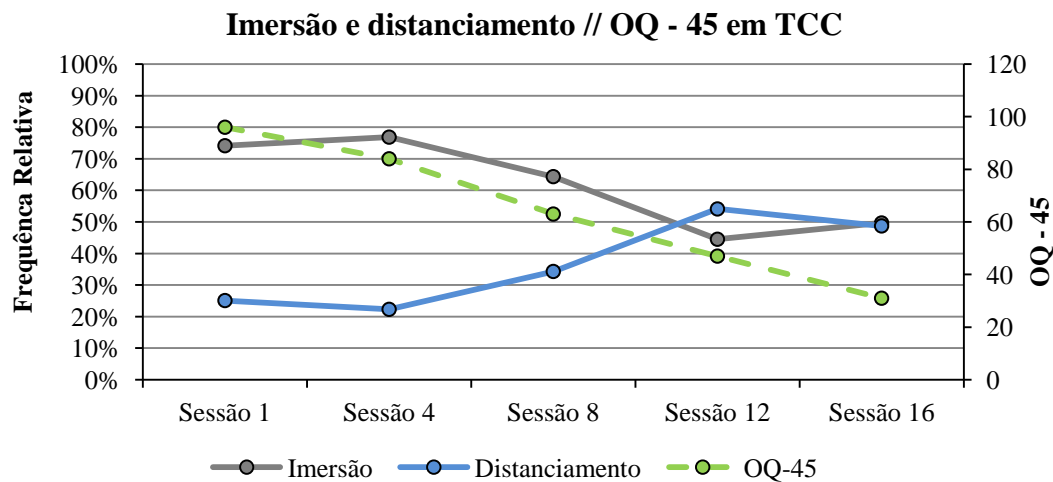
Analisando a figura 4, referente à relação do discurso imerso e distanciado com a sintomatologia geral, pode-se verificar que ocorre um decréscimo da sintomatologia geral ao longo do processo terapêutico, com a ressalva de que no caso TFE ocorre um aumento ligeiro da sintomatologia até à sessão 4, decaindo de forma acentuada até à sessão 12. No caso TCC, ocorre um decréscimo da sintomatologia de forma gradual e contínua até ao final do processo. É também possível visualizar que os valores da

sintomatologia são reduzidos no final do processo; no entanto, o caso TCC finaliza a terapia com maiores níveis de sintomatologia geral (31 de OQ-45) em comparação com o caso TFE (14 de OQ-45). No entanto, em ambos os casos estes valores estão muito abaixo do ponto de corte do OQ-45 (63).

Analisando especificamente a relação do discurso imerso e distanciado com a sintomatologia geral, verifica-se que a diminuição do discurso imerso acompanha o decréscimo da sintomatologia, essencialmente entre a sessão 4 e 12 para ambos os casos, denotando-se uma transformação mais rápida no caso TFE em comparação com o caso TCC. O discurso distanciado aumenta na sessão 4 para ambos os casos, sendo possível visualizar na figura que o intervalo entre esta sessão e a sessão 8 foi o ponto de mudança para ambos no que respeita à diminuição da sintomatologia geral e do discurso imerso e, ao aumento do discurso distanciado. Deste modo, no caso verifica-se correlação positiva extrema entre imersão e sintomatologia geral ($\rho = 1, p \leq .05$) e, na correlação negativa extrema entre distanciamento e sintomatologia geral ($\rho = -1, p \leq .05$). No que concerne ao caso TCC, o mesmo se processa com a sintomatologia geral – relação estatística positiva com a imersão ($\rho = .80, p \leq .05$), e negativa com o distanciamento ($r = -.80, p \leq .05$).

Figura 4 - Relação da Imersão e Distanciamento com a Sintomatologia Geral em TFE e TCC



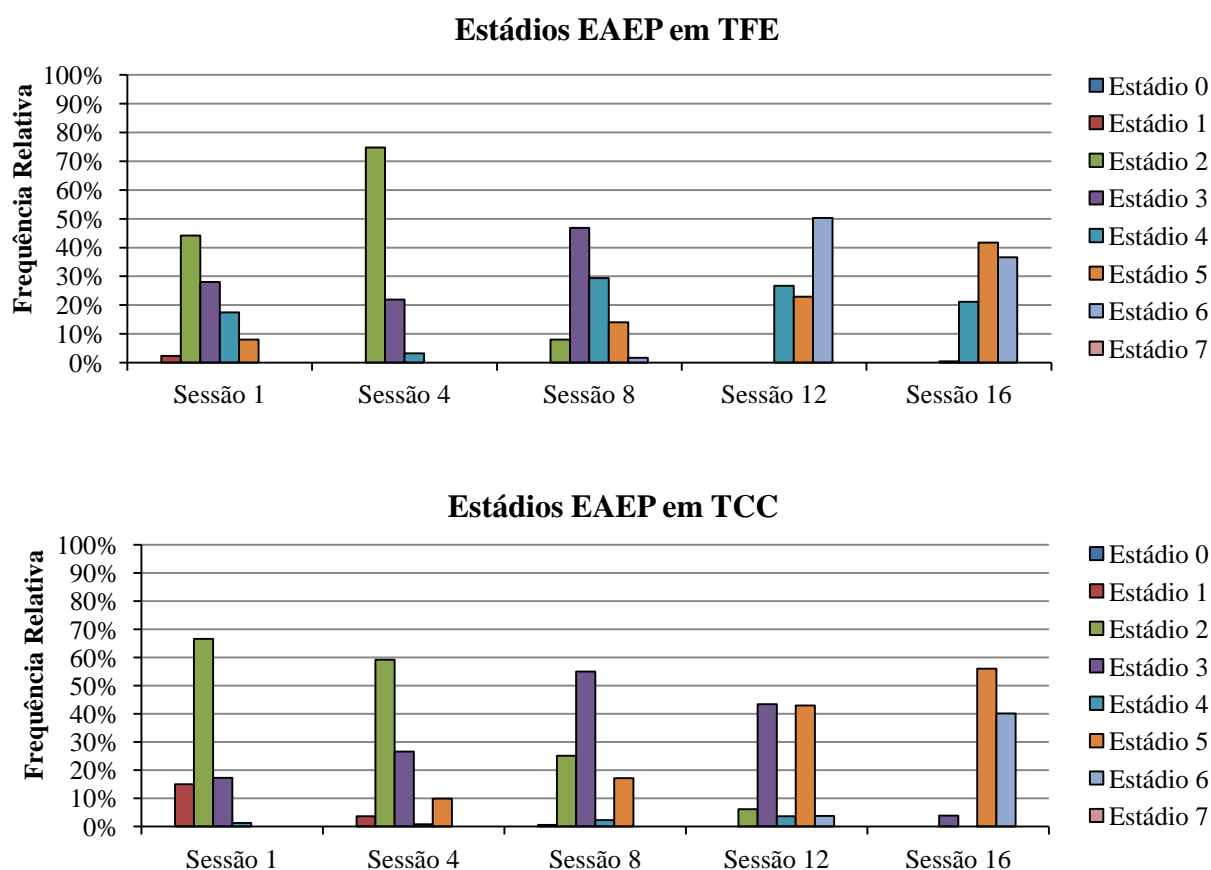


2.3.2. Evolução dos níveis de assimilação em dois casos de sucesso

Analisando a evolução dos níveis de assimilação ao longo do processo terapêutico, verifica-se na figura 5 que, em ambos os casos, predominam baixos níveis de assimilação (estádio 1 e 2) na fase inicial do processo, indicando a presença de sentimentos negativos e consciência vaga do problema. A figura demonstra também que o nível de assimilação de experiências problemáticas em ambos os casos começa a ascender na fase intermédia do processo psicoterapêutico, sessão 8. Nesse sentido, verifica-se uma maior predominância dos estádios, 3 e 4 em TFE e 3 em TCC, indicando uma diminuição da intensidade dos sentimentos negativos e da clarificação do problema (estádio 3), bem como, revela a capacidade do cliente em criar insight e formular uma nova compreensão acerca da problemática (estádio 4). É também possível visualizar que a assimilação em ambos os casos no final da terapia ocorre em maior grau, nomeadamente o estágio 5 e 6, indicando o acordo entre a voz problemática e a comunidade de vozes (estádio 5) e a presença de sentimentos positivos e soluções para a problemática (estádio 6). Importa ainda referir que, ao comparar os dois casos, verifica-se que parecem responder a um padrão semelhante de evolução, ou seja, os níveis de

assimilação tendem a ser menores no início do processo terapêutico e mais elevados na fase final.

Figura 5 – Evolução da Assimilação de Experiências Problemáticas em TFE e TCC

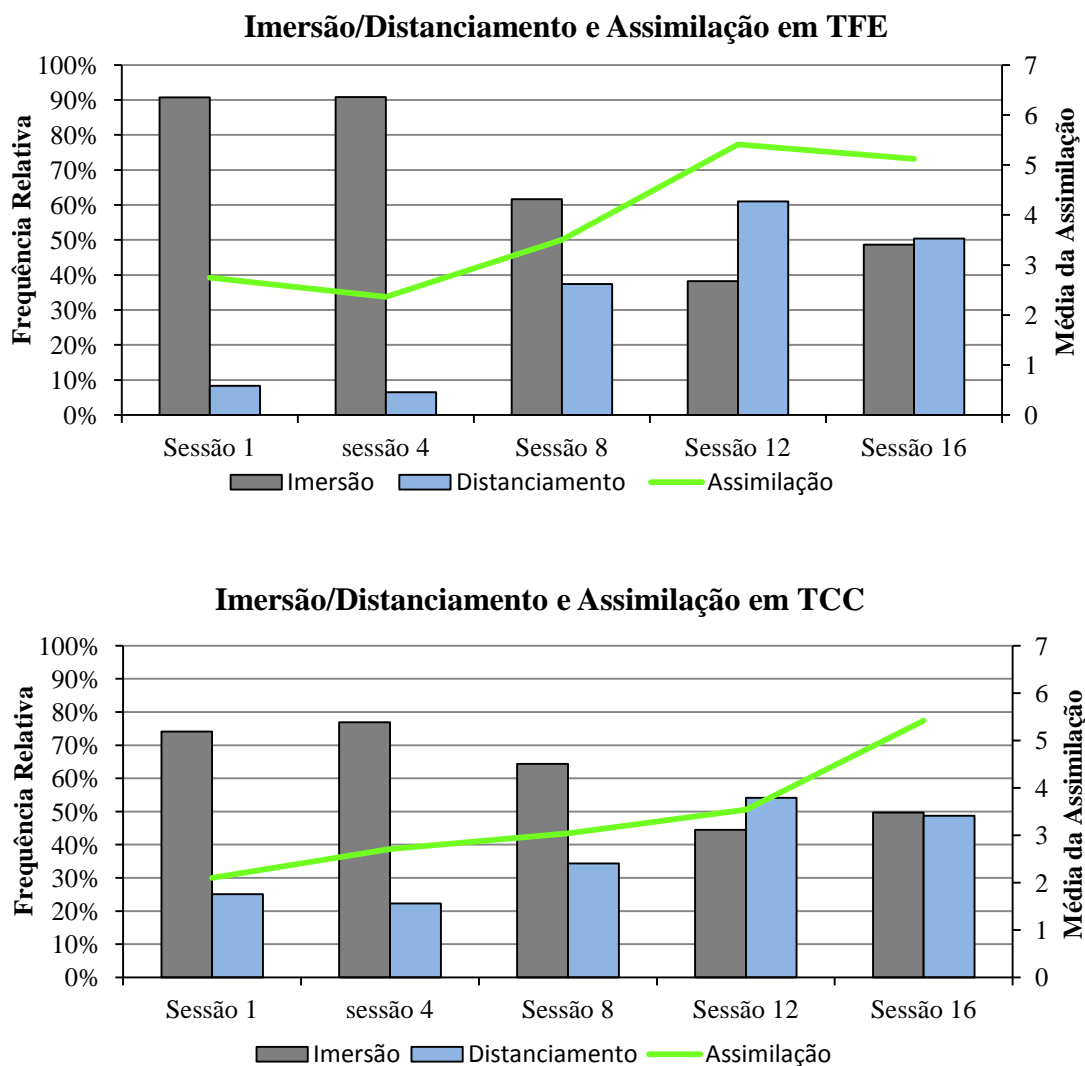


2.3.3. Relação do discurso imerso, distanciado e a assimilação

Analisando de uma forma geral a relação do discurso imerso e distanciado nos níveis de assimilação, pode-se verificar na figura 6 que o aumento do discurso distanciado acompanha o aumento dos níveis de assimilação, verificando-se o inverso com o discurso imerso, para ambos os casos. Nesse sentido, existe significância nas relações positivas entre distanciamento e assimilação (caso TFE, $\rho = .70, p \leq .05$; caso TCC, $\rho = .80, p \leq .05$) e nas relações negativas entre imersão e assimilação (caso TFE, $\rho = -.70, p \leq .05$; caso TCC, $\rho = -.80, p \leq .05$). Em suma, inicialmente ambos

os casos detêm elevados níveis de imersão, em contraste com os baixos níveis de distanciamento e assimilação, sendo que com o desenrolar do processo terapêutico, estes vão evoluindo no sentido inverso.

Figura 6 – Relação da Imersão e Distanciamento com a Assimilação de Experiências Problemáticas em TFE e TCC



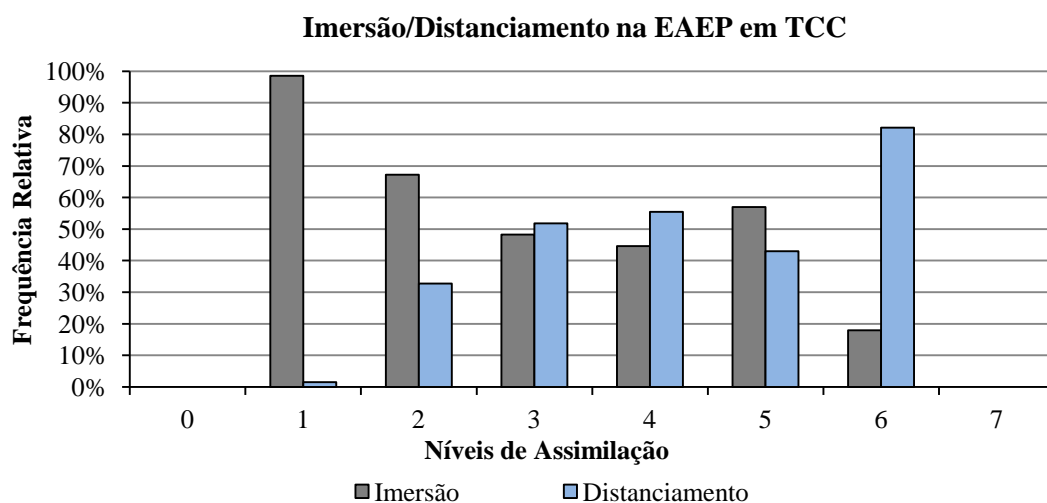
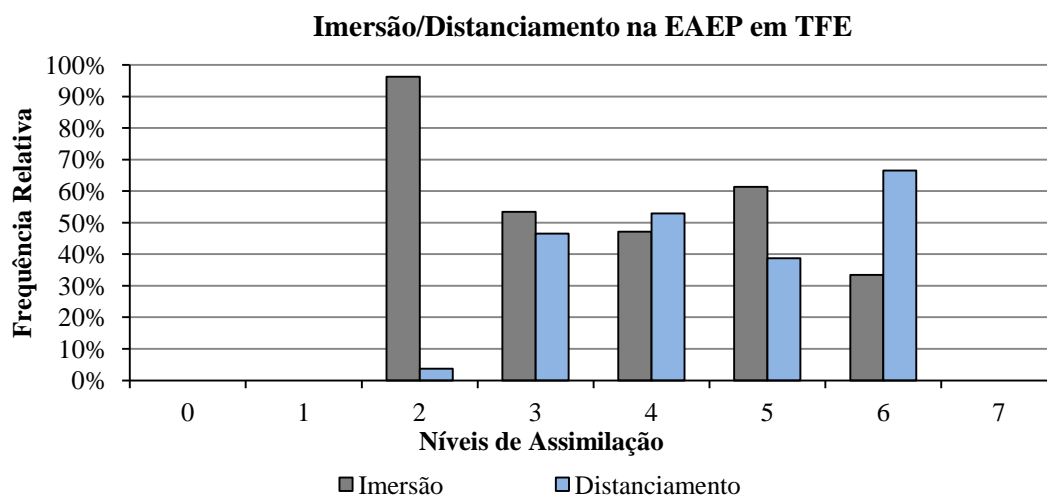
2.3.4. Discurso imerso e distanciado nos diferentes níveis de assimilação de experiências problemáticas

Ao analisar a figura 7, verifica-se que a evolução do discurso imerso e distanciado nos diferentes níveis de assimilação tende a comportar-se de forma semelhante em ambos os casos. Nesse sentido, verifica-se uma maior predominância do

discurso imerso nos primeiros estádios de assimilação (1, 2 e 3) em comparação com os estádios mais avançados (4, 5 e 6) onde se verifica a ocorrência de maior discurso distanciado.

Ao analisar ambos os casos de uma forma mais específica, a figura 7 demonstra que, para além de ambos os casos iniciarem o processo terapêutico com elevados níveis de imersão, no caso TFE há uma predominância da imersão no estágio 2 (consciência vaga do problema), comparativamente com o caso TCC que demonstra elevada imersão no estágio 1, relativo aos pensamentos indesejados. Outro ponto importante a ser evidenciado qualifica-se pelo ponto de mudança de perspectiva predominante, nos estádios três e quatro (clarificação do problema e *insight*), onde se verifica para os dois casos que o distanciamento tende a ser superior à imersão. Relativamente ao estágio 5 (associado a novas compreensões), os resultados demonstram que em ambos os casos ocorreu um aumento da imersão, acabando por se sobrepor ao distanciamento. Importa ainda referir que, em ambos os casos, se denota alguma irregularidade no aumento e diminuição da imersão e distanciamento ao longo dos estádios, tal como foi referido anteriormente; contudo, os resultados evidenciam que os estádios iniciais, intermédios e finais acompanham a evolução do discurso imerso distanciado, sendo que este último atinge os níveis mais elevados no estágio 6 (solução do problema).

Figura 7 – Evolução da Imersão e Distanciamento nos Diferentes Níveis de Assimilação em TFE e TCC



2.4. Discussão de Resultados

A discussão que se segue permite contribuir para uma análise mais detalhada dos resultados obtidos, sendo também como foco primordial dar resposta aos objetivos específicos propostos por esta investigação.

Os dados desta investigação sugerem que, independentemente do modelo de terapia utilizado num processo terapêutico, a imersão tende a diminuir ao longo do processo terapêutico, sendo que o distanciamento tende a aumentar. Deste modo, estes resultados vão de encontro a estudos clínicos anteriormente realizados (Barbosa, Bento

et al., 2012; Barbosa, Salgado et al., 2012; Barbosa, Silva, Salgado, & Gouveia, 2014; Couto 2013; Silva, 2013; Silva et al., 2014) apontando a importância de numa fase inicial do processo existir imersão, sugerindo ser um indicador benéfico na integração da experiência problemática. Importa referir que os resultados sugerem que o distanciamento parece ser um fator benéfico na autorreflexão adaptativa da experiência e na reconstrução do pensamento, podendo-se verificar na significância da relação negativa com a sintomatologia depressiva e geral para ambos os casos. Deste modo, estes resultados vão novamente de encontro a investigações anteriormente realizadas (Ayduk & Kross, 2008; Ayduk & Kross, 2010a; 2010b; Grossmann & Kross, 2010; Kross & Ayduk, 2008; Kross & Ayduk, 2009; Kross & Ayduk, 2011; Kross, Duckworth, Ayduk, Tsukayama, & Mischel, 2011; Kross, Gard, Deldin, Clifton, & Ayduk, 2012; Kross, Ayduk, & Mischel, 2005; Kross & Grossman, 2011; Mischkowski, Kross & Bushman, 2012; Verduyn, Mechelen, Kross, Chezzi, & Bever, 2012; Barbosa, Bento et al., 2012; Barbosa, Salgado et al., 2012; Barbosa, Silva, Salgado, & Gouveia, 2014; Couto 2013; Silva, 2013; Silva et al., 2014), que apontam o distanciamento como um bom indicador na promoção de novas compreensões e resoluções, contribuindo para resultados benéficos e bem-estar geral do sujeito. Relativamente à análise da evolução das subcategorias imersão e distanciamento, foi possível verificar que a fase inicial do processo demarcou-se pelos elevados níveis de afirmações descritivas e atributivas, correspondentes ao discurso imerso, ocorrendo posteriormente a sua diminuição à medida que ocorreu um gradual aumento de insight e afirmações de resolução, correspondentes ao discurso distanciado. Nesse sentido, a importância de cada uma das subcategorias nas fases em que ocorrem com maior frequência parecem ter algumas particularidades, ou seja, as afirmações de descrição e atribuição parecem ser importantes para o acesso à experiência em termos cognitivos, comportamentais e

emocionais, surgindo posteriormente o *insight* como primeiros sinais de mudança, culminando com a resolução das experiências problemáticas.

Importa referir que, na comparação entre casos, relativamente ao caso TFE denotou-se uma maior acentuação na diminuição das afirmações descritivas e atributivas (da sessão 4 à sessão 12), aumentando posteriormente o *insight* e as afirmações de resolução, em comparação com o caso TCC. Contudo, os resultados demonstraram igualmente a predominância das afirmações de descrição na fase inicial e intermédia do processo, comparativamente ao caso TCC, indo de encontro ao estudo de Couto (2013) em que refere que as intervenções de exploração do terapeuta, nomeadamente em TFE, tende a conduzir o cliente para o discurso imerso nas sessões iniciais com o intuito de promover o acesso à experiência de uma forma mais detalhada. Verificou-se também, que as afirmações de resolução ocorreram em maior frequência desde a fase intermédia do processo até à fase final no caso TFE em comparação com o caso TCC. A possível explicação para este dado prende-se com o facto de, para além do distanciamento ser importante na atribuição de significado à experiência e na resolução, tal como indicam os autores dos estudos experimentais e clínicos anteriormente mencionados (Ayduk & Kross, 2008; Ayduk & Kross, 2010a; 2010b; Grossmann & Kross, 2010; Kross & Ayduk, 2008; Kross & Ayduk, 2009; Kross & Ayduk, 2011; Kross et al., 2011; Kross et al., 2012; Kross, Ayduk & Mischel, 2005; Kross & Grossman, 2011; Mischkowski, Kross & Bushman, 2012; Verduyn et al., 2012; Barbosa, Bento et al., 2012; Barbosa, Salgado et al., 2012; Barbosa, Silva, Salgado, & Gouveia, 2014; Couto 2013; Silva, 2013; Silva et al., 2014), o modelo terapêutico poderá ter alguma influência no sentido em que a Terapia Focada nas Emoções exige um trabalho mais aprofundado com emoções e a utilização de tarefas experienciais (Elliott et al., 2004; Greenberg & Watson, 2008; Pos & Greenberg, 2007). Contudo,

apesar de nestes pontos específicos se verificar algumas particularidades entre modelos teóricos, no geral os resultados sugerem que a imersão e o distanciamento (tal como as relações estatísticas também o indicam) parecem ter um comportamento semelhante ao longo do processo em ambas as terapias, ou seja, o início do processo demarca-se pela predominância da imersão, em contraste com o final do processo onde ocorre uma sobreposição do distanciamento, apontando em ambos os casos para a importância destas duas perspectivas no que concerne reflexão da experiência problemática (Barbosa, Silva, Salgado, & Gouveia, 2014; Couto 2013; Silva, 2013; Silva et al., 2014). Importa ainda referir que os resultados demonstraram que a sintomatologia tende a acompanhar a evolução das perspectivas imersa e distanciada em ambos os casos, qualificando-se pela redução da própria sintomatologia e caracterizando-se como sucessos terapêuticos.

Relativamente aos resultados obtidos com a assimilação, verificou-se que o início de ambos os processos existiam baixos níveis de assimilação, embora, tal como acontece na evolução do discurso distanciado, se verifiquem níveis mais elevados de assimilação na fase final do processo, sendo esta evolução caracterizada como gradual e não linear, indo de encontro ao que a literatura tem relatado (Caro Gabalda & Stiles, 2009). Os resultados demonstraram também que, no caso TFE houve um aumento acentuado da assimilação da experiência na fase intermédia do processo, progredindo para níveis de assimilação superiores, aos verificados no caso TCC. Uma hipótese explicativa estará novamente relacionada com a diferença de modelos terapêuticos, sendo que em Terapia Focada nas Emoções utilizam-se tarefas experienciais, havendo desta forma uma maior predominância no contacto com a experiência e do que não está percebido (não assimilado) pelo cliente (Osatuke et al., 2005). No entanto, importa também não descartar a possibilidade de outros fatores explicativos – como por exemplo, características próprias da pessoa – poderem ser também aqui invocadas.

Interessa novamente mencionar que, em ambos os casos a evolução da assimilação de experiências problemáticas se manifestou em alguns pontos irregular, como por exemplo na ocorrência da frequência do estágio três na fase intermédia, onde se caracteriza pela manifestação de sentimentos negativos e pela colocação do problema. Neste sentido, os resultados parecem ir de encontro ao que alguns autores sugerem, ou seja, a assimilação de experiências problemáticas é considerada como um processo não linear, sendo caracterizado não só por progressos, mas também por retrocessos, sendo importante para o processo de mudança (Caro Gabalda, 2005; Caro Gabalda & Stiles, 2009; Stiles, 2005; Osatuke et al., 2005). O sucesso terapêutico no processo de assimilação e segundo os mesmos autores, caracteriza-se pela apresentação do nível 4 na EAEP, sendo considerado casos de insucesso os que ficam abaixo deste nível. Deste modo, e indo de encontro com investigações anteriores (Brinegar, Salvi & Stiles, 2008; Caro Gabalda, 2008; Honos-Webb, Surko, Stiles & Greenberg, 1999), tanto o caso TFE como o caso TCC atingiram níveis elevados de assimilação, nomeadamente o estágio 6 como nível máximo. Desta forma, importa evidenciar que, tal como acontece no discurso imerso, os níveis de imersão tendem a ser baixos na fase inicial do processo terapêutico, atingindo níveis mais elevados com o decorrer do processo à medida que ocorre um decréscimo de ambas as sintomatologias.

Relativamente à relação da imersão e distanciamento com a assimilação, verificaram-se relações significativas em ambos os casos. Verifica-se, tal como o esperado segundo investigações anteriores (Barbosa, Bento et al., 2012; Barbosa, Salgado et al., 2012), que o nível de assimilação é inferior no início do processo terapêutico, em paralelo com o nível de distanciamento, havendo um aumento destas duas variáveis longo da terapia. Uma possível hipótese explicativa para esta ocorrência deve-se ao facto do terapeuta quando em processo terapêutico induzir o cliente em

refletir na experiência problemática. Quando ocorre este exercício, o cliente fica sujeito a uma reflexão mais profunda e ao contacto com a experiência, promovendo uma maior abertura ao autoconhecimento, à autorreflexão e para ao *insight*, promovendo assim o diálogo interno entre a voz dominante e a comunidade de vozes. Este diálogo permite criar uma simbolização da experiência e por si só, a criação de novos significados e a reconstrução da experiência. Deste modo, os resultados em ambos os casos, TFE e TCC, demonstram significância na relação entre as variáveis, indo de encontro com os estudos anteriores (Barbosa, Bento et al., 2012; Barbosa, Salgado et al., 2012) e sugerindo haver semelhanças no padrão da relação do discurso imerso e distanciado nos diferentes níveis de assimilação.

Por último, no que concerne à análise da evolução do discurso imerso e distanciado, verificou-se que em ambos os casos predominam elevados níveis de imersão nos estádios mais inferiores de assimilação da experiência. Nesse sentido, a imersão parece ser importante no acesso à experiência problemática e na clarificação do problema numa fase mais inicial do processo terapêutico. Relativamente à evolução do distanciamento, ocorre o inverso, qualificando-se pelo aumento do discurso distanciado à medida que progride para níveis de assimilação mais avançados, ou seja, a perspectiva distanciada tende a aumentar à medida que ocorre compreensão e insight, bem como, a procura de novas respostas e soluções para o problema. Neste sentido, os resultados sugerem que ambas as categorias, imersão e distanciamento, parecem ser importantes na assimilação da experiência problemática, indicando que a presença da imersão também é importante na integração da experiência problemática (Barbosa, Bento et al., 2012; Barbosa, Salgado et al., 2012; Barbosa, Silva, Salgado, & Gouveia, 2014; Couto 2013; Silva, 2013; Silva et al., 2014) e que o distanciamento promove a compreensão do

problema e a procura de soluções, refletindo-se posteriormente no processo de mudança.

Conclusão

A presente investigação teve como intuito perceber de que forma atua a imersão e o distanciamento ao longo nos diferentes níveis de assimilação em diferentes modelos psicoterapêuticos. No entanto, não só se prendeu na resposta a este objetivo mas também, pretende elucidar a importância destes constructos no que concerne à compreensão da evolução do discurso do cliente na problemática ao longo do processo psicoterapêutico.

Os resultados sugerem que o distanciamento tende a aumentar com o desenrolar do processo terapêutico, sendo que, de forma inversa, a imersão tende a diminuir. Tal como os vários autores indicam e de acordo com a leitura dos resultados, o distanciamento tende a ser benéfico na resolução do problema e no alívio sintomatológico (Ayduk & Kross, 2008; Ayduk & Kross, 2010a; 2010b; Grossmann & Kross, 2010; Kross & Ayduk, 2008; Kross & Ayduk, 2009; Kross & Ayduk, 2011; Kross et al., 2011; Kross et al., 2012; Kross, Ayduk & Mischel, 2005; Kross & Grossman, 2011; Mischkowski, Kross & Bushman, 2012; Verduyn et al., 2012; Barbosa, Bento et al., 2012; Barbosa, Salgado et al., 2012; Barbosa, Silva, Salgado, & Gouveia, 2014; Couto 2013; Silva, 2013; Silva et al., 2014), não descurando a imersão que também faz parte do processo e que contribui na integração da experiência problemática (Barbosa, Salgado et al., 2012; Barbosa, Silva, Salgado, & Gouveia, 2014; Couto 2013; Silva, 2013; Silva et al., 2014). A importância do distanciamento na assimilação de experiências problemáticas sugere ser benéfica, no sentido em que quando há maior distanciamento, maior é o nível de assimilação da experiência. Os resultados indicaram também que existe relação entre as variáveis, salientando haver semelhanças no padrão de comportamento da imersão e distanciamento na assimilação de experiências problemáticas em ambos os modelos terapêuticos. Denotou-se a

particularidade da elevada imersão no início do processo no caso TFE, comparativamente com o caso TCC que demonstrou menores níveis, ocorrendo posteriormente uma evolução acentuada em forma inversa. Neste ponto e indo de encontro ao estudo de Couto (2013), o terapeuta em TFE tende a conduzir o cliente ao discurso imerso numa fase inicial do processo, bem como, em TFE tende a haver uma predominância na utilização de tarefas experienciais (Osatuke et al., 2005).

Relativamente à evolução do discurso imerso e distanciado nos diferentes estádios, o estudo sugere que a imersão ocorre com maior frequência nos níveis de assimilação mais baixos, associando-se à verbalização da experiência e na clarificação do problema. No que concerne ao distanciamento, este tende a evoluir à medida que o sujeito progride nos níveis de assimilação, contribuindo para reflexões distanciadas, insight e na procura de novas compreensões para o problema.

A questão que este estudo deixa em aberto prende-se no aprofundamento da análise da evolução da imersão e distanciamento nos estádios mais avançados da assimilação com o intuito de compreender detalhadamente como se processa em específico a mudança, bem como, o aprofundar da diretividade terapêutica e a sua influência no processo. Esta é uma questão que deve ser considerada importante na realização em investigações futuras, permitindo fazer a ponte para as limitações deste estudo. Alguns fatores que poderão ter influenciado nos resultados desta investigação será o facto de terem sido analisadas somente cinco sessões, e não os casos na sua totalidade. Outra limitação prende-se com o facto de terem sido utilizados somente dois casos, sendo importante realizar investigações com mais estudos de caso, e com diferentes tipos de terapia. Nesse sentido, importa novamente referir que é crucial continuar a realizar estudos que continuem a aprofundar o conhecimento relativo a estes

constructos, bem como, no sentido em contribuir para um alargar do saber relativo à dinâmica e desenrolar dos processos terapêuticos.

Referências Bibliográficas

Ayduk, O., & Kross, E. (2010a). Analyzing negative experiences without ruminating: The role of Self-distancing in enabling adaptive Self-reflection. *Social and Personality Psychology Compass*, 4, 10, 841-854.

Ayduk, O., & Kross, E. (2009). Asking 'Why' From a Distance Facilitates Emotional Processing: A Reanalysis of Wimalaweera and Moulds (2008)* (2009). *Behavior Research and Therapy*, 47, 88-92. Doi: 10.1016/j.brat.2008.06.014.

Ayduk, O., & Kross, E. (2008). Enhancing the Pace of Recovery, Self-Distanced Analysis of Negative Experiences Reduces Blood Pressure Reactivity. *Psychological Science*, 19, 3, 229-231.

Ayduk, O., & Kross, E. (2010b). From a distance: Implications of Spontaneous Self-Distancing for adaptive Self-reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98, 5, 809-829.

Barbosa, E., Bento, T., Amendoeira, M., Mendes, S., Gouveia, J., & Salgado, J. (2012). *Immersion, distancing and emotional arousal: An intensive case study of a good outcome case of CBT*. Comunicação apresentada na 3ª Conferência da Society for Psychotherapy Research European and UK Chapters, Porto, Portugal.

Barbosa, E., Salgado, J., Bento, T., Lourenço, P., & Pinto, P. (2012). *Immersion, distancing and emotional arousal: An intensive case study of a good outcome case of*

EFT. Comunicação apresentada na 43ª Conferência Internacional da Society for Psychotherapy Research, Virginia Beach, EUA.

Barbosa, E., Silva, S., Salgado, J., & Gouveia, P. (2014). Imersão e Distanciamento em Casos de Sucesso de Terapia Cognitivo-Comportamental e Terapia Focada nas emoções. Comunicação apresentada em Copenhaga, Dinamarca.

Brinegar, M. G., Salvi, L. M., & Stiles, W. B. (2008). The case of Lisa and the assimilation model The interrelatedness of problematic voices. *Psychotherapy Research*, 18, 6, 657-666. Doi: 10.1080/10503300802183694.

Beck, J. (2011). *Cognitive Behavior Therapy*. New York: The Guilford Press.

Brinegar, M. G., Salvi, L. M., Stiles, W. B. & Greenberg, L. S. (2006). Building a Meaning Bridge: Therapeutic Progress Form Problem Formulation to Understanding. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 165-180.

Coelho, R., Martins, A., & Barros, H. (2002). Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertained by the Beck Depression Inventory II. *Eur Psychiatry*, 17, 222-226.

Couto, A. B. J. C. (2013). Discurso imerso e distanciado do cliente e as intervenções do terapeuta: Estudo de um caso de sucesso em Terapia Focada nas Emoções na depressão (Dissertação de Mestrado). Instituto Universitário da Maia, Maia.

Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R.N., & Greenberg (2004). *Learning Emotion Focused Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM – IV Axis I Disorders – SCID I*, Clinician Version (SCID – CV). New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, Department of Psychiatry Columbia University. (tradução portuguesa de A. Costa Maia)

Gabalda, I. C. (2008). Assimilation of Problematic Experiences in Linguistic Therapy of valuation: A Case Study. *Journal of Constructivist Psychology*, 21, 151-172. Doi: 10.1080/10720530701853735.

Gabalda, C. & Stiles, W. (2009). Retrocessos no contexto de terapia linguística de avaliação. *Análise Psicológica*, 2, 199-212.

Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2006). *Emotion Focused Therapy for Depression*. Washington, DC: American Psychological Association.

Grossmann, I., & Kross, E. (2010). The Impact of Culture on Adaptive Versus Maladaptive Self-Reflection. *Psychological Science*, 1-8. Doi: 10.1177/0956797610376655.

Hill, C. & Lambert, M. (2004). Methodological issues in studying psychotherapy processes and outcomes. In M. J. Lambert, (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 84-135). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Honos-Web, L., Lani, J., & Stiles, W. B. (1999). Discovering Markers of Assimilation Stages: The Fear-of-Losing-Control Marker. *Journal of Clinical Psychology, 55, 12*, 1441-1452.

Honos-Webb, L., Surko, M., Stiles, W. B., & Greenberg, L. S. (1999). Assimilation of voices in psychotherapy: The case of Jan. *Journal of Counseling Psychology, 46*(4), 448-460. doi:10.1037//0022-0167.46.4.448.

Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59* (1), 12-19. Doi: 0022-006X/91.

Kross, E., & Ayduk, O. (2009). Boundary conditions and buffering effects: Does depressive symptomology moderate the effectiveness of self-distancing for facilitating adaptive emotional analysis?. *Journal of Research in Personality, 43*, 923-927.

Kross, E. & Ayduk (2008). Facilitating Adaptive Emotional Analysis: Distinguishing Distanced-Analysis of Depressive Experiences From Immersed-Analysis and Distraction. *Society for Personality and Social Psychology Bulletin, 34, 7*, 924-938.

Kross, E., & Ayduk, O. (2011). Making meaning out of negative experiences by Selfdistancing. *Current Directions in Psychological Science*, 20, 187, 187-191.

Kross, E., Ayduk, O., & Mischel, W. (2005). When asking “why” does not hurt: Distinguishing rumination from reflective processing of negative emotions. *Psychological Science*, 16 (9), 709-715.

Kross, D., Duckworth, A., Ayduk, O., Tsukayama, E., & Mischel, W. (2011). The Effect of Self-Distancing on Adaptive Versus Maladaptive Self-Reflection in Children. *Emotion*, 11, 5, 1032-1039.

Kross, E., Gard, D., Deldin, P., Clifton J., & Ayduk, O. (2012). “Asking why” from a distance: Its cognitive and emotional consequences for people with major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 3, 559-569.

Kross, E., & Grossman, I. (2011). Boosting Wisdom: Distance from de self enhances wise reasoning, attitudes and behavior. Retrieved from: <http://psycnet.apa.org/psyinfo/2011-13461-001>.

Machado, P.P., & Fassnacht, D.B. (in press). Normative data, reliability and clinical significance cut-offs for the Portuguese version of the Outcome Questionnaire (OQ-45). *Journal of Clinical Psychology*.

Machado, P. P. & Klein, J. (2006). *The outcome questionnaire – 45: Portuguese psychometric data with a non-clinical sample*. Poster presented in the Society for Psychotherapy Research Annual Conference, Edinburgh, Scotland.

Mischkowski, D., Kross, E., & Bushman, B. (2012). Flies on the wall are less aggressive: Self-distancing “in the heat of the moment” reduces aggressive thoughts, angry feelings and aggressive behavior. *Journal of Experimental Social Psychology, 48*, 1187-1191.

Mosher, J. K., Goldsmith, J. Z., Stiles, W. B., & Greenberg, L. S. (2011). Assimilation of Two Critic Voices in a Person-Centered Therapy for Depression. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies, 7,1*, 1-19.

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 100* (4). 569-582.

Osatuke, K., Glick, M. J., Stiles, W. B., Greenberg, L. S., Shapiro, D. a., & Barkham, M. (2005). Temporal patterns of improvement in client-centred therapy and cognitive-behaviour therapy. *Counselling Psychology Quarterly, 18*(2), 95-108. doi:10.1080/09515070500136900.

Pos. A. E., & Greenberg, L. S. (2007). Emotion-focused Therapy: The Transforming Power of Affect. *Springer Science Business Media, 37*, 25-31. Doi: 10.1007/s10879-006-9031-z.

Silva, S. D. C. (2013). Imersão, Distanciamento e Ativação emocional: Comparação de dois casos de sucesso em Terapia Cognitivo Comportamental e em Terapia Focada nas Emoções. (Dissertação de Mestrado). Instituto Universitário da Maia, Maia.

Silva, S., Barbosa, E., Couto, A., Ferreira, T., Salgado, J., & Cunha, C. (2014). Evolução do Discurso Imerso e Distanciado em Psicoterapia: Comparação entre Casos de Sucesso e Insucesso em Terapia Focada nas Emoções. Comunicação apresentada em Copenhaga, Dinamarca.

Stiles, W. B. (2001). Assimilation of problematic experiences. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 462-465. Doi:10.1037//0033-3204.38.4.462.

Stiles, W. B. (2011). Coming to Terms. *Psychotherapy Research*, 21,4, 367-384. Doi: 10.1080/1053307.2011.582186.

Stiles, W. B. (2005). Extending the Assimilation of Problematic Experiences Scale: Commentary on the special issue. *Counselling Psychology Quarterly*, 18(2), 85-93. Doi:10.1080/09515070500136868.

Stiles, W. B. (2010). Assimilation of Problematic Experiences. Em Stiles, W. S., Meshot, C., Anderseon, T., & Sloan, W., Assimilation of Problematic Experience: The Case of John Jones. Doi: 10.1080/10503309212331332874.

Stiles, W. B., Elliott, R., Llewelyn, S., Firth-Cozens, J. A., Margison, F. B., Shapiro, D. A., & Hardy, G. (1990). Assimilation of Problematic Experiences by Clients in Psychotherapy. *Psychotherapy, 27*,3, 411-420.

Verduyn, P., Mechelen, I., Kross, E., Chezzi, C., & Bever, F. (2012). The relationship between self-distancing and the duration of negative and positive emotional experiences in daily life. *Emotion, 12*, 1-16.

Young, J. E., Rygh, J. L., Weinberger, A. D., & Beck, A. T. (2008). Cognitive Therapy for Depression. Em Barlow, *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. New York: The Guildford Press.