

Universidade da Maia

Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



Imersão e Distanciamento na intervenção em *Mindfulness*:
Relação com a qualidade de vida e sintomas clínicos

Ricardo André Lisboa Ribeiro, número 33403

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientação:

Professora Doutora Eunice Barbosa

Professora Doutora Marlene Sousa

Setembro de 2022



Agradecimentos:

Aos meus pais pelo apoio incondicional ao longo de todo o percurso académico.

À Professora Doutora Marlene Sousa, pelo apoio e ao longo de todo este ano.

À Professora Doutora Eunice Barbosa, obrigada por toda a dedicação e cuidado ao longo deste percurso, por estar sempre disponível para ajudar e pelas palavras de motivação nas alturas decisivas.

Aos meus amigos, pela disponibilidade para me ajudar e distrair nos momentos mais difíceis.

À minha namorada, pela motivação e incentivo que me dá todos os dias.

Resumo:

A imersão e o distanciamento são duas perspectivas sobre a experiência importantes na mudança sintomatológica e emocional em psicoterapia. Os estudos clínicos existentes utilizam, apenas, participantes submetidos a terapias individuais, sendo que a maioria dos casos apresenta diagnóstico de depressão. Além disso, apesar dos estudos indicarem potencialidades das perspectivas no bem-estar psicológico, nada se sabe sobre a sua relação com a qualidade de vida. Assim, o presente estudo teve como objetivo principal compreender como se manifesta a perspectiva imersa e distanciada ao longo de uma intervenção numa modalidade distinta das estudadas: *mindfulness*, em grupo, bem como a caracterização da evolução dos sintomas clínicos e da qualidade de vida em casos com doença física incapacitante. Para tal, foram estudados 2 casos, sendo um diagnosticado com lesão musculoesquelética e o outro com doença oncológica. Recorreu-se à utilização do CMIDS para medição da perspectiva distanciada, do CORE-OM para avaliar a sintomatologia clínica, e do WHOQOL-BREF para compreender a percepção subjetiva do indivíduo relativamente à sua qualidade de vida. Este estudo revelou um padrão de evolução da perspectiva sobre a experiência, caracterizado pelo aumento do distanciamento ao longo do processo, que acompanha a melhoria sintomatológica e o aumento da qualidade de vida. Os resultados sugerem que o distanciamento sobre a experiência em contexto terapêutico parece ser importante também em pessoas com doença física e acompanhados em *mindfulness*, no sentido do seu bem-estar e percepção mais positiva da sua vida.

Palavras-chave: Imersão; distanciamento; *mindfulness*; qualidade de vida; sintomatologia clínica;

Índice

Introdução	6
1. Enquadramento Teórico.....	8
1.1 Imersão e Distanciamento	8
1.2 Mindfulness	12
1.3 Qualidade de Vida.....	15
2. Estudo Empírico	17
2.1 Objetivo geral e objetivos específicos	17
2.2 Método	17
2.2.1 Participantes	17
2.2.2 Instrumentos.....	18
2.3 Procedimentos.....	19
2.3.1 Procedimentos de recolha de dados	19
2.3.2 Procedimentos de análise de dados	20
2.4 Resultados	21
2.4.1 Imersão e Distanciamento	21
2.4.2 Distanciamento e Sintomatologia Clínica	25
2.4.3 Distanciamento e Qualidade de Vida.....	27
3. Discussão.....	33
4. Conclusão	38
Referências Bibliográficas:.....	41

Índice de Figuras:

FIGURA 1. EVOLUÇÃO DO DISTANCIAMENTO E SINTOMAS CLÍNICOS (CORE-OM) NO CASO 1.....	22
FIGURA 2. EVOLUÇÃO DO DISTANCIAMENTO E DOS SINTOMAS CLÍNICOS (CORE-OM) NO CASO 2.....	22
FIGURA 3. EVOLUÇÃO DO DISTANCIAMENTO E QUALIDADE DE VIDA GERAL NO CASO 1	28
FIGURA 4. EVOLUÇÃO DO DISTANCIAMENTO E QUALIDADE DE VIDA GERAL NO CASO 2	29
FIGURA 5. EVOLUÇÃO DO DISTANCIAMENTO E DOS DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA NO CASO 1	31
FIGURA 6. EVOLUÇÃO DO DISTANCIAMENTO E DOS DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA NO CASO 2	32

Índice de Tabelas:

TABELA 1. EVOLUÇÃO DOS DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA NO CASO 1.....	27
TABELA 2. EVOLUÇÃO DOS DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA NO CASO 2.....	28

Introdução

Quando refletimos sobre uma experiência pessoal podemos assumir uma de duas posições face a mesma, podendo esta ser uma perspetiva imersa ou distanciada (Kross et al., 2012). Na perspetiva imersa, o indivíduo reflete sobre a sua experiência na primeira pessoa, sendo que os pensamentos, sentimentos e comportamentos iniciais repetem-se (Barbosa et al., 2020). Por outro lado, na perspetiva distanciada, o indivíduo é capaz de refletir sobre a sua experiência pessoal na terceira pessoa, ou seja, numa ótica de observador, sendo que, consegue ver-se a si próprio na experiência passada e focar-se no contexto mais amplo (Kross et al., 2014). De outro modo, a prática de *mindfulness* induz uma capacidade de observar diferentes elementos numa postura de curiosidade e aceitação (Thatcher et al., 2018), estando em contacto com o presente e não imerso em memórias passadas ou com pensamentos sobre o futuro (Kabat-Zinn, 1990), o que nos leva a questionar sobre o facto de podermos esperar outro padrão de evolução dinâmico entre a perspetiva imersa e distanciada, quando submetemos os participantes a este tipo de intervenção. Por fim, em 2012, a Organização Mundial de Saúde (WHO) definiu qualidade de vida como a perceção pessoal de um indivíduo sobre a sua posição na vida integrado no seu contexto cultural e sistema de valores em que vive e em relação com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Sendo que a prática recorrente de *mindfulness* está associada à diminuição da ruminação, *stress* e sintomas somáticos de *distress* (Farb et al., 2010) e estes contribuem para o declínio da saúde psicológica, podemos hipotetizar que uma prática recorrente de *mindfulness* poderá ter uma relação positiva com a qualidade de vida.

Apesar do estado da arte da perspetiva imersa e distanciada ser vasto, não existe literatura que cõnjuge estas variáveis com intervenção em *mindfulness*, e que a relacione com a perceção da qualidade de vida. Deste modo, o objetivo geral deste estudo foi

compreender como se manifesta a perspectiva imersa e distanciada ao longo de uma intervenção de *mindfulness* em grupo e a sua relação com o bem-estar. Assim, este estudo apresenta elevada importância para obtermos maior conhecimento sobre como se alteram ou relacionam as novas variáveis inseridas com a perspectiva imersa e distanciada, de modo a contribuir para a inovação científica nesta área.

Esta dissertação foi subdividida em quatro capítulos. O primeiro engloba o enquadramento teórico dos fenômenos em investigação. No segundo capítulo encontra-se o estudo empírico, que contempla o objetivo geral e objetivos específicos, a caracterização dos participantes, descrição dos instrumentos e a descrição dos procedimentos na recolha e análise dos dados. A terceira parte incorpora a descrição detalhada dos resultados obtidos assim como a discussão dos mesmos. Por fim, o último capítulo integra uma conclusão onde são apontadas as principais descobertas do estudo assim como as suas limitações e sugestões para investigação futura.

1. Enquadramento Teórico

1.1 Imersão e Distanciamento

De acordo com Kross et al. (2012), no momento de reflexão sobre a experiência pessoal, é passível o indivíduo assumir uma de duas perspetivas face à mesma: perspetiva imersa ou distanciada. Na perspetiva imersa, o indivíduo reflete sobre a sua experiência na primeira pessoa, sendo que os pensamentos, sentimentos e comportamentos iniciais repetem-se (havendo uma sintonia entre o *self* que experiencia a situação e o *self* que a reflete). Nesta perspetiva, o interlocutor utiliza, de forma praticamente exclusiva, a primeira pessoa do singular (eu) quando se refere ao *self*, assumindo, um ponto de vista egocêntrico (Kross et al., 2014). Atualmente, vários estudos indicam que os indivíduos tendem, de forma espontânea, a adotar uma perspetiva imersa quanto refletem sobre as suas experiências de forma a entendê-las (Ayduk & Kross, 2010; Grossman & Kross, 2010). No caso de experiências negativas, tal comportamento resulta não em alívio, mas sim numa perpetuação dos pensamentos e sentimentos negativos (Mischkowski et al., 2012).

Por outro lado, na perspetiva distanciada, o indivíduo é capaz de refletir sobre a sua experiência pessoal na terceira pessoa (“ele/ela” ou usando o nome próprio), ou seja, numa ótica de observador, sendo que, neste caso, o *self* que reflete é separado do *self* que está a experienciar o momento, conseguindo assim, ver-se a si próprio na experiência passada e focar-se no contexto mais amplo (Kross et al., 2008; Kross et al., 2014). A investigação indica que a adoção por parte do sujeito do ponto de vista de “uma mosca na parede” (perspetiva distanciada) ajuda o *self* a refletir sobre a sua experiência sem entrar em processos de ruminação (Kross et al., 2014, p.305). Adicionalmente, é importante notar que diversos autores (Cohn et al., 2004; Pennebaker & King, 1999) especulam que a linguagem utilizada pelas pessoas para se referir a si

próprias pode influenciar o distanciamento. Neste sentido, e de acordo com Cohn et al. (2014) e Kross et al. (2014), pesquisa sobre escrita expressiva conceptualiza a quantidade de utilizações de pronomes da primeira pessoa do singular quando o indivíduo está a refletir sobre experiências difíceis como um marcador de distanciamento, ou seja, quanto menor a utilização de pronomes da primeira pessoa do singular, maior será a tentativa do indivíduo de se distanciar da sua experiência.

Tomemos o exemplo dado por Kross et al. (2012, p.559): “Sara, é uma jovem que se encontra abatida após ter sido despedida. Motivada para compreender os seus sentimentos, Sara tenta recordar-se da sua experiência de despedimento e revive o acontecimento novamente através do seu ponto de vista. Nesta perspetiva, Sara pode pensar “Porque é que me senti assim durante esta situação?”, aqui Sara tende a focar-se nos seus sentimentos numa perspetiva imersa, o *self* que está a raciocinar sobre a experiência negativa e o *self* que está a experienciar o despedimento são um só. Contudo, também é possível que Sara dê um passo atrás quando pensa sobre a sua experiência e raciocine sobre ela através da perspetiva de um observador distanciado, atuando como uma mosca na parede que consegue ver-se a si própria na experiência. Desta perspetiva, Sara pode pensar: “Porque é que a Sara se sentiu desta forma durante aquela situação?”. Neste cenário a Sara tende a focar-se nos seus sentimentos de uma perspetiva distanciado, como se falasse de outra pessoa - o *self* que está a raciocinar sobre a experiência é removido psicologicamente do *self* que está a experienciar o evento”. Vários autores sugerem que a adoção de uma perspetiva distanciado é algo que exige esforço consciente por parte do indivíduo uma vez que as pessoas tendem a adotar uma perspetiva imersa quando analisam experiências passadas (Ayduk & Kross, 2008, 2010; Kross & Ayduk 2008).

O estado atual da arte sugere que o tipo de discurso adotado pelo paciente irá ter repercussões no que diz respeito ao seu bem-estar e saúde mental, sendo o distanciamento, ao contrário da imersão, a perspectiva que facilita uma análise adaptativa, favorece a modelação da ativação emocional (Barbosa et al., 2017) e permite a reconstrução dos sentimentos de modo a promover fenómenos de *closure* e *insight* (Kross et al., 2012). A perspectiva distanciada é ainda associada a uma diminuição da duração dos episódios negativos, atenuação da intensidade emocional e maior autocontrolo em situações desafiantes (Kross et al., 2014; Mischkowski et al., 2012). Por exemplo, Kross et al. (2014) afirma que o distanciamento permite um aumento da possibilidade de o indivíduo regular os seus pensamentos, emoções e comportamentos face à ansiedade social, levando-o a avaliar eventos potencialmente despoletadores de ansiedade de uma forma mais desafiadora e menos ameaçadora (Kross et al., 2014).

Note-se que estudos experimentais defendem que analisar experiências negativas através de uma perspectiva distanciada não promove fenómenos de evitamento (Ayduk & Kross, 2010). Aliás, Kross e Ayduk (2008), referem que enquanto a imersão e a análise distanciada são igualmente úteis na redução da sintomatologia depressiva a curto prazo, apenas a perspectiva distanciada retém os benefícios a longo prazo, promovendo reconstrução da experiência e não o seu evitamento. Esta visão dicotómica assumida pelos estudos laboratoriais: distanciamento benéfico e imersão não-benéfica parecem não se enquadrar naquilo que são as necessidades e características de um processo terapêutico, em particular no que respeita à transformação dinâmica e integrada dos processos ao longo do tratamento (Kross & Ayduk, 2008). Neste sentido, foram desenvolvidos estudos clínicos que testaram a relação dinâmica e integradora das perspectivas imersa e distanciada como potencialmente contributivas para o processo de mudança em psicoterapia (Barbosa et al., 2017). Segundo análises longitudinais de

casos clínicos, diagnosticados com depressão major, um padrão emerge ao longo da resolução terapêutica de experiências problemáticas que se expressa através de um aumento significativo do distanciamento e uma diminuição da imersão ao longo do processo terapêutico (Barbosa et al., 2017), sendo a imersão mais útil numa fase inicial e o distanciamento numa fase posterior da terapia (Barbosa et al., 2020). Este padrão tem estado associado à diminuição da sintomatologia depressiva (Barbosa et al., 2020) e aos casos de sucesso terapêutico (Barbosa et al., 2020). Os casos de insucesso analisados revelaram a manutenção dos níveis de imersão e distanciamento ao longo da terapia (Barbosa et al., 2019). Não obstante aos benefícios da perspectiva distanciada, em psicoterapia a imersão parece ter um papel útil na consciencialização e clarificação da experiência problemática, importante na assimilação dessas mesmas experiências e consequente mudança em psicoterapia (Costa, 2014).

Especificamente, a imersão sobre experiências negativas numa fase inicial da terapia pode ser entendida como um movimento no sentido da mudança, mesmo que isso não implique elevados níveis de bem-estar, desde que seja seguida por um aumento significativo da perspectiva distanciada (Barbosa et al., 2019). Assim, a diminuição da imersão poderá ser considerada como um processo esperado, mas não propriamente negativa (Kross, 2008).

Por sua vez, o desenvolvimento de uma reflexão mais distanciada sobre a experiência poderá ser benéfico para a resolução do problema numa fase final do processo terapêutico (Kross, 2008). Porém, isto não significa que elevado distanciamento em psicoterapia seja produtivo, pois mais distanciamento numa fase inicial pode representar evitamento da experiência dolorosa (Barbosa et al., 2019). Aliás, um estudo realizado por Barbosa et al. (2019) mostrou que os casos de insucesso analisados apresentavam mais distanciamento numa fase inicial do processo terapêutico

do que os casos de sucesso. Este modelo assume a imersão e o distanciamento como mecanismos coordenados e dinâmicos, integrados no processo de mudança (Barbosa, 2019). Esta abordagem permitiu obter resultados que reforçaram a teoria existente, mas também outros resultados que sugerem novas leituras sobre o potencial de cada perspectiva e das perspectivas em conjunto em contexto clínico.

Contudo, estudos em contexto terapêutico/clínico são escassos, foram desenvolvidos apenas com pessoas diagnosticadas com depressão major (Barbosa et al., 2020) e acompanhadas apenas em terapia individual Cognitivo Comportamental (Barbosa et al., 2017) ou terapia Focada nas Emoções (Couto et al., 2016). Portanto, será importante perceber se o padrão se mantém noutras problemáticas e noutras formas de terapia.

1.2 Mindfulness

De acordo com Thatcher et al. (2018), *mindfulness* é definido como o ato de atenção plena, mantendo uma constante consciência do momento presente bem como das emoções, pensamentos e sensações inerentes. Esta prática induz uma capacidade de observar estes diferentes elementos numa postura de curiosidade e aceitação (Thatcher et al., 2018), o que sugere uma perspectiva distanciada. Contudo, outros autores adicionaram diversas dimensões à definição de *mindfulness*, como Kabat-Zinn (1990), afirmando que concentrar-se no momento presente significa estar em contacto/imerso com o momento presente e não estar imerso em memórias passadas ou com pensamentos sobre o futuro, ou seja, um momento de concentração no atual, de forma intencional e sem julgamento.

Subjacente ao conceito de *mindfulness* estão determinadas suposições validadas empiricamente, entre elas: a) o ser humano, está maioritariamente inconsciente da sua experiência momento-a-momento, operando em modo “piloto automático”; b) o

indivíduo é capaz de desenvolver a capacidade de manter atenção em conteúdo mental; c) o desenvolvimento desta capacidade é gradual e exige uma prática regular; d) a atenção à experiência momento-a-momento vai fornecer um sentido de vida mais rico, tornando, por isso, a experiência mais vívida e ativa; e) a observação, sem julgamento, do conteúdo mental irá aumentar a veracidade das percepções e f) devido à percepção mais exata das suas próprias respostas mentais a estímulos internos e externos, será reunido uma forma de ação sobre o mundo mais ampla e adaptativa, e por consequência, levar a uma maior sensação de controlo (Grossman et al., 2004; Kabat-Zinn, 1990)

Lidar com os sintomas, incapacidade e incerteza quanto ao futuro derivados da doença é um desafio angustiante para uma parte significativa da população clínica (Grossman et al., 2004). No entanto, a utilização de programas baseados em *mindfulness* para a redução do stress (MBSR) demonstrou benefícios significativos em indivíduos com dor crônica, fibromialgia, cancro, perturbações da ansiedade e depressão (Grossman et al., 2004; Speca et al., 2000; Teasdale et al., 2000). Estes dados aparentam ser consistentes com a investigação desenvolvida por Farb et al. (2010), onde os participantes exibiram níveis de ansiedade, ruminação, depressão e sintomas somáticos de *distress* significativamente mais baixos após uma intervenção em *mindfulness*.

Em termos fisiológicos, há evidência empírica de que a prática continuada de *mindfulness* altera a estrutura física do cérebro, bem como o seu funcionamento, incluindo mudanças nas regiões responsáveis pela atenção, processamento sensorial e sensibilidade a estímulos internos (Davis & Hayes, 2011; Lazar et al, 2005). Esta alteração ocorre através de um processo de neuroplasticidade, ou seja, a reconfiguração que ocorre no cérebro como resultado da experiência (Lazar et al, 2005). Além disso, investigação desenvolvida por Way et al. (2010), comprovou que a prática de

mindfulness está inversamente relacionada com a ativação da amígdala (relacionada com sintomatologia depressiva), quando os participantes estavam num estado de repouso. Neste sentido, a prática recorrente de exercícios de *mindfulness* é recomendada. Aliás, existem estudos que mostram que a prática recorrente de *mindfulness* ajuda no processo de regulação emocional (Davis & Hayes, 2011), objetividade (Adele & Feldman, 2004; Brown et al., 2007) e flexibilidade emocional (Adele & Feldman, 2004).

Especificamente, a prática de atenção plena aumenta a capacidade de o indivíduo utilizar estratégias de regulação emocional que lhe permitam experienciar as emoções de forma seletiva (com maior flexibilidade) e que as emoções que experienciam podem ser processadas de forma diferente pelo cérebro (Farb et al., 2010; Williams, 2010). Não obstante, o estado atual da arte permite deduzir relações positivas entre a prática de *mindfulness* e a saúde física, relações interpessoais de alta qualidade, tomada de decisão em grupo, aumento da aprendizagem e atenção, evidenciando assim vários benefícios para indivíduos e grupos (Thatcher et al., 2018).

Como referido anteriormente, a prática de *mindfulness* induz uma capacidade de observar diferentes elementos numa postura de curiosidade e aceitação (Thatcher et al., 2018), estando em contacto com o presente e não imerso em memórias passadas ou com pensamentos sobre o futuro (Kabat-Zinn, 1990), o que nos leva a questionar sobre o facto de podermos esperar outro padrão de evolução dinâmico entre a perspetiva imersa e distanciada, privilegiando o distanciamento. Estando a prática de *mindfulness* associada a maior bem-estar emocional (Davis & Hayes, 2011), espera-se melhorias na qualidade de vida.

1.3 Qualidade de Vida

Em 2012, a Organização Mundial de Saúde (WHO) definiu qualidade de vida como a percepção pessoal de um indivíduo sobre a sua posição na vida integrado no seu contexto cultural e sistema de valores em que vive e em relação com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Desta forma, trata-se do resultado de um consenso internacional, representando uma perspetiva transcultural, bem como multidimensional, que contempla a complexa influência da saúde física e psicológica, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e das suas relações com características salientes do respetivo meio na avaliação subjetiva da qualidade de vida individual (WHOQOL Group 1993; WHOQOL Group 1998).

Como referido anteriormente, a prática recorrente de *mindfulness* está associada à diminuição da ruminação, *stress* e sintomas somáticos de *distress* (Farb et al., 2010), sendo que estes contribuem para o declínio da saúde psicológica, o que nos pode levar a hipotetizar que uma prática recorrente de *mindfulness* poderá ter uma correlação positiva com a qualidade de vida. O trabalho desenvolvido por Chen et al. (2021) corrobora esta hipótese, sendo que os autores encontraram melhorias significativas na qualidade de vida total e na qualidade de vida física nos grupos que realizaram uma intervenção em *mindfulness*, em comparação com os grupos de controlo.

Por outro lado, se o sucesso terapêutico está associado a mais saúde psicológica, e a um aumento pronunciado do distanciamento e diminuição da imersão (Barbosa et al., 2017), então podemos supor que nos casos onde ocorrer aumento do distanciamento e diminuição da imersão, será possível observar, também, um aumento na percepção de qualidade de vida.

Deste modo, torna-se fundamental para a investigação compreender que relações são passíveis de se estabelecer entre a perspectiva adotada (imersa ou distanciada) com os sintomas clínicos e a qualidade de vida ao longo de uma intervenção em *mindfulness*, particularmente em casos com doença física.

2. Estudo Empírico

2.1 Objetivo geral e objetivos específicos

Perante o exposto, este projeto apresenta como objetivo geral compreender como se manifesta a perspetiva imersa e distanciada ao longo de uma intervenção de *Mindfulness* em grupo e a sua relação com o bem-estar e qualidade de vida em dois casos com doença física. A nível dos objetivos específicos, o presente estudo pretende:

- a) caracterizar e comparar a evolução da perspetiva imersa e distanciada ao longo de uma intervenção de *mindfulness* em grupo em dois casos com doença física;
- b) caracterizar e comparar a evolução da perspetiva imersa e distanciada com sintomas clínicos gerais;
- c) caracterizar e comparar a evolução da perspetiva imersa e distanciada com a qualidade de vida.

2.2 Método

2.2.1 Participantes

Os participantes deste estudo foram membros da intervenção em *mindfulness* do grupo de Reabilitação e Atualização de Competências decorrente de Doença ou Acidente (RAC-DA16) do Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (CRPG), com duração de 4 meses (uma sessão por semana). Os critérios de inclusão estabelecidos foram ser participante do RAC-DA16, ter sido diagnosticado com uma doença física, bem como ter idade igual ou superior a 18 anos e apresentar sintomatologia clinicamente significativa.

Este estudo contou com 2 participantes, num grupo de 12 elementos, sendo 1 (50%) do sexo masculino e 1 (50%) do sexo feminino.

O paciente 1, de 53 anos, é casado e tem um filho. Atualmente encontra-se desempregado. “1” foi diagnosticado com uma doença musculoesquelética, causada pelos movimentos repetidos e contínuos no seu local de trabalho prévio.

A paciente 2, de 35 anos, é solteira com dois filhos e encontrava-se de momento desempregada. “2” é uma doente oncológica, sendo que o episódio mais recente ocorreu há 3 anos com um cancro na mama. Atualmente, a doença oncológica encontra-se em remissão parcial.

O protocolo de intervenção baseado em *mindfulness* utilizado foi desenvolvido no CRPG e destina-se a pessoas com diversidade funcional decorrente de doenças ou acidentes, em idade ativa e com potencial de empregabilidade após estabilização do quadro clínico, por uma equipa de especialistas com formação na área. Os objetivos deste protocolo são, através do *mindfulness*: a) promover a aceitação da nova condição de funcionalidade; b) promover a capacidade de manter o otimismo em relação ao futuro e manifestar uma perceção positiva no confronto com a adversidade; c) promover a implementação de competências de regulação emocional nos contextos profissionais; d) promover a implementação de competências de expressão emocional nos contextos profissionais; e, e) desenvolver competências de resolução de problemas (CRPG, 2017).

2.2.2 Instrumentos

2.2.2.1 Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF)

A escala foi adaptada para a população portuguesa em 2006 por Serra et al., tendo como objetivo avaliar a perceção do indivíduo sobre a sua qualidade de vida. É composta por 26 itens e apresenta 5 alternativas de resposta. A nível estatístico, a versão adaptada para a população portuguesa apresenta um *alfa de Cronbach* de .92 (Serra et al., 2006).

2.2.2.2 Escala de Avaliação da Sintomatologia Geral (CORE-OM)

Esta escala foi adaptada para a população portuguesa por Sales et al. (2012) e conta com 34 itens que podem ser agrupados em 4 dimensões, sendo elas: a) bem-estar subjetivo (4 itens); b) queixas e sintomas (12 itens); c) funcionamento social e pessoal

(12 itens) e d) comportamentos de risco (6 itens). Cada item é avaliado numa escala de *likert* que varia de “Nunca” a “Sempre” ou “Quase Sempre”, cujos valores extremos oscilam entre 0 e 4 pontos, reportando-se o participante à experiência da última semana (Sales et al., 2012). A nível estatístico, a versão adaptada para a população portuguesa apresenta um *alfa de Cronbach* de .94 (Sales et al., 2012).

2.2.2.3 Dicionário computadorizado para medição das perspetivas imersa e distanciada (CMIDS)

Este dicionário (Sousa, 2016) pretende permitir a medição das perspetivas imersa e distanciada na análise das experiências pessoais. A partir das transcrições é possível o *software Linguistic Inquiry and Word Count (LIWC)*, com o respetivo dicionário, codificar a narrativa do cliente segundo as categorias da escala, dividindo-se este em duas categorias: a) imersão e b) distanciamento. No *output* do *software* é possível obter a percentagem de discurso imerso e distanciado (inversamente proporcionais), assim como a contagem total de palavras e a contagem de pontuação utilizada.

2.3 Procedimentos

2.3.1 Procedimentos de recolha de dados

O presente estudo foi submetido à Comissão de Ética do ISMAI, obtendo um parecer positivo. Adicionalmente, foi também submetido à Comissão de Ética do CRPG, tendo esta atribuído um parecer positivo.

Previamente à recolha de dados, todos os participantes tiveram acesso ao consentimento informado que possui informações relativamente ao objetivo e aos instrumentos do estudo; ao carácter voluntário da participação; à possibilidade de desistência; ao anonimato e confidencialidade; à conservação dos dados; ao acesso dos dados e à autorização de divulgação dos resultados globais do estudo. Note-se, que foi

entregue uma cópia assinada do consentimento informado a cada um dos participantes. Os dados apenas foram recolhidos após os/as participantes darem o seu respetivo consentimento informado. A recolha de dados realizou-se presencialmente, no CRPG, em 3 momentos distintos. Esta recolha realizou-se em março de 2022 até junho de 2022.

2.3.2 Procedimentos de análise de dados

Os dados foram recolhidos em 3 momentos distintos, sendo estes no início da sessão 0 (fase inicial), da sessão 8 (fase intermédia) e da sessão 16 (fase final). Note-se que a recolha foi feita numa sala distinta à da intervenção, de forma a proporcionar aos participantes um ambiente seguro e confidencial. Inicialmente era pedido a cada participante para responderem aos questionários sociodemográficos, CORE-OM e WHOQOL-BREF, com o intuito de avaliar a sintomatologia clínica e a perceção da qualidade de vida do indivíduo. De seguida, oralmente, é feita a seguinte questão: “A partir do momento em que a/o doença/acidente vem à sua mente, deixe-se refletir sobre ela/ele, permitindo que surjam os seus mais profundos pensamentos e sentimentos por alguns momentos. Leve o seu tempo enquanto tenta fazer isso. Fale-me um pouco acerca de como vê a sua doença/acidente, detalhando esses pensamentos e sentimentos”. Note-se que esta questão teve como objetivo induzir ao participante um momento de reflexão livre sobre a sua experiência relativa à doença/acidente, tendo sido baseada em estudos anteriores (Ayduk & Kross, 2008; Barbosa, 2019; Kross et al., 2012). Esta reflexão foi gravada em áudio para posterior transcrição e análise, estando esta informação descrita no consentimento informado.

Para a análise qualitativa, nomeadamente a análise da imersão e distanciamento, foi utilizado o software *Linguistic Inquiry and Word Count*, que identifica a frequência das palavras contidas nos dicionários da CMIDS, de forma a podermos analisar os

padrões discursivos que surgem ao longo da intervenção. Após a utilização do *software*, este irá dividir o discurso em duas categorias: imerso e distanciado. Note-se que os valores da perspectiva imersa e distanciada são inversamente proporcionais/opostos, logo, de forma a evitar duplicação dos dados e obter maior clareza, irão ser apresentados apenas os dados relativos ao distanciamento. Este procedimento é coerente com estudos realizados anteriormente (Barbosa, 2019).

2.4 Resultados

2.4.1 Imersão e Distanciamento

As figuras 1 e 2 revelam que, em ambos os casos, houve uma dominância do discurso distanciado sobre o discurso imerso nas três sessões analisadas, representativas das três fases do processo terapêutico (discurso distanciado >50% nas 3 sessões). Contudo, os casos apresentaram uma progressão distinta. No caso 1, conseguimos observar um progressivo aumento do discurso distanciado (75,65% na sessão inicial; 79,40% na sessão intermédia; 100% na sessão final) (Figura 1). Por outro lado, no discurso distanciado do caso 2, é passível de observar um padrão em pirâmide invertida, ou seja, o distanciamento é superior na sessão inicial em comparação com a sessão intermédia e aumenta a partir desse momento até a sessão final, sendo que o distanciamento foi ligeiramente inferior na sessão final em comparação com a sessão inicial (80,53% na sessão inicial; 65,23% na sessão intermédia; 77,76% na sessão final) (Figura 2). Note-se que, embora o caso 2 comece mais distanciado do que o caso 1, o seu nível de sintomatologia também é superior (Figura 1 e 2).

Figura 1. Evolução do Distanciamento e Sintomas Clínicos (CORE-OM) no caso 1

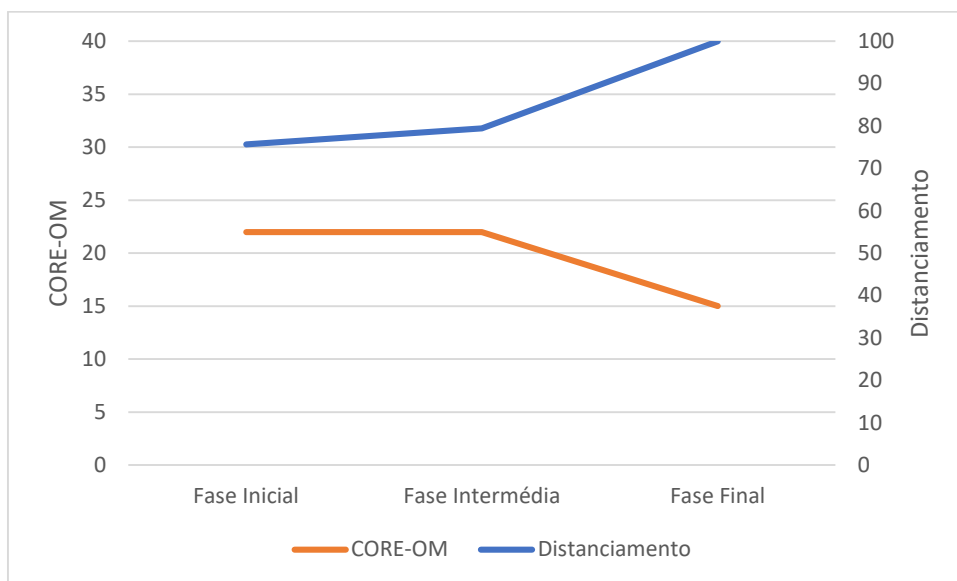
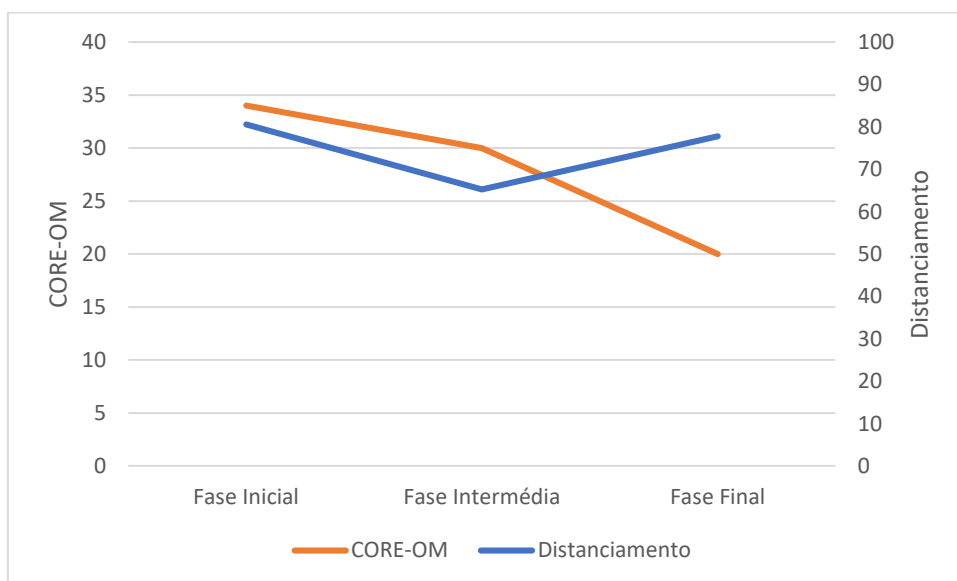


Figura 2. Evolução do Distanciamento e dos Sintomas Clínicos (CORE-OM) no Caso 2



Os seguintes excertos ilustram a evolução do distanciamento ao longo das sessões analisadas do caso 1, quando questionado sobre quais eram os sentimentos e pensamentos que surgiam quando refletia sobre a sua doença. No primeiro excerto (sessão inicial) adota uma perspectiva menos distanciada, (com mais momentos de imersão em comparação com as restantes sessões), focada/imersa nas suas emoções (dor e sofrimento) sentidas em relação à sua problemática (lesão musculoesquelética), mas com uma descrição abstrata dessa mesma experiência, típica do distanciamento (pouco

detalhada). No segundo excerto (sessão intermédia) adota uma perspetiva mais distanciada, havendo uma reflexão sobre as suas sensações passadas em comparação com as presentes, em busca de uma solução (“ainda estou há procura de um equilíbrio”), embora ainda incerta e com dúvida. Por fim, no terceiro excerto, podemos observar uma maior aceitação da experiência problemática, onde o caso 1 dá um passo atrás e reflete sobre a sua experiência de um modo mais distanciado, como se trata-se de um observador, focado na resolução do problema.

Entrevistador: Fale-me um pouco acerca de como vê a sua doença, detalhando esses pensamentos e sentimentos.

Caso 1: “Inicialmente sofrimento, dor, ah...muita dor e muito sofrimento...ah...assim foi uma experiência muito má. Ah...um bocadinho complicado, um bocadinho não, bastante. Foi um período bastante complicado porque realmente dificultou-me bastante em algumas situações.” (sessão inicial)

Caso 1: “Aquilo que eu mais senti na altura agora já não sinto tanto. E essas sensações passaram um bocadinho. Agora, o que é que eu posso assim.... Trouxe algumas complicações, aquilo que eu lhe posso dizer é que realmente trouxe algumas complicações e vai fazer com que a vida altere um bocadinho, ah.... Pronto ainda estou há procura de um equilíbrio.” (sessão intermédia)

Caso 1: “Em relação à doença, vejo-a de uma forma perfeitamente natural, normal. (...) E agora é partir para outra e a vida continua (ri-se), e temos de ter a força suficiente para ultrapassar a situação. E continuar a vida de uma forma... de uma forma... com ânimo, de uma forma natural. Apenas aceitá-la de uma forma natural e está tudo bem e a vida continua (ri-se).” (sessão final)

Este aumento do distanciamento ao longo das diferentes acompanha a aceitação da sua nova condição física, sendo que a perspectiva inicial e intermédia de medo e incerteza em relação ao seu futuro, muito focada nos seus sentimentos negativos, observada nos 2 primeiros excertos, dá lugar a uma postura de aceitação e resiliência, onde o mesmo vê o futuro com ânimo (excerto da sessão final). Na sessão final, o *self* que reflete sobre a experiência aparenta ser distinto do *self* que a experienciou, sugerindo assim um aumento da perspectiva distanciada. O maior distanciamento da sessão final (em comparação com as restantes) parece indicar que ocorreu um fenómeno de *closure* no caso 1, uma vez que não só parece haver maior aceitação da experiência, como a sintomatologia clínica diminuiu.

De outra forma, os seguintes excertos ilustram a mudança no caso 2 quando questionada sobre quais eram os sentimentos e pensamentos que surgiam quando refletia sobre a sua doença. Na sessão inicial, podemos observar que ocorre um momento de maior imersão na descrição de pensamentos e sentimentos de dor e sofrimento, fazendo uma observação entre o momento do diagnóstico e o momento atual, referindo como foi a sua experiência “na altura”, ou seja, parece ocorrer uma distinção entre o *self* que reflete e o *self* que experienciou o momento traumático, típico de uma perspectiva distanciada, sendo nesse momento a maior percentagem no discurso (80,53%). Na sessão intermédia ocorre uma perspectiva menos distanciada (e mais imersa em comparação com as restantes sessões), centrada maioritariamente no medo da reincidência da doença oncológica, sendo este o medo mais presente ao longo da avaliação intermédia. Por fim, podemos ver o terceiro excerto, da sessão final, onde a percentagem de distanciamento volta a aumentar, atingindo valores próximos dos da sessão inicial, onde o caso 2 foca-se na resolução da sua problemática, fazendo uma reflexão sobre o passado e o momento atual, de forma pouco detalhada (típico de uma

perspetiva mais distanciada), dizendo que “não vive a pensar nisso”, ou seja, não parece ocorrer ruminação.

Entrevistador: Fale-me um pouco acerca de como vê a sua doença, detalhando esses pensamentos e sentimentos.

Caso 2: “Como eu vejo a minha doença? Na altura vi a minha doença como... foi um choque, foi uma bomba para mim porque eu estava grávida e afetou-me um bocado o facto de eu estar grávida e acho que mexeu mais comigo. Então depois sim, veio aquele sentimento “será que eu vou ficar bem?”, “será que eu vou conseguir recuperar?”, “será que eu vou conseguir tomar conta da minha filha? dos meus filhos, que tenho outro”.”
(sessão inicial)

Caso 2: “Então, os pensamentos que vêm sobre a minha doença quando eu penso é um pensamento do tipo, “será que pode vir outra vez?”, como a minha doença pode vir como pode não vir.” (sessão intermédia)

Caso 2: “Os meus pensamentos agora... por acaso tenho pensamentos positivos. Volta e meia penso mas é uma coisa muito passageira, penso no momento, lá está até tenho medo do toque, e depois passa, é uma coisa rápida. Não vivo a pensar muito nisso. O passado é passado, agora vivo no presente.” (sessão final)

2.4.2 Distanciamento e Sintomatologia Clínica

As figuras 1 e 2 fornecem uma visão geral sobre a interação entre a perspetiva distanciada e a sintomatologia clínica. Nos dois casos verificou-se uma mudança na sintomatologia geral do início para o final da intervenção, isto é, ocorreu uma diminuição da sintomatologia clínica. Contudo, tal como o padrão do distanciamento, o padrão da sintomatologia também ocorreu de forma distinta nos dois casos. A figura 1

permite confirmar que a sintomatologia clínica do caso 1 manteve-se constante durante a sessão inicial até a sessão intermédia (22 pontos), entrando em declínio na mesma até a sessão final (15 pontos), ou seja, o bem-estar psicológico subjetivo do caso 1 passou de um “nível baixo de sintomatologia clínica” na sessão inicial e intermédia, para o “nível saudável”, isto é, ausência de sintomatologia clínica significativa na sessão final. Em comparação, podemos observar que a evolução da sintomatologia parece acompanhar de forma inversa a evolução do distanciamento, ou seja, verifica-se que quando aumenta o distanciamento, a sintomatologia clínica diminui e vice-versa.

Por sua vez, a figura 2 permite observar que, no caso 2, a sintomatologia clínica apresenta uma progressão decrescente, na sessão inicial (34 pontos), na sessão intermédia (30 pontos), e, por fim, na sessão final (20 pontos), ou seja, o bem-estar psicológico do caso 2 passou de um “nível de sintomatologia ligeira” na sessão inicial, para um “nível baixo de sintomatologia” na sessão intermédia, e, por fim, para o “nível saudável” na sessão final, considerado como ausência de sintomatologia clínica significativa. No caso 2, a evolução da sintomatologia acompanha a evolução do distanciamento, da sessão inicial até a sessão intermédia, ou seja, quando o distanciamento diminui, a sintomatologia também diminui. Contudo, da sessão intermédia à sessão final, a evolução da sintomatologia acompanha de forma inversa a evolução do distanciamento, isto é, quando o distanciamento aumenta, a sintomatologia diminui. É importante notar que, em ambos os casos, a sintomatologia clínica final, encontrava-se abaixo do ponto de corte (21 pontos) para casos clínicos, ou seja, no final da intervenção, ambos os casos não apresentavam sintomatologia clínica significativa. Note-se que, na sessão inicial, os dois casos encontravam-se em categorias distintas de sintomatologia clínica, sendo que a declínio da mesma foi mais evidente no caso 2

(inicia na categoria “sintomatologia ligeira” e termina em “saudável”) do que no caso 1 (inicia na categoria “baixo nível de sintomatologia” e termina em “saudável”).

2.4.3 Distanciamento e Qualidade de Vida

Inicialmente, podemos observar que a evolução da qualidade de vida geral e do distanciamento seguem padrões diferentes no caso 1. Enquanto que o distanciamento aumenta nas três fases estudadas, a qualidade de vida geral aumenta na fase intermédia (em comparação com a fase inicial) mas diminui na fase final, contudo, é importante notar que esta diminuição foi de apenas 1 valor bruto (ver figura 3 e tabela 1). Por outro lado, no caso 2, conseguimos observar que, quando ocorre uma diminuição do distanciamento (fase intermédia em comparação com a fase inicial) também ocorre uma diminuição da qualidade de vida geral. Continuamente, o fenómeno inverso também se verifica, ou seja, quando ocorre um aumento do distanciamento (fase final em comparação com a fase intermédia) também ocorre um aumento da qualidade de vida geral (ver figura 4 e tabela 2).

Tabela 1. Evolução dos Domínios da Qualidade de Vida no Caso 1

	<i>Saúde Física</i>	<i>Saúde Mental</i>	<i>Relações Sociais</i>	<i>Ambiente</i>
<i>Sessão Inicial</i>	14	17	15	15
<i>Sessão Intermédia</i>	17	19	19	17
<i>Sessão Final</i>	18	18	16	16

Figura 3. Evolução do Distanciamento e Qualidade de Vida Geral no Caso 1

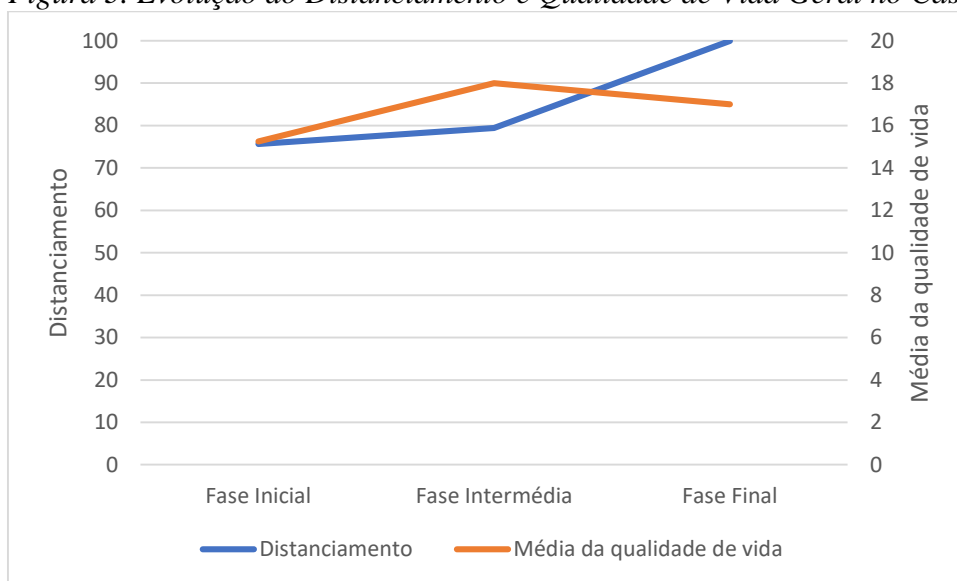
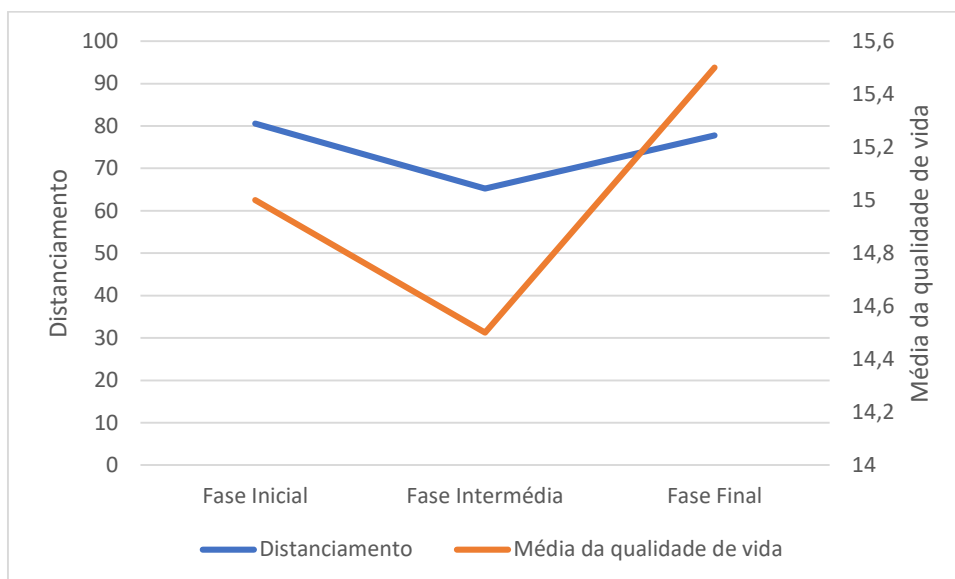


Tabela 2. Evolução dos Domínios da Qualidade de Vida no Caso 2

	<i>Saúde Física</i>	<i>Saúde Mental</i>	<i>Relações Sociais</i>	<i>Ambiente</i>
<i>Sessão Inicial</i>	14	16	15	15
<i>Sessão Intermédia</i>	14	17	13	14
<i>Sessão Final</i>	14	18	16	14

Figura 4. Evolução do Distanciamento e Qualidade de Vida Geral no Caso 2



No que diz respeito ao caso 1, o domínio “saúde física” aparenta ter um aumento progressivo em todos os momentos (ver tabela 1 e figura 5). Contudo, nos restantes domínios (“saúde mental”; “relações sociais” e “ambiente”), podemos observar um padrão de pirâmide, onde a perceção do indivíduo da sua qualidade de vida aumenta da sessão inicial para a sessão intermédia e diminui na sessão final. Note-se que mesmo ocorrendo uma diminuição da sessão intermédia para a final, todos os resultados são superiores na sessão final, em relação à sessão inicial, sendo esse aumento ligeiro. Em comparação, o padrão do distanciamento parece acompanhar o do domínio “saúde física”, sendo que ambos aumentam da sessão inicial para a sessão intermédia e da intermédia até a final. Nos restantes domínios, em relação ao discurso distanciado, podemos observar que, apesar de ter havido um aumento dos mesmos da sessão inicial para a sessão intermédia, acompanhado pelo padrão do distanciamento, este não se manteve da sessão intermédia para a sessão final, visto que os domínios “saúde mental” “relações sociais” e “ambiente” diminuíram, enquanto que o discurso distanciado continuou a aumentar, contudo, é importante notar que foi uma diminuição ligeira e que

possivelmente não aparenta ter um impacto muito significativo. Tendo em conta a problemática de 1, podemos hipotetizar que a sua perceção relativamente à sua saúde física aumentou por ter parado de realizar o trabalho que lhe trazia dor e sofrimento, como o próprio refere: “talvez o trabalho em si estava-me a causar principalmente em termos físicos muitas complicações e isso trouxe realmente para a minha vida pessoal muitas complicações mesmo.”. Na sessão intermédia da intervenção, parece haver um maior empenho do caso 1 para a mesma, o que poderá explicar o facto da pontuação em diferentes domínios da sua qualidade de vida (“saúde mental”; “relações sociais” e “ambiente”) na intervenção ser mais elevada nessa sessão. Note-se que o mesmo tem *insight* desse esforço, referindo-o na sessão intermédia: “pronto com o tempo vai melhorando, que também faço muito por isso”, sendo este o ponto em que a média dos diferentes domínios da qualidade de vida é mais elevada, ao longo de toda a intervenção (ver figura 3).

Por sua vez, no caso 2 (ver tabela 2), conseguimos observar que a sua perceção relativa à sua saúde física se manteve constante ao longo de toda a intervenção. Por outro lado, a perceção do domínio “saúde mental” teve uma progressão linear positiva. Quando observamos o domínio “relações sociais” podemos ver que houve um declínio entre a sessão inicial e a sessão intermédia, que se seguiu de um aumento exponencial na sessão final, tendo ultrapassado a pontuação inicial. Por fim, na perceção do caso 2 sobre o seu ambiente, houve um declínio entre a sessão inicial e a sessão intermédia, seguida por uma estabilização no final da intervenção. Comparativamente, no caso 2, podemos observar que o discurso distanciado e o domínio da qualidade de vida “relações sociais” seguem o mesmo padrão, ou seja, ambos diminuem da sessão inicial para a sessão intermédia, e aumentam da sessão intermédia para a sessão final. Por outro lado, se calcularmos a qualidade de vida média (soma do total de todos os domínios a

dividir pelo número de domínios - ver figura 4) podemos observar que esta variável segue o mesmo padrão que o distanciamento, ou seja, ambos diminuem da sessão inicial para a sessão intermédia, e aumentam da sessão intermédia para a sessão final. Nas restantes variáveis não foi possível relacionar com o padrão do distanciamento, uma vez que estes são distintos e irregulares.

Tendo em conta que a doença oncológica do caso 2 não se encontra atualmente ativa, é expectável que exista uma manutenção dos valores relativos à sua perceção de saúde física (ver tabela 2). Por outro lado, o aumento gradual do domínio “saúde mental” é congruente com a sensação de superação e com a adoção de uma perspetiva de observador por parte do caso 2, como é possível ver no excerto da sessão intermédia: “Sinto que cresci com os obstáculos que me foram metidos na altura. Eu aprendi a evoluir mais, e a desenvolver e a ter uma capacidade de ver as coisas diferentes, como não via antes”, assim como com os pensamentos positivos relativos à doença e a ausência de processos de ruminação, como refere na sessão final: “os meus pensamentos agora por acaso tenho pensamentos positivos. (...) Volta e meia penso, mas é uma coisa muito passageira.”

Figura 5. Evolução do Distanciamento e dos Domínios da Qualidade de Vida no Caso 1

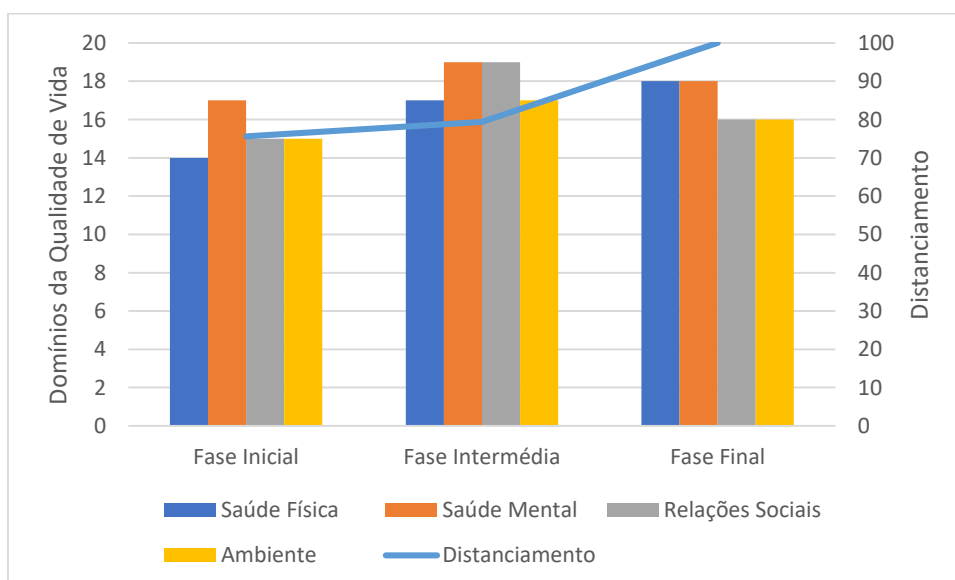
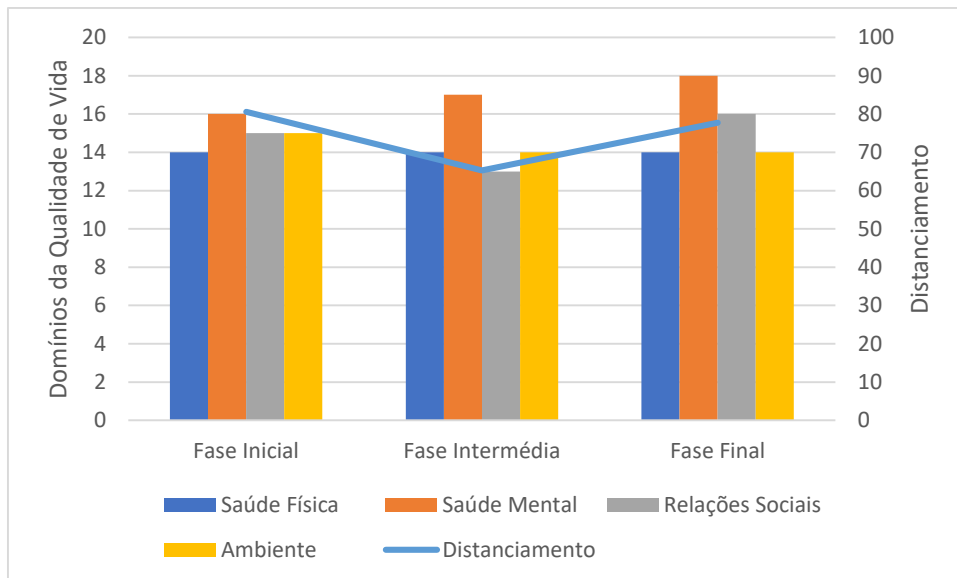


Figura 6. Evolução do Distanciamento e dos Domínios da Qualidade de Vida no Caso 2



3. Discussão

Este estudo permitiu observar características comuns na progressão de ambos os casos analisados, assim como pontos onde se distinguem. Primeiramente, em ambos os casos foi possível observar uma dominância da perspectiva distanciada em relação à perspectiva imersa em todos os momentos analisados. Estes resultados são diferentes dos encontrados pelos estudos clínicos anteriores, onde existe uma dominância nas sessões iniciais e intermédias da perspectiva imersa, passando, nos casos de sucesso, para uma dominância da perspectiva distanciada na fase final da intervenção (e.g., Barbosa et al., 2017; Barbosa et al., 2019). Esta diferença pode ser devida a diversos fatores. Primeiramente, os casos em questão terão sido submetidos a uma intervenção em *mindfulness*, que promove o processo de regulação emocional (Davis & Hayes, 2011) e objetividade (Brown et al., 2007) assim como a redução de processos de ruminação (Farb et al., 2010), características essas associadas a uma perspectiva distanciada (Kross et al., 2014). Além disso, a metodologia usada foi diferente da usada nos estudos clínicos prévios, ou seja, os excertos analisados foram respostas a uma questão aberta e não uma transcrição de uma sessão na íntegra, e por isso, são excertos mais reduzidos e direcionados (Barbosa et al., 2020).

Além disso, nos dois casos, ocorreu uma diminuição da sintomatologia clínica, medida pelo CORE-OM, não havendo sintomatologia clínica significativa no final da intervenção (sessão final), sugerindo eficácia da intervenção, apoiando os estudos que demonstram o facto que a intervenção em *mindfulness*, que promove a diminuição dos níveis de ansiedade, depressão e sintomas somáticos de *distress* (Farb et al., 2010). É ainda possível observar que, da sessão intermédia para a sessão final, em ambos os casos, a evolução da sintomatologia parece acompanhar de forma inversa a progressão do distanciamento, ou seja, verifica-se que quando aumenta o distanciamento, a

sintomatologia diminui, o que é congruente com estudos anteriores, onde a perspectiva distanciada surge associada ao bem-estar clínico, ou seja melhoria sintomatológica (Kross et al., 2014) e retém os benefícios a longo prazo, promovendo a reconstrução da experiência e não o seu evitamento (Kross & Ayduk, 2008). Assim, evoluções diferentes de distanciamento acompanham as mudanças na sintomatologia clínica, assim como o inverso, mas a maior mudança de distanciamento parece ter coincidido com a maior mudança na sintomatologia, sendo esse facto coerente com estudos prévios (Barbosa et al., 2017; Barbosa et al., 2019). Note-se que estas mudanças, sendo mais evidentes no caso 2, parecem ter ocorrido na fase intermédia da intervenção. Podemos assim hipotetizar que o trabalho realizado na sessão intermédia é essencial para esta evolução (Barbosa et al., 2020). É importante notar que, os dois casos começaram em pontos diferentes, quer na percentagem de discurso distanciado, quer no nível de sintomatologia, sendo que no caso 1 aparenta haver um distanciamento crescente, que pode ser associado ao afastamento daquele ambiente desencadeador de ansiedade e stress que é o seu antigo local de trabalho, fator que contribuiu para a sua lesão musculoesquelética, enquanto que no caso 2, ocorre um momento de maior reflexão sobre a sua doença oncológica na sessão intermédia, devido ao medo de reincidência da mesma, havendo um aumento da perspectiva distanciada na sessão final do caso 2, acompanhada de uma ausência de ruminação sobre a doença (“Não vivo a pensar nisso. O passado é passado, agora vivo no presente.”). Podemos assim inferir que ocorreram fases de mudança diferentes, onde o caso 1 seguiu um padrão mais linear, havendo um crescente aumento do discurso distanciado com uma diminuição da sintomatologia, e o caso 2 aparenta ter um momento onde adota uma perspectiva menos distanciada (sessão intermédia) para depois voltar a adotar uma perspectiva mais distanciada na sessão final, com uma correspondente diminuição da sintomatologia acentuada. Adicionalmente, no

caso 1, quando ocorre um aumento do distanciamento, ocorre uma diminuição da sintomatologia clínica, o que pode indicar que uma correlação negativa entre distanciamento e sintomatologia clínica, contribuindo assim um maior distanciamento para o sucesso terapêutico, sendo consistente com estudos prévios (Barbosa et al., 2017).

Em contrapartida, numa análise longitudinal dos três momentos avaliados, podemos observar que o padrão do distanciamento é distinto nos dois casos, sendo que ocorre um crescimento contínuo do caso 1, e, por sua vez, no caso 2, ocorre um padrão de pirâmide invertida, tendo em conta as sessões analisadas. Este fenómeno, particularmente no caso 2, pode dever-se a ter ocorrido um momento de maior introspeção sobre a sua doença oncológica, sendo esta uma sessão onde os pensamentos, sentimentos e comportamentos iniciais aquando do diagnóstico poderão ter-se repetido, como ilustrado no excerto da sessão intermédia apresentado nos resultados, sendo este um indicador do aumento da perspectiva imersa (Kross et al., 2013). Adicionalmente, podemos também hipotetizar que estando numa sessão intermédia (sessão de trabalho terapêutico) a cliente pode estar numa sessão de mudança em que há um maior foco nos pensamentos e emoções atuais que são diferentes das iniciais, representando assim um nível 5 na escala de assimilação de experiência problemática, denominada “*Application/working through*” (Barbosa et al., 2018), sendo que apesar de nesta sessão estar mais imersa, continua a ser uma perspectiva maioritariamente distanciada (perspetiva de observador). Este facto é congruente com investigação passada, sendo que a imersão parece ter um papel útil na consciencialização e clarificação da experiência problemática (Costa, 2014). Adicionalmente, a imersão sobre aquilo que são as experiências problemáticas numa fase de trabalho terapêutico, ou seja, numa fase intermédia, pode ser tomada como um

movimento no sentido da mudança, contudo, é necessário que seja seguida por um aumento significativo da perspectiva distanciada (Barbosa et al., 2019).

Contudo, é importante notar que maior distanciamento inicial não pode ser tomado como preditor único de maior bem-estar, sendo que, neste estudo, o caso 2 é o que apresenta maior sintomatologia clínica na sessão inicial e é o que se encontra mais distanciado. Já na sessão final, é possível observar que o cliente que se encontra mais distanciado (caso 1), é também aquele que apresenta menor sintomatologia clínica. Este acontecimento sugere que a imersão na sessão inicial pode desempenhar um papel importante no sentido da mudança, enquanto um discurso mais distanciado poderá ser mais benéfico numa sessão final do processo terapêutico, sendo congruente com investigação anterior (Barbosa et al., 2019; Kross, 2008).

Por fim, ao contrário de estudos anteriores, o distanciamento é a perspectiva dominante ao longo do processo, podendo este resultado estar associado ao tipo de intervenção realizada: *mindfulness*, apoiando os estudos que salientam a importância da mudança de perspectiva para um aumento de distanciamento ao longo do processo em relação ao ponto de partida, em detrimento da sua frequência exata.

No caso 1, podemos constatar uma correlação entre a adoção de uma perspectiva distanciada e a sua perceção relativa à qualidade da sua saúde física, ou seja, quanto maior é a utilização de uma perspectiva distanciada, maior é a classificação atribuída à sua saúde física. Este acontecimento pode-se dever a uma menor focalização na dor, bem como uma maior aceitação da sua nova condição de saúde, o que é congruente com a capacidade induzida pelo *mindfulness* de observar diferentes elementos numa postura de curiosidade e aceitação (Thatcher et al., 2018). Tomemos como exemplo o excerto referido nos resultados, da sessão final do caso 1, onde o mesmo demonstra uma atitude de aceitação e resiliência para com as suas adversidades físicas, sendo congruente com

estudo prévios, onde o distanciamento é associado ao aumento da possibilidade do indivíduo regular os seus pensamentos, emoções e comportamentos face a eventos potencialmente despoletadores de ansiedade de uma forma mais desafiadora e menos ameaçadora (Kross et al., 2014). Esta descoberta sugere uma relação positiva entre o crescimento gradual do discurso distanciado e a aceitação da nova condição de saúde decorrente da prática continuada de *mindfulness*.

No caso 2, quando observamos uma diminuição do distanciamento, também observamos uma diminuição da qualidade de vida média (da sessão inicial até a sessão intermédia). Adicionalmente, quando ocorre o aumento do distanciamento, o mesmo padrão é seguido pela qualidade de vida média (da sessão intermedia até a sessão final). Deste modo, podemos hipotetizar que, no caso 2, poderá existir uma associação entre a percentagem de discurso distanciado e a qualidade de vida média (seguem um padrão de pirâmide invertida), sendo esta descoberta congruente com estudo prévios, tendo em conta que foi implementado uma intervenção baseada em *mindfulness*, e que existem relações positivas entre a prática de *mindfulness* e a saúde física e relações interpessoais de alta qualidade (Thatcher et al., 2018). Por outro lado, podemos observar uma possível associação entre o distanciamento e as relações sociais do caso 2, ou seja, quanto menor é a adoção de uma perspetiva distanciada, menor é a classificação atribuída às suas relações sociais. Este fenómeno pode-se dever a uma maior focalização e introspeção na doença oncológica, bem como nas respetivas repercussões, o que poderá estar a causar isolamento social, pelo que, nestes momentos, aparenta ser benéfico recorrer a maior apoio social, assim como ao cultivo das relações sociais.

É importante ressaltar que as mudanças observadas na sintomatologia clínica podem também influenciar a perceção do indivíduo relativa à sua qualidade de vida e mesmo na perspetiva sobre a experiência.

4. Conclusão

O presente estudo teve como objetivo geral compreender como se manifesta a perspectiva imersa e distanciada ao longo de uma intervenção de *Mindfulness* em grupo e a sua relação com o bem-estar, em doenças físicas. Este objetivo decorreu da escassez de estudos relativos às manifestações da perspectiva imersa e distanciada em pacientes com doenças físicas.

De um modo geral, foi possível observar uma diminuição da sintomatologia clínica, assim como progressões distintas da imersão e do distanciamento, sendo que, em ambos os casos, observou-se uma dominância da perspectiva distanciada ao longo de toda a intervenção. Foi também possível observar alterações nos diferentes domínios da qualidade de vida, contudo, as mesmas foram distintas nos 2 participantes.

Podemos assim concluir que, no participante com lesão musculoesquelética (caso 1), quando ocorre um maior distanciamento da doença/local de trabalho, ocorre uma diminuição da sintomatologia clínica, assim como um aumento da perceção relativa à sua saúde física. Por outro lado, na participante com doença oncológica (caso 2), conseguimos tirar 2 conclusões, nomeadamente: a) a fase intermédia da intervenção, fase de trabalho terapêutico, parece ser onde ocorre um aumento da imersão relativa (em comparação com as restantes fases), e, b) na fase intermédia ocorre uma diminuição das relações sociais, ou seja, o momento de maior introspeção e medo de reincidência é também, das sessões avaliadas, aquela que apresenta maior imersão.

Estas descobertas parecem ser congruentes com a teoria, sendo que dominância do discurso distanciado na fase final da intervenção está associada a sucesso terapêutico (Barbosa et al., 2019), assim como a relevância da fase intermédia da intervenção como fase de trabalho terapêutico (Barbosa et al., 2020). Note-se que o aumento do

distanciamento poderá também estar associado à diminuição da sintomatologia e ao aumento da qualidade de vida em pessoas com doença física incapacitante.

Contudo, este estudo apresentou algumas limitações que restringem as conclusões possíveis de serem retiradas, sendo que as mesmas devem ser abordadas em estudos futuros. Primeiramente, neste estudo, analisamos os padrões de imersão e distanciamento de apenas 2 participantes com doenças físicas, sendo que uma amostra tão reduzida não permite tirar conclusões formais relativamente à trajetória da imersão e do distanciamento, assim como as suas relações com a qualidade de vida, sintomatologia clínica e o *mindfulness*. Seria relevante em estudos futuros replicar as nossas conclusões com amostras maiores, de modo a averiguar se as mesmas se aplicam a outras doenças musculoesqueléticas ou diferentes tipos de doença oncológica, assim como compreender as idiosincrasias de cada doença. Por um lado, apenas foram analisadas 3 sessões de uma intervenção com a duração de 4 meses, sendo que seria útil em estudos futuros analisar um maior número de sessões de modo a conseguirmos ter uma visão mais detalhada de como se desenvolvem os padrões dinâmicos de imersão e distanciamento e da qualidade de vida ao longo das diferentes fases da intervenção. Por outro lado, surgiu outra dificuldade pelo facto de o investigador que analisou os resultados ter sido o mesmo que realizou a entrevista utilizada na transcrição e colaborou na intervenção de *mindfulness*, sendo que neste estudo tentou-se ultrapassar essa dificuldade pedindo a um investigador mais experiente e com investigação na área para supervisionar todo o processo, de modo a garantir a integridade dos resultados e conclusões consequentes. Note-se que foi utilizada uma entrevista para fazer a avaliação e não uma sessão terapêutica na íntegra, devido às idiosincrasias da intervenção grupal em *mindfulness* não permitirem um momento individual de reflexão da experiência problemática, o que resultou em transcrições relativamente curtas em comparação com

estudos anteriores, sendo que esta dificuldade foi ultrapassada através da estrutura aberta usada na entrevista, onde o único objetivo era criar um espaço para que o indivíduo pode-se refletir de forma livre e sem julgamentos sobre a sua doença ou acidente.

Assim, em estudos futuros, poderá ser relevante utilizar um instrumento que permita quantificar a assimilação da experiência traumática, de modo que se consiga compreender de que forma uma intervenção em *mindfulness* irá influenciar os padrões de imersão e distanciamento e as suas implicações na assimilação da experiência problemática. Em investigação futura, pode ainda ser relevante estudar os padrões de imersão e distanciamento com outras modalidades de intervenção, assim como com patologias até agora não abordadas.

Por fim, é ainda importante referir as implicações clínicas da perspetiva adotada na reflexão da doença física incapacitante. Apesar de este estudo não permitir inferir nenhuma conclusão formal, sugere que a mudança para uma perspetiva cada vez mais distanciada parece estar associada não só à sintomatologia clínica como à perceção da qualidade de vida do indivíduo. Fomentar o distanciamento sobre a experiência em contexto terapêutico parece ser importante também em pessoas com doença física no sentido do seu bem-estar e perceção mais positiva da sua vida. O facto da evolução das perspetivas não ser igual nos dois casos, mesmo se tratando de dois casos com uma evolução dos sintomas favorável, poderá sugerir que a imersão e o distanciamento são processos dinâmicos e que o aumento da imersão na experiência não significa um retrocesso terapêutico.

Referências Bibliográficas:

- Adele, M. H., & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology, 11*(3), 255–262. doi:10.1093/clipsy.bph080.
- Ayduk, O., & Kross, E. (2008). Asking 'why' from a distance facilitates emotional processing: A reanalysis of Wimalaweera and Moulds. *Behaviour research and therapy, 47*(1), 88–92. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.06.014>.
- Ayduk, O., & Kross, E. (2010). From a distance: implications of spontaneous self-distancing for adaptive self-reflection. *Journal of personality and social psychology, 98*(5), 809–829. <https://doi.org/10.1037/a0019205>.
- Ayduk, O., & Kross, E. (2010). Analyzing negative experiences without ruminating: Therole of Self-distancing in enabling adaptive Self-reflection. *Social and Personality Psychology Compass, 4*(10), 841-854.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 125–143. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015>.
- Barbosa, E., Amendoeira, M., Ferreira, T., Teixeira, A., Pinto-Gouveia, J., & Salgado, J. (2017). Immersion and distancing across the therapeutic process: relationship to symptoms and emotional arousal”. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome, 20*, 110-121.

Barbosa, E., Couto, A. B., Basto, I., Stiles, W. B., Pinto-Gouveia, J., & Salgado, J. (2018). Immersion and distancing during assimilation of problematic experiences in a good-outcome case of emotion-focused therapy. *Psychotherapy Research*, 28(2), 313-327. doi:10.1080/10503307.2016.1211347.

Barbosa, E. (2019). *Imersão e distanciamento em psicoterapia para a depressão*. [Tese de doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra].

Barbosa, E., Silva, S., Pinto-Gouveia, J., & Salgado, J. (2019). How and when immersion and distancing are useful in emotion focused therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 29(6), 737–751. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1411626>.

Barbosa, E., Sousa, M., Montanha, C., Pinto-Gouveia, J., & Salgado, J. (2020). Flexibility between immersion and distancing: A dynamic pattern with effect on depressive symptoms. *Psychotherapy Research*, 31(4), 493-506. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1807638>.

Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211–237. doi:10.1080/10478400701598298.

- Chen, L., Chang, C., Huang, Y., & Wang, H. (2021). Effectiveness of mindfulness-based interventions on quality of life and menopausal symptoms in menopausal women: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 147. <https://doi.org/10.1016/j.psychores.2021.110515>.
- Cohn, M. A., Mehl, M. R., & Pennebaker, J. W. (2004). Linguistic markers of psychological change surrounding September 11, 2001. *Psychological Science*, 15(10), 687–693. doi:10.1111/j.0956-7976.2004.00741.x.
- Costa, L. (2014). *Imersão e Distanciamento na Assimilação de Experiências Problemáticas em Casos de Sucesso de Terapia Cognitivo-Comportamental e Terapia Focada nas Emoções*. [Tese de mestrado, Instituto Superior da Maia]. Retirado de <https://repositorio.ismai.pt/bitstream/10400.24/273/1/Tese%20Liliana%20Costa%20N%C2%BA%2022135%20%281%29.pdf>.
- Couto, A.B., Barbosa, E., Silva, S., Bento, T., Teixeira, A.S., Salgado, J., & Cunha, C. (2016). Client's immersed and distanced speech and therapist's interventions in emotion-focused therapy for depression: an intensive analysis of a case study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 19(2), 136-149. doi: 10.4081/ripppo.2016.205.
- CRPG. (2017, September 8). *Referencial de recuperação e atualização de competências pessoais e sociais* [Press release].

- Davis, D. M., & Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy, 48*(2), 198–208. <https://doi.org/10.1037/a0022062>.
- Farb, N. A. S., Anderson, A. K., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D., & Segal, Z. V. (2010). Minding one's emotions: Mindfulness training alters the neural expression of sadness. *Emotion, 10*, 25–33. doi:10.1037/a0017151.supp.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. *Journal of Psychosomatic Research, 57*(1), 35–43. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(03\)00573-7](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(03)00573-7)
- Grossmann, I., & Kross, E. (2010). The impact of culture on adaptive versus maladaptive self-reflection. *Psychological Science, 21*(8), 1150–1157.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delta
- Kross, E., & Ayduk, Ö. (2008). Facilitating Adaptive Emotional Analysis: Distinguishing Distanced-Analysis of Depressive Experiences From Immersed-Analysis and Distraction. *Personality and Social Psychology Bulletin, 34*(7), 924-938. doi:10.1177/0146167208315938.
- Kross, E., Gard, D., Deldin, P., Clifton, J., & Ayduk, Ö. (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.
doi:10.1037/a0028808

Kross, E., Bruehlman-Senecal, E., Park, J., Burson, A., Dougherty, A., Shablack, H., Bremner, R., Moser, J., & Ayduk, Ö. (2014). Self-talk as a regulatory mechanism: How you do it matters. *Journal of Personality and Social Psychology*, 106(2), 304-324. doi:10.1037/a0035173.

Lazar, S. W., Kerr, C. E., Wasserman, R. H., Gray, J. R., Greve, D. N., Treadway, M. T., McFarvey, M., Quinn, B. T., Dusek, J. A., Benson, H., Rauch, S. L., Moore, C. I., & Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *NeuroReport*, 16(17), 1893–1897.
<https://doi.org/10.1097/01.wnr.0000186598.66243.19>

Mischkowski, D., Kross, E., & Bushman, B. J. (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(5), 1187-1191. doi: 10.1016/j.jesp.2012.03.012

Pennebaker, J. W., & King, L. A. (1999). Linguistic styles: Language use as an individual difference. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1296–1312. doi:10.1037/0022-3514.77.6.1296

- Sales, C., Moleiro, C., Evans, C., Alves, P. (2012). Versão Portuguesa do CORE-OM: tradução, adaptação e estudo preliminar das suas propriedades psicométricas. *Revista Psicologia Clínica*, 39, 54-59.
- Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., Rijo, D., Carona, C., & Paredes, T. (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27, 41-49.
- Speca, M., Carlson, L. E., Goodey, E., & Angen, M. (2000). A Randomized, Wait-List Controlled Clinical Trial: The Effect of a Mindfulness Meditation-Based Stress Reduction Program on Mood and Symptoms of Stress in Cancer Outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 62(5), 613–622. <https://doi.org/10.1097/00006842-200009000-00004>.
- Sousa, M. (2016). *Construção de Dicionários Computadorizados para Análise das Autoperspetivas Imersa e Distanciada* [Tese de mestrado, Instituto Superior da Maia].
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615–623. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.68.4.615>.

- Thatcher, J. B., Wright, R. T., Heshan Sun, Zagenczyk, T. J., & Klein, R. (2018). Mindfulness in Information Technology Use: Definitions, Distinctions, and a New Measure. *MIS Quarterly*, 42(3), 831–847. <https://doi.org/10.25300/MISQ/2018/11881>.
- Vandenberghe, L., & Sousa, A. (2006). Mindfulness in cognitive and behavioral therapies. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(1). <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20060004>.
- Way, B. M., Creswell, J. D., Eisenberger, N. I., & Lieberman, M. D. (2010). Dispositional mindfulness and depressive symptomatology: Correlations with limbic and self-referential neural activity during rest. *Emotion*, 10(1), 12–24. <https://doi.org/10.1037/a0018312>.
- WHOQOL Group (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2, 153-159.
- WHOQOL Group (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science e Medicine*, 46(12), 1569-1585.
- WHOQOL. (2012). Measuring Quality of Life. *The World Health Organization*. Retirado de <https://www.who.int/tools/whoqol>

Williams, J. M. G. (2010). Mindfulness and psychological process. *Emotion*,
10(1), 1–7. doi:10.1037/a0018360.