



Patrícia Marlene de Sousa Lopes

Nº22688

**“Perspetiva imersa e distanciada ao longo da reestruturação cognitiva de crenças
desadaptativas: estudo de caso em Terapia Cognitivo – Comportamental”**

Dissertação de Mestrado em Psicologia

Área de Conhecimento em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientador: Professor Doutor João Manuel Castro Faria Salgado

Outubro, 2015



Patrícia Marlene de Sousa Lopes

Nº22688

**“Perspetiva imersa e distanciada ao longo da reestruturação cognitiva de crenças
desadaptativas: estudo de caso em Terapia Cognitivo – Comportamental”**

Dissertação de Mestrado em Psicologia

Área de Conhecimento em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientador: Professor Doutor João Manuel Castro Faria Salgado

Outubro,2015

Agradecimentos

À minha família, por todo o apoio, amor, confiança e investimento que fizeram durante a minha vida académica, sem eles nada teria sido possível;

Ao meu avô, meu anjo protetor, que está com certeza muito orgulhoso pela conclusão desta etapa da minha vida;

Ao Alexandre, quero agradecer por todo o apoio incondicional, paciência, amor, carinho e ajuda, que me deu ao longo desta etapa tão especial para mim;

Aos meus amigos por toda a amizade e apoio incondicional;

Ao professor Doutor João Salgado por todos os ensinamentos que me inculuiu ao longo de todo o meu percurso académico e em particular neste ano tão especial;

À Dra. Eunice Barbosa, por ter sempre sido tão prestável e incansável a apoiar-me no esclarecimento de dúvidas.

A todos: Muito obrigado!

Resumo

Estudos experimentais e clínicos têm-se debruçado no estudo da evolução da perspectiva imersa e distanciada ao longo do processo terapêutico. Assim sendo, o objetivo do presente estudo é analisar a relação entre estas diferentes perspectivas e a técnica de reestruturação cognitiva. Foi formulada uma hipótese com o intuito de verificar se pessoas deprimidas em Terapia Cognitivo – Comportamental aumentam a capacidade de distanciamento ao longo do processo terapêutico à medida que ocorre a Reestruturação Cognitiva. O método utilizado neste estudo teve por base a análise de cinco sessões de um caso de sucesso de terapia Cognitivo – Comportamental, segundo dois sistemas de codificação: MIDS (*Measure of Immersed and Distanced Speech*) para analisar a perspectiva imersa e distanciada, e a *Guia para a identificação da técnica de Reestruturação e classificação dos procedimentos terapêutico*, para análise dos procedimentos de reestruturação cognitiva. Em termos de resultados, verificou-se que corroboram os resultados dos estudos clínicos já existentes, pois demonstram uma diminuição de tempo gasto pela cliente na perspectiva imersa e aumento do tempo despendido na perspectiva distanciada ao longo do processo terapêutico. Constatou-se ainda, que houve correlação estatisticamente significativa positiva entre a tarefa de Reestruturação Cognitiva e a perspectiva distanciada, assim quanto mais trabalho de Reestruturação Cognitiva mais tempo a cliente despendia na perspectiva distanciada. Deste modo, apoia-se a hipótese testada neste estudo de caso.

Palavras-Chave: Perspetiva Imersa; Perspetiva Distanciada; Reestruturação Cognitiva; Terapia Cognitivo-Comportamental

Abstract

Experimental and clinical studies have been addressing the study of the evolution of the immersed and distanced perspective throughout the therapeutic process. Therefore, the aim of this study is to analyze the relationship between these different perspectives and cognitive restructuring techniques. A hypothesis in order to verify that depressed people was formulated in Cognitive - Behavioral Therapy increase the distance capacity throughout the therapeutic process as it occurs Cognitive Restructuring. The method used in this study was based on the analysis of five sessions a success of cognitive - behavioral therapy, according to two coding systems: MIDS (Measure of Immersed and distanced Speech) to analyze the perspective immersed and detached, and Guide for Restructuring technique of identification and classification of therapeutic procedures for analysis of cognitive restructuring procedures. In terms of results, it was found that corroborate the findings of existing clinical studies therefore show a decrease in time spent by the client immersed in perspective and increased time spent in spaced perspective throughout the therapeutic process. It found also that there was a statistically significant correlation between positive Cognitive Restructuring task and distanced perspective, so the more Cognitive Restructuring work longer customer would spend the distanced perspective. Thus, proves the hypothesis tested in this case study.

Keywords: Perspective Immersed; Distanced perspective; Cognitive restructuring; Cognitive-Behavioral Therapy

Índice

Introdução	1
Capítulo I – A imersão e o distanciamento na tarefa de Reestruturação Cognitiva	3
1. Enquadramento conceptual dos conceitos de Imersão e Distanciamento	3
1.1. Imersão versus Distanciamento	3
1.2. Estudos experimentais acerca da Imersão e do Distanciamento na depressão.....	5
1.3. Estudos Clínicos acerca da Imersão e do Distanciamento na Depressão	9
2. Terapia Cognitivo Comportamental.....	11
2.1. Reestruturação Cognitiva	13
Capítulo II – Estudo Empírico.....	17
3. Método	18
3.1. Participantes	18
4.2. Medidas	19
4.2.1. Medida de resultado:	19
4.2.1.1. Beck Depression Inventory	19
4.3. Medidas de processo:	20
4.3.1. Measure of Immersed and Distanced Speech.....	20
4.3.2. Guia para a identificação da técnica de Reestruturação e classificação dos procedimentos terapêuticos	21
4.4. Procedimentos e Fidelidade.....	23
4.4.1. Codificação do discurso Imerso e Distanciado através da MIDS	23
4.4.2. Codificação dos procedimentos de Reestruturação Cognitiva através da	24

4.4.3. Análise dos resultados.	25
4.5. Resultados.....	25
4.5.1. Evolução da perspectiva Imersa e distanciada ao longo do processo terapêutico..	25
4.5.1.1. Perspetiva Imersa, Distanciada e Sintomatologia Depressiva.....	27
4.6. Reestruturação Cognitiva ao longo do processo terapêutico.....	28
4.6.1. Procedimentos de Reestruturação Cognitiva ao longo do processo terapêutico ..	29
4.6.2. Perspetiva Imersa e Distanciada na tarefa de Reestruturação Cognitiva	31
4.7. Discussão.....	37
5.Conclusão, Limitações e Direções Futuras	43
6. Referência Bibliográficas.....	45

Índice de tabelas

Tabela 1 – Categorias da *Measure of Immersed and Distanced Speech*.....20

Tabela 2 – Categorias da *Guia para a identificação da técnica de Reestruturação e classificação dos procedimentos terapêuticos*21

Índice de Figuras

Figura 1 – Imersão e Distanciamento ao longo do processo terapêutico.....	26
Figura 2 – Sub Categorias pertencentes à perspectiva Imersa e Distanciada.....	27
Figura 3 – Sintomatologia Depressiva.....	28
Figura 4 – Reestruturação Cognitiva ao longo do processo terapêutico.....	29
Figura 5 – Procedimentos de Reestruturação Cognitiva ao longo do processo terapêutico.....	30
Figura 6 – Evolução da perspectiva Imersa e Distanciada na Reestruturação Cognitiva.	31
Figura 7 – Evolução da perspectiva Imersa e Distanciada dentro da tarefa de Reestruturação Cognitiva ao longo do processo terapêutico.....	32
Figura 8 – Imersão e Distanciamento nos Procedimentos de Reestruturação Cognitiva	33
Figura 9 – Sub Categorias de Imersão e Distanciamento nos procedimentos de Reestruturação Cognitiva.....	34

Introdução

Estudos recentes, têm-se debruçado sobre duas diferentes perspectivas que os clientes usam para ver as suas experiências, neste caso a perspectiva imersa e distanciada. (Barbosa, Bento, et al. 2012; Barbosa, Lourenço, Amendoeira, Gouveia, & Salgado, 2013; Barbosa, Salgado, Bento, Lourenço, & Pinto, 2012; Kross & Ayduk, 2008).

Os resultados dos estudos clínicos existentes sugerem que tanto a perspectiva imersa como a perspectiva distanciada estão presentes ao longo de todo o processo terapêutico, sendo complementares. (Barbosa, Bento, et al., 2011; Barbosa, Lourenço, et al., 2011; Barbosa, et al., 2012).

No entanto, estes resultados contrastam com os resultados dos estudos experimentais, essencialmente na importância dada à perspectiva imersa. De acordo com os autores dos estudos clínicos, a perspectiva imersa parece ser necessária na fase inicial do processo terapêutico para se poder ter acesso à experiência e o distanciamento ocorre mais no final aquando da reconstrução e da criação de novos significados face à mesma experiência (Barbosa, Bento, et al., 2011; Barbosa, Lourenço, et al., 2011; Barbosa, et al., 2012). Isto é diferente dos resultados dos estudos experimentais que referem, que a perspectiva imersa causa um elevado foco em experiências negativas, pois conduz à descrição das emoções/pensamentos experienciadas/os e que podem influenciar no aumento do sofrimento psicológico (Ayduk, Kross & Mischel, 2005).

Assim, este trabalho torna-se pertinente devido à discrepância entre os estudos clínicos e os experimentais, associado à inexistência de estudos que comparem ambas as perspectivas com a tarefa de Reestruturação Cognitiva. É um estudo pioneiro na medida em que associa estas duas perspectivas à tarefa de reestruturação cognitiva, tentando-se

assim perceber se esta tarefa do modelo terapêutico Cognitivo – Comportamental potencia a perspectiva distanciada.

Capítulo I – A imersão e o distanciamento na tarefa de Reestruturação Cognitiva

1. Enquadramento conceptual dos conceitos de Imersão e Distanciamento

1.1. Imersão *versus* Distanciamento

Kross, Ayduk e Mischel (2005) são os autores de referência no estudo e exploração dos conceitos de imersão e distanciamento. Segundo estes autores, a imersão é caracterizada como um processo em que o indivíduo entra em contacto com a sua experiência de modo egocêntrico, ou seja, numa perspetiva de primeira pessoa. O indivíduo tende a recontar a sua experiência produzindo um relato patenteado apenas na descrição de acontecimentos e sentimentos ocorridos (Kross, Ayduk, & Mischel, 2005).

Em oposição, o distanciamento é descrito como uma perspetiva mais descentrada da experiência, ou seja, como se o indivíduo olhasse para a sua experiência numa perspetiva de terceira pessoa. O indivíduo tem uma visão mais ampla e abstrata sob a experiência, tendendo a reconstruí-la (Kross, Ayduk, & Mischel, 2005).

Alguns estudos experimentais têm explorado os conceitos de imersão e distanciamento, tentando verificar as vantagens e desvantagens de cada um, bem como de que forma poderão influenciar o bem-estar dos indivíduos (Kross, Ayduk, & Mischel, 2005).

De acordo com estes estudos, o distanciamento altera a perspetiva de como os indivíduos observam as suas experiências negativas e lhes atribuem significado, abrindo novos horizontes sobre o problema e podendo até chegar à sua resolução (Ayduk & Kross, 2010). Contudo e com base num dos seus primeiros estudos, Ayduk, Kross e Mischel (2005) sugerem que as potencialidades da imersão ou do distanciamento na análise da experiência negativa dependem do foco emocional (*What emotions* e o *why emotions*)

que o indivíduo possui. O foco no *Why emotions* ativa representações concretas das emoções experienciadas, fazendo com que o indivíduo fique novamente imerso e impedindo-o de adotar uma perspectiva distanciada, aumentando assim a reatividade emocional e o afeto negativo. O foco no *What emotions* leva o indivíduo a focar-se numa perspectiva mais distanciada, para pensar no porquê de determinada situação, e assim torna-se capaz de elaborar representações abstratas das razões subjacentes às experiências negativas, diminuindo a reatividade emocional e o afeto negativo (Ayduk, Kross & Mischel, 2005).

Reatividade emocional e afeto negativo são medidas de avaliação, presentes nos estudos experimentais sobre a perspectiva imersa e distanciada. Estes estudos têm-se focado nos efeitos destas duas perspectivas na ruminação, servindo assim a ruminação também como uma medida cognitiva de avaliação dos benefícios e malefícios da imersão e do distanciamento (Kross & Ayduk, 2008; 2011).

A Ruminação define-se como uma atenção dirigida ao próprio, isto é, na tentativa de compreender os seus pensamentos e sentimentos, o indivíduo mantém um foco passivo e cíclico em emoções negativas, sintomas perturbadores, e também na sua origem, significados e consequências da sua experiência, impedindo a construção de novos significados (Nolen-Hoeksema, 1991). Segundo algumas investigações, na perspectiva imersa o indivíduo tende a aumentar a ruminação; contrariamente a perspectiva distanciada previne a ruminação, ajudando assim à criação de novos significados da experiência (Kross & Ayduk, 2009; Kross, Ayduk, & Mischel, 2005).

Segundo Ayduk e Kross (2010) o distanciamento permite ao indivíduo ter uma perspectiva mais abrangente acerca dos eventos da sua vida, não se focando tanto nos detalhes dos mesmos, o que facilita a autorregulação e promove o insight e o *closure*.

Também permite reconstruir alternativas mais adaptáveis da mesma experiência com vista a prevenir o processo de ruminação.

Em contraste, na imersão o indivíduo tende a recontar a experiência negativa de modo auto-biográfico, recontando detalhes, sentimentos e emoções. Nesta perspetiva encontra-se emocionalmente mais ativo, podendo ficar mais vulnerável ao processo de ruminação.

Por exemplo, na depressão marcada pela vulnerabilidade à ruminação, verifica-se que pessoas deprimidas tendem a visualizar os eventos numa perspetiva imersa (Kross & Ayduk, 2008). Analisando os estudos de Ayduk e Kross (2008), os principais resultados que se constata é que existem bastantes efeitos positivos na reflexão de experiências segundo uma perspetiva distanciada neste tipo de população. Verificou-se que tanto o distanciamento como a distração são eficazes a curto prazo na redução dos efeitos negativos da depressão quando comparados com a imersão, porém o distanciamento torna-se mais eficaz a longo prazo (Kross & Ayduk, 2008). No seguimento de estudos sobre depressão, os indivíduos que com mais facilidade se conseguem distanciar possuem menos pensamentos depressivos. Estes estudos também revelaram que seria produtivo analisar numa perspetiva distanciada as emoções negativas e na perspetiva imersa as emoções positivas de modo a poder diminuir o humor negativo e intensificar os pensamentos e emoções positivas (Kross & Ayduk, 2008).

1.2. Estudos experimentais acerca da Imersão e do Distanciamento na depressão

No âmbito desta problemática, Ayduk e Kross (2008) elaboraram uma investigação composta por dois estudos, de modo a examinar se através da perspetiva

distanciada seria possível alterar a memória dos indivíduos para que dessa forma sentissem menos aversão a memórias de experiências negativas. O objetivo final é perceber se o distanciamento e a distração são eficazes, a curto-prazo, na redução dos efeitos negativos da depressão quando comparados com a imersão.

Os objetivos específicos foram: analisar se através de uma perspectiva distanciada é possível analisar as experiências negativas de forma mais adaptativa, sem aumentar os níveis de depressão; examinar se a análise distanciada atenua a quantidade de explicações na primeira pessoa que os participantes usam para descrever os sentimentos depressivos; avaliar a utilidade da análise distanciada em relação à distração. A distração funciona como uma estratégia eficaz para reduzir a sintomatologia depressiva a curto prazo, pois leva os indivíduos a evitar pensar sobre as experiências negativas (Kross e Ayduk, 2011).

No primeiro estudo obtiveram uma amostra de 141 participantes da Universidade da Columbia, sendo 66 homens e 75 mulheres.

O procedimento foi estruturado primeiramente com uma breve introdução, depois foi solicitado aos participantes para evocarem uma experiência onde se tivessem sentido tristes e deprimidos. Posteriormente foram aleatoriamente divididos em três grupos: grupo de imersão, grupo de distanciamento e grupo de distração.

Numa primeira fase os participantes assumiram uma perspectiva imersa ou distanciada e quando conseguissem finalizar a tarefa de análise da experiência carregavam na barra de espaço do computador.

Após esta fase, eram solicitados a analisar os seus sentimentos por 30 segundos a partir da perspectiva que inicialmente adotaram. Aos participantes do grupo de distração foi-lhes apresentado um conjunto de afirmações e pedido para pensar no conteúdo das mesmas. Neste grupo encontravam-se dois juizes que codificavam numa escala entre 1 =

nenhuma emoção a 7 = extremamente emocionado, a experiência dos participantes. A tarefa demorou 8 minutos a completar.

De seguida os participantes preenchem a escala *Self-Assessment Manikin* (SAM), que solicita aos participantes que avaliem como se sentem no momento. Esta escala varia entre 1 = muito bem a 9 = muito mal. Como o foco do estudo era sobre a depressão os participantes avaliaram o grau em que se sentiam tristes e deprimidos, durante a experiência (1 = não em todos, 5 = extremamente), passando posteriormente para a descrição escrita dos pensamentos e sentimentos que surgiram durante a experiência.

No final, preencheram um questionário que se referia ao nível de envolvimento na experiência, sendo a escala codificada entre 1 = sem compromisso a 7 = bastante comprometido.

De acordo com objetivo específico do estudo os autores puderam constatar que existem mais efeitos positivos nos indivíduos que analisam a experiência a partir da perspetiva distanciada, pois têm menos pensamentos intrusivos face à depressão e lidam com eles de forma mais adaptativa e assim os níveis de depressão diminuem; os resultados do outro objetivo relevam que os participantes com elevado compromisso face à experiência têm tendência a analisar a partir da perspetiva imersa e conseqüentemente utilizam mais explicações na primeira pessoa; e por fim os resultados do último objetivo mostram que tanto o distanciamento como a distração são eficazes, a curto prazo na redução dos sentimentos negativos da depressão quando comparados com a imersão (Kross & Ayduk, 2008).

Um outro estudo com população diagnosticada com perturbação depressiva foi realizado por Kross, Gard, Deldin, Clifton e Ayduk (2012). Este estudo foi composto por 96 participantes, sendo eles 51 adultos com sintomatologia depressiva e 45 adultos saudáveis sem historial de nenhum episódio depressivo.

As hipóteses a serem testadas pelos investigadores no presente estudo foram: perceber se os adultos deprimidos vão ter mais dificuldades em se distanciarem quando analisam os seus sentimentos e emoções do que os adultos não deprimidos; verificar se os indivíduos deprimidos são capazes de analisar os seus sentimentos segundo a perspetiva distanciada; apurar se os adultos deprimidos vão ter resultados positivos analisando os seus sentimentos de perspetiva imersa.

Cada participante foi avaliado utilizando a entrevista clínica semi – estruturada, SCID e posteriormente foi utilizado o Beck Depression Inventory (BDI) para avaliar a sintomatologia depressiva.

Após a avaliação, os participantes foram aleatoriamente instruídos a adotar uma perspetiva, imersa ou distanciada, sendo-lhes pedido para reinvocarem uma experiência que seja causadora de tristeza durante 60 segundos, sendo de seguida administrada a sub-escala de valência do Self Assessment Mannequin (SAM). De seguida, preencheram de novo o BDI e uma tarefa de auto-reflexão. Foi então avaliado o grau em que se distanciaram, numa escala em que 1 = predominantemente imerso a 7 = predominantemente distanciado. Após esta fase, os participantes respondiam a algumas questões (numa escala de 1 ‘discordo completamente’ a 5 ‘concordo completamente’), de acordo com as seguintes temáticas: afeto negativo, conteúdo do pensamento, evitamento explícito, evitamento implícito e imaginação realística.

Os principais resultados que os investigadores concluíram foram: que todos os participantes conseguiram distanciar-se, porém o grupo imerso distanciou-se menos; os participantes deprimidos apresentam níveis mais elevados de evitamento, mas também níveis mais baixos de evasão do que os participantes não deprimidos; o grupo de participantes deprimidos apresenta mais efeito negativo do que os não deprimidos; os participantes deprimidos do grupo imerso exibem um aumento dos efeitos negativos,

contrariamente aos participantes deprimidos no grupo distanciado, que apresentam uma maior tendência para a diminuição do afeto negativo; e por fim, os participantes do grupo distanciado têm tendência a recontar menos as experiências e reconstróem mais do que os participantes do grupo imerso (Kross, Gard, Deldin, Clifton, & Ayduk, 2012).

1.3. Estudos Clínicos acerca da Imersão e do Distanciamento na Depressão

Recentemente têm surgido estudos clínicos no âmbito da imersão e distanciamento em população clínica diagnosticada com Perturbação Depressiva Major (Barbosa, Bento et al., 2011; Barbosa, Lourenço et al., 2011; Barbosa et al., 2012). Num primeiro estudo foi proposto analisar dois casos de sucesso em duas terapias diferentes, Terapia Focada nas Emoções e Terapia Cognitivo-Comportamental. O método utilizado nestes estudos tem por base a análise, para cada caso, de transcrições das 16 sessões utilizando a MIDS (Medida de Discurso Imerso e Distanciado por Barbosa, 2012 adaptado de Kross, Ayduk, & Mischel, 2005, e Kross & Ayduk, 2008). Os principais resultados obtidos demonstram uma diminuição gradual da imersão e aumento do distanciamento ao longo do processo terapêutico em ambas as terapias. Porém, a imersão durante todo o processo manteve-se superior, algo que segundo os autores do estudo, poderá indicar que a imersão tem extrema importância para a exploração da experiência durante o processo terapêutico, e também será um fator preponderante para alcançar uma mudança de perspetiva.

Os autores propõem assim, que a imersão e o distanciamento poderão ser processos complementares no processo terapêutico, apresentando assim uma perspetiva e funções diferentes das demonstradas nos estudos laboratoriais acima descritos (Barbosa, Bento, et al., 2012).

Um outro estudo de Barbosa, Bento e colaboradores (2012) analisou um caso de sucesso em Terapia Focada nas Emoções de um indivíduo diagnosticado com Perturbação Depressiva Major.

O método foi parcialmente idêntico ao descrito no estudo anterior, contudo desta vez foram usadas as 16 sessões do mesmo caso, e foi utilizada a Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (Stiles, 2001) que permitiu identificar os problemas clínicos, bem como averiguar se esses problemas ficaram resolvidos no final do processo terapêutico. Foram analisados e codificados dois problemas clinicamente relevantes. Um desses problemas no final do processo terapêutico ficou resolvido, o outro não ficou concluído com sucesso. Os principais resultados, relativamente ao problema clínico resolvido, foram de encontro aos estudos anteriores, sendo que a imersão diminuiu ao longo do processo terapêutico e o distanciamento aumentou. Em contraste, no problema clínico não resolvido, a imersão manteve-se elevada e o distanciamento manteve-se constante ao longo de todo o processo.

Segundo os autores, estes resultados podem ser preditores de que a imersão é necessária na fase inicial do processo, pois é fundamental o contato com a experiência emocional, mas posteriormente há que dar lugar ao distanciamento para a promoção de insight e clousure e assim dar-se a resolução do problema clínico.

Por fim, mais um estudo apresentado pelos mesmos investigadores (Barbosa, Lourenço, Amendoeira, Gouveia, & Salgado, 2012) focou-se no estudo de um caso de sucesso em Terapia Cognitivo – Comportamental. Em termos de método foi idêntico aos anteriormente referidos, porém o modelo terapêutico é diferente, Terapia Cognitivo – Comportamental. Em termos de resultados apura-se que são idênticos aos estudos anteriores, concluindo assim que não existem diferenças significativas entre as terapias, visto que se encontraram resultados idênticos (Barbosa, et al., 2012).

Segundo conclusões dos autores, estes resultados obtidos nos estudos clínicos parecem indicar um padrão quanto ao desenvolvimento do processo terapêutico, sendo a imersão necessária na fase inicial do processo para entrar em contacto com a experiência e recontar as emoções, sentimentos e factos acerca desta, e o distanciamento ocorre no final aquando da reconstrução e da conseqüente mudança terapêutica. Assim, tanto imersão como distanciamento complementam-se positivamente ao longo de todo o processo terapêutico.

Os estudos clínicos apresentam bastante discrepância a este nível em comparação com os estudos laboratoriais, visto que estes últimos, indiciam que a utilização da perspectiva imersa aumenta o afeto negativo e é desaconselhada na promoção do bem-estar do indivíduo, e os estudos clínicos vieram demonstrar que a imersão está presente em todo o processo terapêutico e é necessária e complementar ao distanciamento.

2. Terapia Cognitivo Comportamental

Sendo uma das variáveis deste estudo de caso a Reestruturação Cognitiva, neste capítulo pretende-se incidir sobre os seus procedimentos e a forma como se organizam ao longo do processo terapêutico em casos de Depressão.

Beck (2011) afirma, que o distanciamento dos próprios pensamentos pode ser benéfico para o paciente encontrar novas alternativas no seu modo de pensar, sendo que, a tarefa que promove este distanciamento na terapia Cognitivo – Comportamental é a reestruturação cognitiva.

Na década de 60, Albert Ellis e Aaron Beck chegaram à importante conclusão de que a depressão resulta de pensamentos contínuos e extremamente enraizados.

Percebeu-se, também, que a depressão era decorrente das próprias crenças e esquemas cognitivos disfuncionais do indivíduo (Powell, 2008).

A partir destas conclusões foi postulado o modelo cognitivo de Beck para a depressão, este modelo pressupõe dois elementos básicos: a tríade cognitiva e os erros cognitivos.

Entende-se por tríade cognitiva a visão negativa de si mesmo, onde o indivíduo se vê como inadequado e mantém uma visão negativa quanto aos outros e ao futuro, estando cognitivamente vinculado à desesperança (Powell, 2008). Assim, um indivíduo deprimido tende a interpretar todas as suas experiências de forma negativa, proporcionando uma baixa auto-estima e desesperança.

A Terapia Cognitivo – Comportamental tem como princípio fundamental reestruturar e corrigir esses pensamentos distorcidos, e em colaboração com o terapeuta, desenvolver soluções a fim de produzir mudança e melhorar o bem-estar psicológico (Powell, 2008).

A Terapia Cognitivo – Comportamental postulou primeiramente os pensamentos automáticos, ou seja, são pensamentos que ocorrem de forma espontânea e rápida, e que fazem uma interpretação da situação (Powell, 2008).

A maioria dos indivíduos não está consciente da presença de pensamentos automáticos e por esse motivo recorrem à terapia com vista a serem treinados para monitorá-los e identificá-los.

No centro dessas interpretações automáticas distorcidas estão pensamentos disfuncionais mais profundos, denominados de crenças centrais. Estas definem-se como estruturas cognitivas internas, duradouras, que guardam ideias ou experiências do indivíduo e que as utilizam para organizar novas informações de maneira significativa, determinando como as experiências são apreendidas e conceitualizadas (Knapp, 2008).

Estas crenças centrais têm por objetivo modelar o pensamento do indivíduo e criam erros cognitivos presentes nesta patologia. As crenças vão surgindo ao longo do desenvolvimento do indivíduo, agindo como um ‘filtro’, e são moldadas pelas experiências pessoais, sociais, ou seja, identificação com outros significativos, e da percepção que o indivíduo faz sobre si, os outros e o mundo ao seu redor (Knapp, 2008).

À medida que as crenças centrais são ativadas, surgem os erros cognitivos sistemáticos, como estratégias de enfrentamento para tentar evitar o contato com as suas crenças centrais.

Um das principais técnicas utilizadas em Terapia Cognitivo – Comportamental, para trabalhar estas crenças centrais, erros cognitivos e os pensamentos automáticos é a Reestruturação Cognitiva.

2.1. Reestruturação Cognitiva

Muitos indivíduos visualizam os seus problemas de uma perspectiva excessivamente centrada nos aspetos negativos e perturbadores, ignorando algo de positivo que esteja presente, o que conseqüentemente aumenta sentimentos negativos e o sofrimento emocional (Parga, Elvira & Fidalgo, 2009).

Entende-se por reestruturação cognitiva, um conjunto de técnicas usadas para identificar e modificar crenças e pensamentos desadaptativos no indivíduo, sendo técnica chave na terapia cognitiva de Beck e na terapia racional emotiva de Ellis (Parga, Elvira & Fidalgo, 2009).

Primeiramente, os terapeutas fornecem psicoeducação sobre o modelo de terapia cognitivo – comportamental, explicando a relação entre pensamentos, sentimentos e emoções e interagindo com o cliente para que este contemple como os pensamentos disfuncionais desencadeiam sintomas negativos. É de esperar que com o avançar do

processo terapêutico os clientes se tornem menos dependentes do terapeuta e consigam avaliar os seus pensamentos automáticos; de seguida, o próximo passo é a identificação das crenças irracionais que estão na base dos pensamentos automáticos (Wenzel,2013).

Existem várias técnicas de reestruturação cognitiva que ajudam a alterar os pensamentos automáticos, erros cognitivos e as crenças irracionais do cliente. Alguns exemplos dessas técnicas são: o debate socrático, registos de pensamentos automáticos e o teste de hipóteses (Wenzel,2013). Estes procedimentos têm um elevado impacto, e têm como objetivo fazer com que o indivíduo reflita adaptativamente sobre a sua experiência e assim fazer com que consiga criar novos significados mais reais e equilibrados para a sua experiência.

A reestruturação cognitiva começa logo nas sessões iniciais quando se definem os problemas dos clientes e a partir daí se efetua uma formulação clínica do caso. Estas sessões são de extrema importância pois o psicoterapeuta ajuda o cliente a identificar as crenças associadas à depressão, os erros cognitivos e a caracterização dos pensamentos automáticos, dão psicoeducação acerca da psicopatologia e das reações físicas, emocionais e comportamentais que advém como consequências, explicam também como as experiências anteriores contribuíram na manutenção das crenças e que comportamentos foram desenvolvidos para as enfrentar (Powell,2008).

Como foi referido em cima, o primeiro passo da Reestruturação Cognitiva é facultar Psicoeducação acerca da problemática ao cliente. É de extrema importância que o cliente entenda o que irá ser feito ao longo do processo terapêutico, as causas e os critérios da sua patologia. Nesta psicoeducação entra a Teoria ABC, ou seja, explicar como os sentimentos geram pensamentos e como alguns desses pensamentos são irracionais e disfuncionais e em consequência provocam as respetivas reações físicas, cognitivas e comportamentais decorrentes da psicopatologia. Também se insere na

Psicoeducação as explicações acerca do que é a Reestruturação Cognitiva e como se irá trabalhar esta tarefa ao longo do processo terapêutico (Powell,2008).

Um dos procedimentos primordiais de Reestruturação Cognitiva é o Registo de Pensamentos Automáticos. Este procedimento tem como objetivo levar o cliente a identificar os seus pensamentos, a situação que o desencadeia e a consequência emocional que daí advém. Este registo posteriormente é trabalhado na sessão e a partir dos pensamentos que o cliente descreveu é possível, juntamente com o terapeuta, chegarem à identificação dos erros cognitivos e posteriormente às crenças centrais (Dobson, 2010).

Identificados os pensamentos automáticos, os erros cognitivos e as crenças, o passo seguinte é tentar modificá-los e torná-los mais adaptativas e realistas. Uma das tarefas para trabalhar este tópico é a Seta Descendente.

Esta tarefa é utilizada para ajudar o cliente a desenvolver um raciocínio autónomo com o objetivo de questionar os seus pensamentos e torna-los mais adaptativos. Esta confrontação pode também, ajudar o cliente a retirar o poder que esses pensamentos têm sobre si, reduzindo assim a sintomatologia depressiva (Powell,2008).

O Debate Socrático também é uma tarefa utilizada ao longo da Reestruturação Cognitiva, com o intuito de o terapeuta guiar o cliente segundo um dialogo entre ambos, e tentar assim que o cliente mude a sua perspetiva da experiencia e a torne mais adaptativa. O que se pretende aqui é que o cliente se distancie da sua problemática, para assim conseguir ver outras soluções mais positivas (Dobson, 2010).

Uma outra técnica que um psicoterapeuta Cognitivo – Comportamental utiliza em Reestruturação Cognitiva é o Teste de Hipóteses, ou seja, perante o pensamento automático apresentado pelo cliente, o terapeuta vai ajudando o cliente a testa-lo quanto à sua veracidade e probabilidade de acontecer. Com isto pretende promover *Insight* acerca

do problema e encontrar novas explicações alternativas e mais positivas (Cote & Barlow, 1992).

Estas técnicas ensinam o cliente a testar e a pensar racionalmente sobre os seus problemas e dota-os de estratégias que podem usar sempre que estes pensamentos automáticos surgirem. Este é um dos objetivos de terapia Cognitivo – Comportamental, ou seja, dotar o cliente de ferramentas para que consiga com treino, lidar com as suas problemáticas e ser terapeuta dele mesmo (Dobson,2010).

Capítulo II – Estudo Empírico

O presente estudo assenta num estudo de caso de depressão que visa analisar a perspetiva imersa e distanciada ao longo do processo terapêutico e na tarefa de Reestruturação Cognitiva e a sua relação com o resultado.

Mais precisamente pretende-se analisar a relação entre a perspetiva imersa e distanciada e a tarefa de Reestruturação Cognitiva, ao longo de um processo terapêutico, num caso de sucesso de Terapia Cognitivo – Comportamental.

A hipótese a testar neste estudo é que a cliente com depressão em Terapia Cognitivo – Comportamental, aumente a capacidade de distanciamento ao longo do processo terapêutico à medida que ocorre a Reestruturação Cognitiva.

Deste modo as questões de investigação deste estudo são:

- a) Qual é a evolução da perspetiva imersa e distanciada ao longo do processo terapêutico?
- b) Qual a relação entre a perspetiva imersa e distanciada e sintomatologia depressiva?
- c) Como ocorre a reestruturação cognitiva ao longo do processo terapêutico?
- d) Qual é a relação entre a perspetiva imersa e distanciada e reestruturação cognitiva?
- e) Como evoluiu a perspetiva imersa e distanciada na tarefa de reestruturação cognitiva?

A pertinência deste estudo prende-se com a escassez de estudos clínicos no âmbito da imersão e distanciamento e a discrepância entre os resultados dos estudos clínicos e experimentais. Assim, este estudo pode contribuir para suportar alguns resultados clínicos e ajudar a clarificar como ocorrem estas perspetivas em psicoterapia e a sua relação com

o resultado. Além disso, estudos clínicos sobre estes dois tipos de perspectivas na Reestruturação Cognitiva nunca foram realizados. Assim sendo, pretende-se que este trabalho permita clarificar se a tarefa de Reestruturação Cognitiva está associada à mudança de perspectiva, de imersa para distanciada.

3. Método

3.1.Participantes

Cliente: A cliente, de nome fictício Marta, é uma mulher com idade compreendida entre os 25 e os 30 anos, divorciada e que se encontra atualmente desempregada. A cliente foi diagnosticada com Perturbação Depressiva Major, Moderada, através do processo de avaliação do projeto “Descentração e Mudança em Psicoterapia” realizado no Instituto Universitário da Maia. Este projeto é um ensaio clínico aleatório que compara a terapia cognitivo – comportamental com a terapia focada nas emoções e a sua eficácia em psicoterapia na depressão ligeira a moderada.

A cliente cumpriu os critérios de inclusão deste projeto, ou seja, ser diagnosticada com Perturbação Depressiva Major Ligeira ou Moderada, não estar medicada e apresentar a avaliação global do funcionamento superior a 50. Obedeceu também aos critérios de exclusão, ou seja, não esteve sujeita a nenhuma outra forma de tratamento para a depressão, nomeadamente o uso de fármacos; nunca ter sido diagnosticada com nenhuma das seguintes perturbações do Eixo I (DSM-IV-TR): Abuso de Substâncias, Perturbação de Pânico, Psicose, Perturbação Bipolar ou uma Perturbação Alimentar; nem ter sido diagnosticada com uma das seguintes perturbações do Eixo II (DSM-IVTR): Borderline, Anti-social ou Esquizotípica; bem como nunca ter apresentado risco elevado de suicídio.

Tanto os critérios de inclusão como de exclusão foram avaliados com recurso à SCID-I e SCID-II por forma a fazer um despiste de co-morbilidade com outras perturbações clínicas ou de personalidade. Como a cliente preencheu os critérios necessários para participar neste projeto, teve acesso de forma gratuita a um processo terapêutico composto por 16 sessões semanais, mais sessões de *follow-up* ao fim de 1,3,6,9 e 12 meses, com possibilidade de extensão aos 24 meses.

Este caso é um sucesso, pois apresentou no BDI-II da última sessão um valor inferior a 14,29 e verificou-se uma diferença entre o BDI-II da 1ª e última sessão superior a 8,46, estando de acordo com o Índice de Mudança Fiável (Reliable Change Index; Jacobson & Truax, 1991).

Terapeuta. A terapeuta é do sexo feminino, tem idade compreendida entre os 25 e os 30 anos, com 6 anos de experiência em terapia cognitivo-comportamental. Ao longo das 16 sessões de intervenção seguiu o protocolo de intervenção Cognitivo – Comportamental para a depressão estabelecido pelo ensaio clínico acima referido (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979).

Investigadores. A autora da tese é aluna do mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde e contou com a participação de uma investigadora doutoranda em Psicologia.

4.2. Medidas

4.2.1. Medida de resultado:

4.2.1.1. Beck Depression Inventory – II (BDI-II) aferido para a população Portuguesa (Coelho, Martins & Barros, 2002).

O BDI-II foi produzido para medir a intensidade da sintomatologia depressiva, baseando-se nos critérios de diagnóstico do DSM-IV.

É uma medida de autorrelato, os seus 21 itens variam em termos de cotação entre 0 e 3 de acordo com a resposta do cliente. A pontuação final pode variar entre 0 e 63. Através da pontuação total obtida, verifica-se a intensidade da sintomatologia do cliente, de acordo com as seguintes categorias: Sintomatologia ligeira entre 0 e 13; depressão ligeira entre 14 e 19; depressão moderada entre 20 e 28; depressão severa entre 29 e 63 (Beck, 1999).

4.3. Medidas de processo:

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

Esta medida visa identificar a perspetiva imersa e distanciada a partir do discurso do cliente. Para tal, o discurso é categorizado segundo cinco categorias mutuamente exclusivas: a descrição e a atribuição para a identificação do discurso imerso; e o insight e a resolução para o discurso distanciado.

Tabela 1 – Categorias da *Measure of Immersed and Distanced Speech*

Categorias	Sub Categorias	Descrição
Imersão	Descrição	Codifica-se quando o cliente descreve situações, episódios ou pensamentos referindo-se a ele ou a outros
	Atribuição	Codifica-se quando o cliente descreve sentimentos ou estados internos
Distanciamento	<i>Insight</i>	Codifica-se quando o cliente estabelece relações entre pensamentos, sentimentos e comportamentos, demonstrando desejo de novas compreensões
	Resolução	Codifica-se quando o cliente reconstrói situações passadas e lhe dá um novo significado

Não codificável

Codifica-se quando nenhuma das características anteriores é aplicável

Nota: Retirado de Castro, J. (2014). *Evolução do discurso imerso e distanciado: Comparação entre resultados terapêuticos contrastantes em terapia focada nas emoções e terapia cognitivo-comportamental*. Tese apresentada ao Instituto Universitário da Maia.

4.3.2. Guia para a identificação da técnica de Reestruturação e classificação dos procedimentos terapêuticos (Calero Elvira, A., 2009)

Esta medida tem por objetivo identificar, a partir do discurso do terapeuta, momentos em que a tarefa de reestruturação cognitiva ocorre em terapia, de acordo com os sete procedimentos pertencentes à tarefa de Reestruturação Cognitiva. A tabela 2 faz referência a essas mesmas categorias e explica em que circunstâncias foram cotadas.

Tabela 2 – Categorias da Guia para a identificação da técnica de Reestruturação e classificação dos procedimentos terapêuticos

Procedimento	Explicação da Tarefa
Explicação ABC	Explicação sobre a influência dos pensamentos no que sentimos e no que fazemos, utilizando a técnica ABC, e fornecendo a explicação que alguns pensamentos são disfuncionais
Explicação Reestruturação Cognitiva	Explicações sobre a técnica de reestruturação cognitiva

Propostas de Tarefas	São as propostas de tarefas fora da sessão (TPC), só se incluem as tarefas que estão relacionadas com a reestruturação cognitiva
Revisão Das Tarefas De Casa	Revisões dos trabalhos de casa que o cliente realizou entre as sessões
Debate	O debate entre o cliente e terapeuta, é entendido como o procedimento através do qual se tenta alterar a verbalização desadaptativa através do diálogo ente cliente e terapeuta. Pode-se também considerar debate as partes em que se mistura a explicação do comportamento, tendo como objetivo modificar as verbalizações desadaptativas. Não se considera debate quando o terapeuta tenta mudar uma verbalização à qual o cliente mostra acordo desde o início
Revisão de Ideias	Revisão das ideias debatidas no procedimento anterior e já reestruturadas
Treino de Debate	Treino do procedimento de debate na sessão para que o cliente aplique no dia-a-dia

4.4. Procedimentos e Fidelidade

No presente estudo foi analisado um caso de sucesso em Terapia Cognitivo Comportamental. Foram analisadas cinco sessões do caso, nomeadamente a sessão 1, 4, 8, 12 e 16. A análise das transcrições iniciou-se por uma leitura inicial das sessões, seguindo-se da definição dos problemas clínicos apresentados pela cliente, para posterior codificação da perspectiva imersa e distanciada através da MIDS. De seguida procedeu-se ao uso da *Guia para a identificação da técnica de Reestruturação e classificação dos procedimentos terapêuticos*, para a codificação dos procedimentos de Reestruturação Cognitiva. Por último, foi criada uma base de dados através do SPSS e analisados os resultados recorrendo ao *Microsoft Office Excel*, *SPSS* e *Simulation Modelling Analysis Software* (SMA; Borckardt, 2006; Bockardt et al., 2008).

4.4.1. Codificação do discurso Imerso e Distanciado através da MIDS (adaptado de Ayduk e Kross, 2010 por Barbosa, 2012).

Primeiramente procedeu-se à fase de treino. Esta fase consistiu na leitura de material de codificação e artigos relacionados, bem como na codificação de um outro caso clínico (5 sessões). Nas codificações de treino, obteve-se um bom índice de fidelidade (*Kappa de Cohen = 0,83*).

Posteriormente, procedeu-se à codificação do caso em estudo. Esta fase envolveu três passos. No primeiro passo, por forma a inteirar as investigadoras acerca do caso, procedeu-se à leitura das sessões 1,4,8,12 e 16. No segundo passo, foi elaborada uma tabela com os problemas clínicos da cliente, sendo seleccionados os problemas com base no tempo que ocuparam na sessão e sua relevância clínica. Esses problemas clínicos são relacionados com questões de Desempenho, relação com a mãe e dificuldades em

relacionar-se com os outros. Porém, à luz do modelo Cognitivo – Comportamental estas questões foram agrupadas num só problema clínico, uma vez que estavam todas associadas à crença de base: “Eu não tenho valor”. No terceiro passo, foram realizadas as codificações da perspetiva imersa e distanciada, a partir da MIDS, nesses problemas clínicos.

O caso em estudo foi codificado por duas juízas independentes (uma aluna de mestrado em psicologia clínica e uma aluna de doutoramento em psicologia clínica), atingindo um forte índice de fidelidade ($Kappa\ de\ Cohen = 0,824$). Os desacordos foram resolvidos por consenso (Hill et al., 2005).

4.4.2. *Codificação dos procedimentos de Reestruturação Cognitiva através da Guia para a identificação da técnica de Reestruturação e classificação dos procedimentos terapêuticos* (Calero Elvira, A., 2009).

No início foi realizado um treino entre as investigadoras, esse treino foi composto pela leitura da Guia para a identificação da técnica de Reestruturação e classificação dos procedimentos terapêuticos (Calero Elvira, A., 2009). Posteriormente foram discutidos cada um dos procedimentos, por forma a definirem em que circunstâncias se classificavam cada um desses procedimentos. Recorreram a uma investigadora mais experiente nesta medida, (uma aluna de doutoramento em psicologia), para retirar algumas dúvidas sobre a medida. Utilizou-se uma sessão de treino e procedeu-se ao treino de codificação. Nessa sessão atingiu-se um índice de fidelidade ($Kappa\ de\ Cohen = 0,814$).

De seguida, foram realizadas codificações relativas aos procedimentos de Reestruturação Cognitiva, nas cinco sessões do caso em estudo e dentro dos excertos correspondentes aos problemas clínicos previamente identificados e codificados. A

codificação partiu sempre do discurso do terapeuta e considerou-se o discurso do cliente seguinte. A Guia para a identificação da técnica de Reestruturação e classificação dos procedimentos terapêuticos, refere isto mesmo, pois é o terapeuta que marca sempre a atividade clínica.

Atingiu um índice de fidelidade (*Kappa de Cohen* = 0,806). Os desacordos foram resolvidos por consenso (Hill et al., 2005).

4.4.3. *Análise dos resultados.*

Por fim, na última fase foram utilizados alguns sistemas informáticos de forma a poder extrair os dados para análise. O SPSS foi utilizado para a criação de uma base de dados contendo todos os elementos da codificação da Imersão e Distanciamento, assim como todos os elementos da codificação de Reestruturação Cognitiva, para posterior análise dos dados e cálculos. De seguida e para a realização da análise descritiva foi utilizado o Microsoft Office Excel, para a criação das figuras que facilitassem a leitura dos resultados. Por último, foi utilizado o *Simulation Modelling Analysis Software* (SMA; Borckardt, 2006; Bockardt et al., 2008) para a análise das correlações entre variáveis. Trata-se de um software desenvolvido para lidar com os problemas estatísticos causados por auto-correlações e baixo número de observações (Borckardt, 2006; Bockardt et al., 2008).

4.5. Resultados

4.5.1. **Evolução da perspetiva Imersa e distanciada ao longo do processo terapêutico**

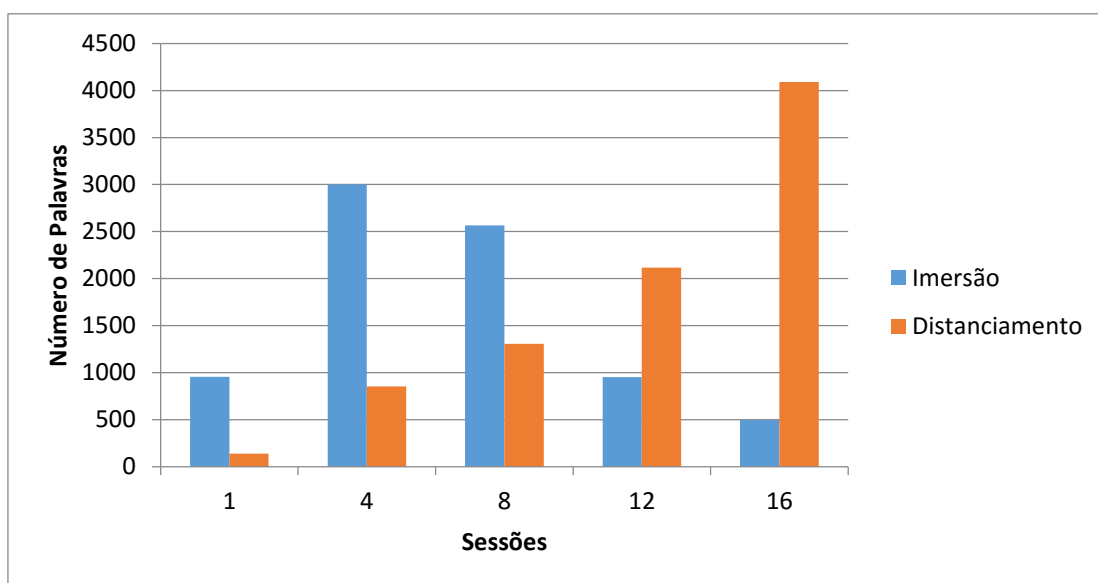
De acordo com a análise do presente estudo verificou-se que a perspetiva distanciada (50,6%) e a perspetiva imersa (47,5 %) estiveram em equilíbrio durante todo

o discurso da cliente, sendo que a perspectiva distanciada foi um pouco mais predominante. Contudo, estas perspectivas não foram estáticas, ou seja, movimentaram-se ao longo do tempo.

Tal como podemos observar na figura 1, no início da terapia (sessão 1 e 4) a cliente passou a maior parte do tempo a refletir sobre a experiência segundo uma perspectiva imersa. Na sessão 8 a cliente continuou a despende mais tempo na perspectiva imersa, porém já se denotou um aumento do tempo despendido na perspectiva distanciada.

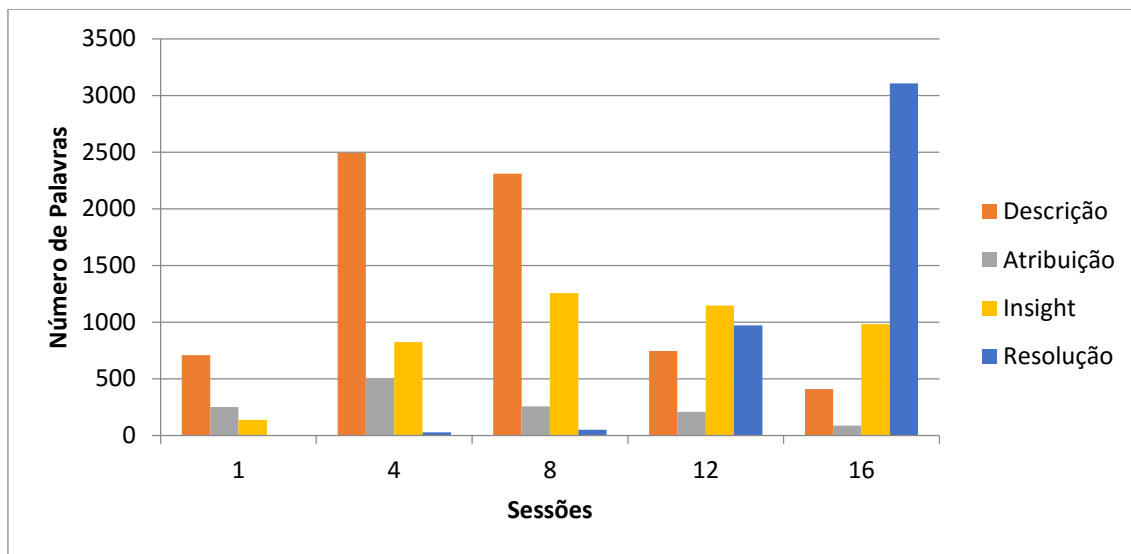
A sessão 12 evidenciou-se como o ponto de mudança, onde a perspectiva distanciada se tornou superior à perspectiva imersa até ao final do processo, ocupando parte substancial do tempo despendido.

Figura 1 – Imersão e Distanciamento ao longo do processo terapêutico



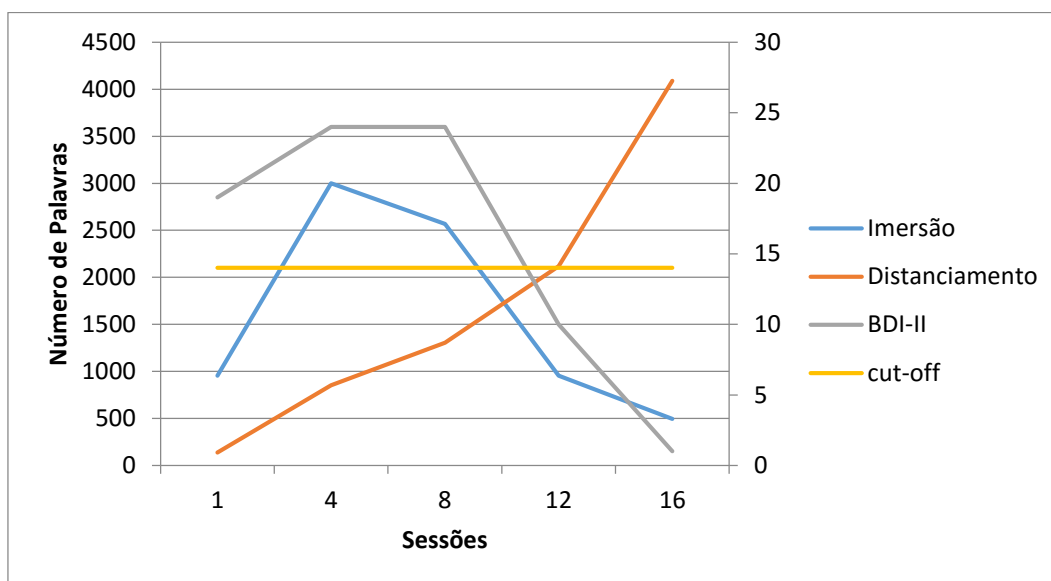
Relativamente às sub categorias observáveis na figura 2, na sessão 1 a cliente gastou mais tempo na Descrição da sua experiência, denotando-se algum tempo despendido na Atribuição e também Insight. Nas sessões 4 e 8 a cliente gastou mais tempo na sub categoria de Descrição e na sub categoria de Insight. A partir da sessão 12 e até ao final do processo terapêutico, o tempo despendido centrou-se no Insight e na Resolução.

Figura 2 – Sub Categorias pertencentes à perspectiva Imersa e Distanciada



4.5.1.1. Perspetiva Imersa, Distanciada e Sintomatologia Depressiva

No caso da sintomatologia depressiva, observável através da figura 3, esta apresenta níveis de depressão ligeira na sessão 1 (BDI de 19). A sintomatologia teve um acréscimo na sessão 4 (BDI constante de 24), mantendo-se constante na sessão 8, decrescendo a partir da sessão 12 (BDI de 10) e tornando-se assintomático na sessão 16 (BDI de 1). Em termos da evolução da sintomatologia depressiva pode-se aferir que esta segue a mesma tendência da imersão, ou seja, tendência oposta ao distanciamento. Sendo que se verificou uma correlação estatisticamente significativa entre a imersão e a sintomatologia depressiva ($\rho = 0,975, p = 0,005$). Já no caso do distanciamento, não se verificou uma correlação estatisticamente significativa com a sintomatologia depressiva ($\rho = -0,666, p = 0,108$).

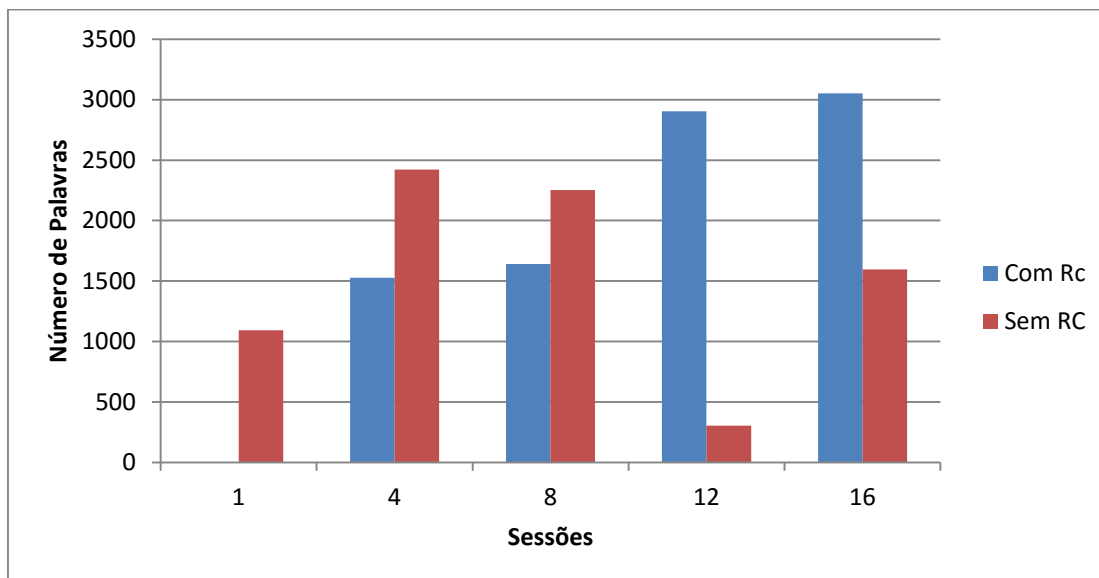
Figura 3 – Sintomatologia Depressiva

4.6. Reestruturação Cognitiva ao longo do processo terapêutico

Relativamente à tarefa de Reestruturação Cognitiva ao longo do processo terapêutico, esteve presente em 54,3% do tempo despendido no discurso da cliente.

A figura 4 ilustra graficamente a tarefa de Reestruturação Cognitiva ao longo das sessões. Na sessão 1 houve ausência de Reestruturação Cognitiva. Nas sessões 4 e 8 a cliente esteve mais tempo em momentos sem Reestruturação Cognitiva. Porém, a partir da sessão 12 até ao final do processo terapêutico existiu um elevado acréscimo dos momentos onde se manteve na tarefa de Reestruturação Cognitiva. Denotou-se portanto, que o tempo despendido pela cliente em Reestruturação Cognitiva foi sempre aumentando ao longo do processo terapêutico.

Figura 4 – Reestruturação Cognitiva ao longo do processo terapêutico



4.6.1. Procedimentos de Reestruturação Cognitiva ao longo do processo terapêutico

A figura 5 ilustra cada procedimento pertencente à tarefa de Reestruturação Cognitiva e revela como estes evoluem ao longo das sessões de psicoterapia.

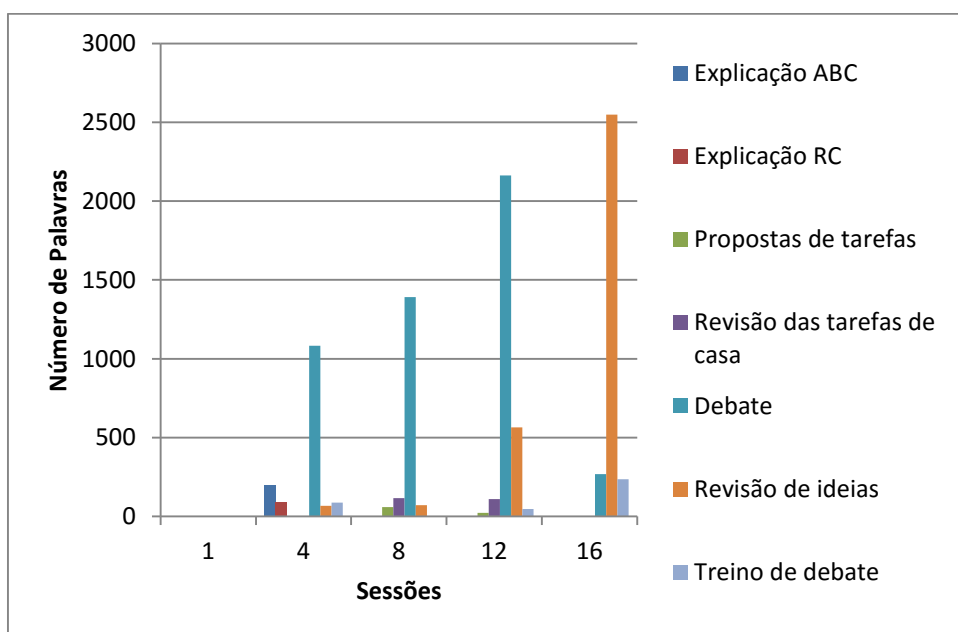
Tal como referido anteriormente, existe ausência de Reestruturação Cognitiva na sessão 1.

Na sessão 4 ocorreram os procedimentos de Explicação ABC, Explicação da Reestruturação Cognitiva, Debate, Revisão de ideias e Treino de debate. Contudo é no procedimento de Debate, seguido do procedimento de Revisão de ideias, que o discurso da cliente predomina. Na sessão 8, extinguem-se os procedimentos de Explicação ABC e Explicação da Reestruturação Cognitiva, dando lugar ao tempo de discurso sobre as Propostas de tarefas e Revisão das tarefas de casa. Igualmente como na sessão anterior, o procedimento de Debate é que o mais tempo ocupa ao longo da sessão 8. Na sessão 12 o procedimento de Debate e a Revisão de ideias já reestruturadas são as que ocupam maioritariamente a sessão. Por fim, na sessão 16 a cliente passa mais tempo do seu

discurso nos procedimentos de finalização, ou seja, no procedimento de Debate, no Treino de debate e na Revisão de ideias já reestruturadas.

De um modo geral, a explicação do modelo ABC e da Reestruturação Cognitiva surgiram mais nas sessões iniciais (sessão 4), os procedimentos de Propostas de tarefas e Revisão de tarefas de casa ocorreram nas sessões da fase intermedia (sessões 8 e 12), o procedimento de Debate foi aumentando ao longo das sessões, porém já não ocorreu na última. Dando assim lugar, aos procedimentos de Revisão de ideias e Treino de debate, que ocorreram a partir da sessão 8 aumentando até ao final da terapia (sessão 16).

Figura 5 – Procedimentos de Reestruturação Cognitiva ao longo do processo terapêutico



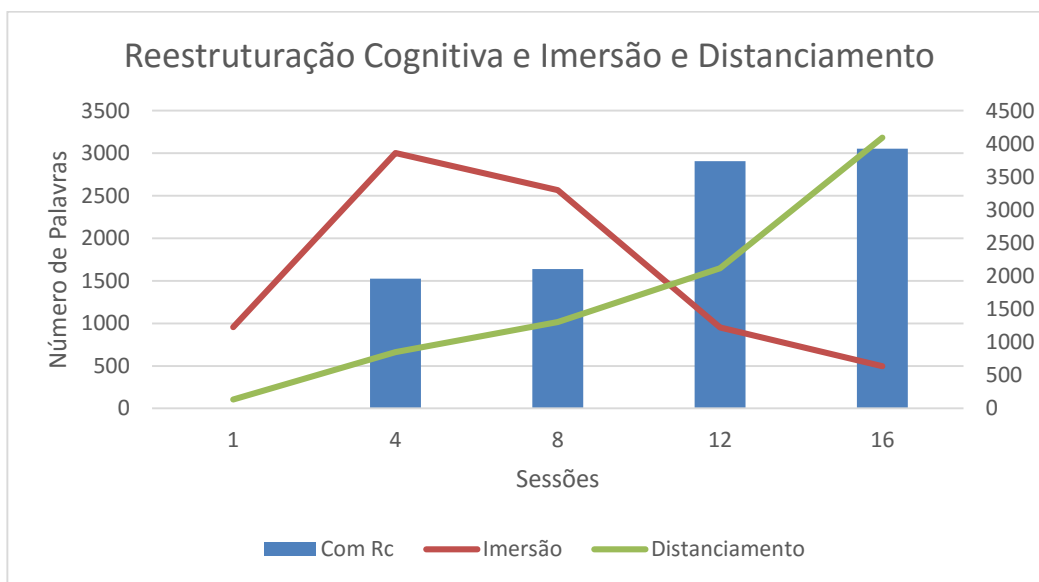
4.6.2. Perspetiva Imersa e Distanciada na tarefa de Reestruturação Cognitiva

A figura 6 tem como propósito ajudar a analisar como ocorreram a Imersão e o Distanciamento ao longo da Reestruturação Cognitiva.

Na observação da imagem verificou-se que a perspetiva distanciada seguiu a mesma tendência da Reestruturação Cognitiva ao longo do processo terapêutico. De acordo com esta observação, verificou-se uma correlação forte, positiva e estatisticamente significativa de ($\rho = 1, p = ,0001$), ou seja, quanto mais Reestruturação Cognitiva mais tempo foi gasto no discurso distanciado ou vice-versa.

No caso da Imersão não houve correlação estatisticamente significativa ($\rho = -0,7, p = ,101$).

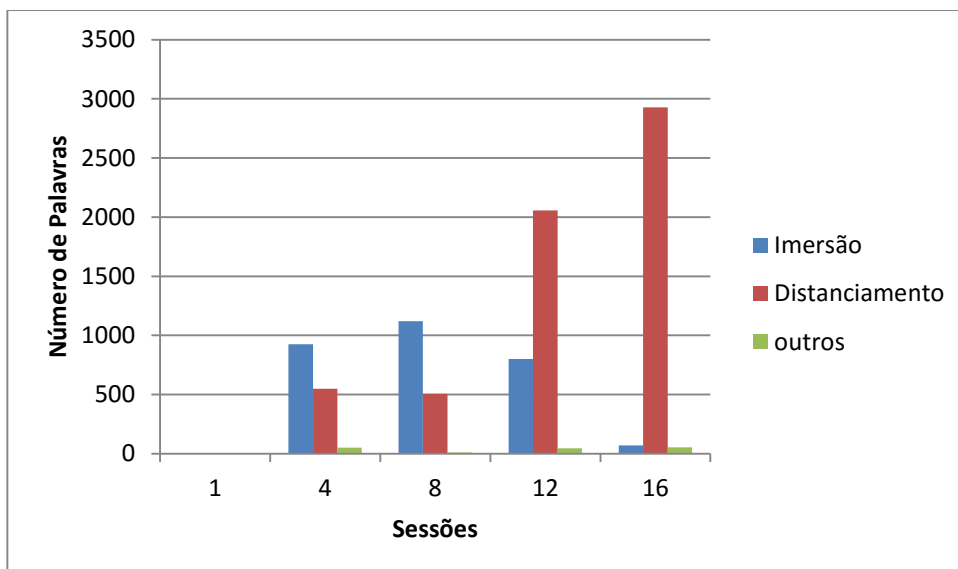
Figura 6 – Evolução da perspetiva Imersa e Distanciada na Reestruturação Cognitiva



Nota: RC = Reestruturação Cognitiva

Na figura 7 pode-se observar como evoluíram a perspectiva imersa e distanciada nos momentos de Reestruturação Cognitiva nas sessões analisadas. Desta forma, nas sessões 4 e 8 verificou-se que a cliente teve um discurso, sobretudo, imerso na maior parte do tempo em que esteve envolvida na Reestruturação Cognitiva. Contrariamente, a partir da sessão 12 até ao final do processo a cliente despende substancialmente mais tempo em discurso distanciada. De acordo com o teste de correlação de Spearman Rho, existe uma relação significativamente positiva, entre a tarefa de Reestruturação Cognitiva e o distanciamento produzido ao longo desta tarefa terapêutica ($\rho = 0,9, p = 0,017$). Já no caso da imersão produzida nos momentos de Reestruturação Cognitiva, não foi encontrada relação significativa ($\rho = 0,1, p = ,446$).

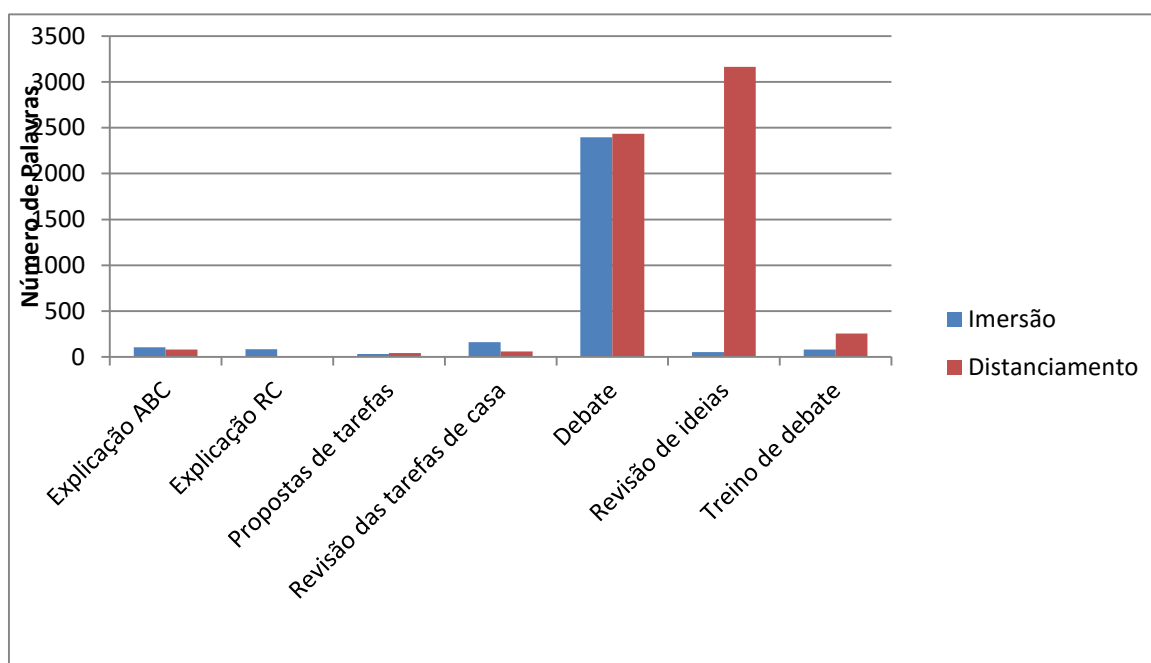
Figura 7 – Evolução da perspectiva Imersa e Distanciada dentro da tarefa de Reestruturação Cognitiva ao longo do processo terapêutico



Através da figura 8 consegue-se visualizar como se comportou a perspectiva imersa e distanciada em cada um dos procedimentos de Reestruturação Cognitiva.

Nos momentos em que a cliente esteve envolvida nos procedimentos de explicação ABC, explicação de Reestruturação Cognitiva e Revisão de tarefas de casa, utilizou um discurso, sobretudo, imerso. Inversamente, nos momentos em que a cliente esteve envolvida nos procedimentos de Debate, Revisão de ideias e Treino de debate, utilizou um discurso, sobretudo, distanciado.

Figura 8 – Imersão e Distanciamento nos Procedimentos de Reestruturação Cognitiva



A figura 9 pretende ilustrar como evoluem as sub categorias de imersão e do distanciamento em cada procedimento de reestruturação cognitiva.

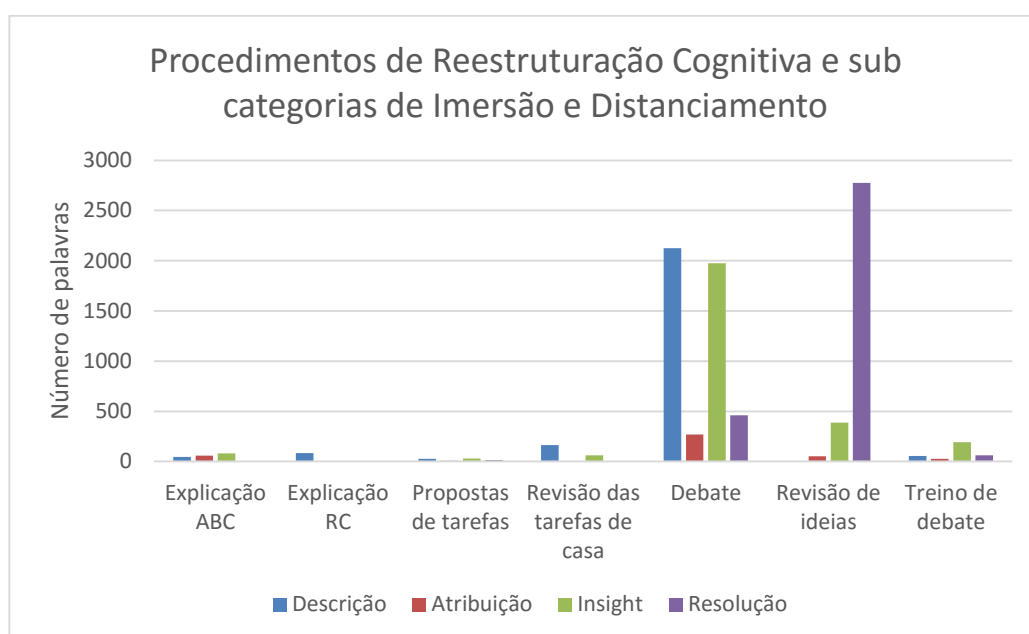
Nesta figura, observa-se que em relação à Explicação ABC e à Explicação da Reestruturação Cognitiva, as sub categorias onde a cliente gastou mais tempo foram na descrição, atribuição e de Insight.

No procedimento de Revisão de Tarefas de Casa verifica-se que maior parte do tempo do discurso da cliente foi despendido nas sub categorias de Descrição e de Insight.

Quanto ao procedimento de Debate, a cliente gastou mais tempo nas sub categorias de Descrição e Insight.

Em relação ao procedimento de Revisão de Ideias verifica-se que maior parte do tempo gasto neste procedimento foi sob a forma de Resolução. E por último, no treino de debate verifica-se que a cliente despendeu tempo em todas as sub categorias, porém a mais saliente foi o Insight.

Figura 9 – Sub Categorias de Imersão e Distanciamento nos procedimentos de Reestruturação Cognitiva



De um modo global, os resultados mostram que o Debate e a Revisão de ideias foram os procedimentos de reestruturação cognitiva em que a cliente esteve mais tempo envolvida. O Debate, especificamente, foi o procedimento onde a cliente despende mais tempo, verificando-se que tanto a perspectiva imersa como a perspectiva distanciada

apresentaram uma elevada relevância neste procedimento, a partir da Descrição e do Insight, respetivamente. De seguida são apresentados excertos ilustrativos da perspetiva imersa e distanciada no procedimento de Debate, representadas pelas suas sub categorias. A perspetiva imersa, a partir da descrição, encontra-se a sublinhado e a perspetiva distanciada, a partir do insight, encontra-se a negrito.

“T: Por exemplo. Pois é, então nisto o que é que nos causa tanta angústia? Porquê, que esta pessoa que eu não conheço, estive com ela três vezes, porque me causa tanta angústia se ela não gostar de mim? Assumindo que isto é verdade, ok, que este pensamento é verdadeiro

C: Vai pensar mal de mim

T: mm-hm. E se eu pensasse mal da Marta?

C: Nem é questão de gostar, acho eu

T: Ok pensar mal.

C: É pensar mal de mim.” (Sessão 4)

Em termos de perspetiva distanciada, os procedimentos de Reestruturação Cognitiva onde a cliente despendeu mais tempo foram no Debate e na Revisão de Ideias. No caso do procedimento de Debate segue um exemplo retirado do final da sessão 12 onde a cliente chega a um momento de Resolução:

“T: Marta o que é que lhe parece pensar até a próxima sessão, sobre os seus direitos? Porque nós tivemos aqui num processo, que a sensação, o que tenho foi que a Marta foi descobrindo que também tem alguns ou que começa assim a ponderar?

*C: **Pois eu nem sabia que tinha direitos (T: e neste momento?) e tinha apontado isto realmente não sabia o que era isto, vinha-me a cabeça.**” (Sessão 12)*

Relativamente ao procedimento de Revisão de Ideias, a cliente apresentou um discurso predominantemente distanciada, a partir, sobretudo, da resolução, nos momentos

em que este procedimento esteve presente. Segue um excerto ilustrativo do distanciamento no procedimento de revisão de ideias em que a cliente comprova a sua mudança, revendo as ideias previamente reestruturadas a partir da resolução. Este tipo de discurso encontra-se a negrito.

“T: E acha que hoje em dia que é diferente Marta quando pensa nos direitos?”

*C: **É, É, bastante diferente.***

*T: **Porque acho engraçado esta ligação que a Marta fez não é? Entre o eu como não reconhecia direitos, também não era assertiva não é? (C: exato) não podia ser, não podia defender os direitos se não acreditava neles, não é?***

*C: **Nunca, nunca, não estabelecia paralelo entre as duas coisas, era algo que, (T: algo estranho) que não conhecia simplesmente (T: mm-hm) mas agora consigo.***” (Sessão 16)

4.7. Discussão

O presente estudo teve como objetivo principal contribuir para a compreensão da evolução da perspectiva imersa e distanciada ao longo do processo terapêutico, bem como ocorrem estas perspectivas à medida que ocorre a tarefa de reestruturação cognitiva num caso de sucesso terapêutico em terapia Cognitivo - Comportamental. Os resultados apresentados neste estudo em relação à evolução da perspectiva imersa e distanciada ao longo do processo terapêutico corroboram os resultados apresentados nos estudos clínicos (Barbosa, Bento, et al., 2012; Barbosa, et al., 2013; Barbosa, Salgado, et al., 2012), ou seja, verificou-se que a imersão diminuiu ao longo das sessões analisadas, ao contrário do distanciamento que aumentou ao longo das mesmas sessões. Mais especificamente, os resultados mostraram que tanto a perspectiva imersa como a perspectiva distanciada encontram-se sempre presentes ao longo do processo terapêutico. A perspectiva imersa manteve-se superior à perspectiva distanciada até à sessão 12, sendo este o ponto de viragem, para um maior tempo despendido na perspectiva distanciada no discurso da cliente. Esta mudança de perspectiva perto do final do processo terapêutico pode sugerir que a perspectiva distanciada promove um distanciamento em relação aos pensamentos e facilitando assim a criação de novos significados e consequentemente sucesso terapêutico. Esta mudança também é congruente com o que os estudos clínicos sugerem (Barbosa, Bento, et al., 2012; Barbosa, et al., 2013; Barbosa, Salgado, et al., 2012).

De acordo com a evolução das sub categorias, parece que a cliente, inicialmente refletiu mais sobre a perspectiva imersa, descrevendo a experiência a partir de factos e emoções experienciadas (descrição e atribuição). A partir da sessão 4 a perspectiva distanciada tornou-se mais evidente e a cliente mostra-se mais capaz de momentos de insight e, posteriormente de resolução de problemática (closure).

Estes resultados sugerem que a perspectiva imersa é importante numa fase inicial para aceder à experiência e a perspectiva distanciada pode ser fundamental para a criação de novos significados, tal como os estudos clínicos sugerem (Barbosa, Bento, et al., 2012; Barbosa, et al., 2013; Barbosa, Salgado, et al., 2012). Estes resultados parecem coerentes com o modelo Cognitivo – Comportamental, visto que na fase inicial que se explora a experiência factual, para posteriormente chegar aos pensamentos automáticos, erros cognitivos e crenças que mantêm essa problemática com o objetivo de os alterar (Beck, 2011).

Em termos de sintomatologia, verificou-se uma relação estatisticamente positiva entre a imersão e a sintomatologia depressiva, o que sugere que quando a cliente despende menos tempo na perspectiva imersa, a sua sintomatologia depressiva também decresce, ou quando a sintomatologia depressiva desce a perspectiva imersa também diminui. É possível que a tarefa de Reestruturação Cognitiva possa estar implicada no aumento da capacidade da cliente refletir sobre a experiência segundo uma perspectiva distanciada. Assim, com a presença de maior distanciamento, e conseqüentemente menor imersão, resultou numa diminuição da sintomatologia depressiva.

Relativamente à Reestruturação Cognitiva, esta tarefa terapêutica ocorreu de acordo com o esperado para um caso de sucesso terapêutico. Verificou-se que a referida tarefa esteve presente em 54,3% do tempo despendido do discurso da cliente, o que representa uma percentagem considerável do tempo da sessão. Além disso, na sessão 1 não houve Reestruturação Cognitiva, surgindo na sessão 4, tendo aumentado a sua ocorrência até ao final da terapia.

Estes resultados parecem consistentes com o modelo terapêutico, uma vez que a tarefa de Reestruturação Cognitiva é das tarefas terapêuticas mais usadas em terapia, nomeadamente nesta problemática (depressão), pois visa a criação de pensamentos

adaptativos, objetivo principal da terapia. Adicionalmente, de acordo com o protocolo de intervenção na depressão de terapia Cognitivo – Comportamental (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979), o terapeuta dedica a sessão para a avaliação cognitiva, comportamental e social, não sendo, assim, esperada tarefas de intervenção numa primeira sessão. Ainda de acordo com o protocolo, esta tarefa vai sendo introduzida gradualmente de modo a permitir ao cliente uma melhor aprendizagem da técnica e este poder testa-la no seu dia-a-dia. Neste sentido é esperado um aumento do envolvimento da cliente nesta tarefa ao longo das sessões.

A partir da sessão 12, coincidindo com a mudança de perspectiva imersa para distanciada, a tarefa de Reestruturação Cognitiva esteve presente em maior tempo ao longo do discurso da cliente. Além disso, foi encontrada uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a Reestruturação Cognitiva e o distanciamento global da sessão. Isto sugere que quanto mais Reestruturação Cognitiva houver, mais tempo a cliente despende na perspectiva distanciada, ou seja maior capacidade em refletir sobre a experiência segundo uma perspectiva de observador.

Em termos de procedimentos de Reestruturação Cognitiva também a forma como evoluíram ao longo das sessões assinaladas foi de encontro ao esperado. Os procedimentos de Explicação ABC e Explicação da Reestruturação Cognitiva só aparecem na sessão 4, pois é esta a primeira sessão onde começa a tarefa de Reestruturação Cognitiva, pois segundo o protocolo a primeira sessão serve para exploração das problemáticas apresentadas, fornecer à cliente informações acerca do racional teórico e explicar em que consiste o trabalho terapêutico ao longo das sessões (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). Os procedimentos de Propostas de tarefas de casa e de revisão dessas mesmas tarefas estiveram presentes nas sessões 8 e 12, mais uma vez faz tudo o sentido pois as tarefas de casa são aplicadas entre sessões, e costumam ser

debatidas com a cliente e revista na sessão seguinte (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979), logo estes resultados vão de acordo com o rigor destes dois procedimentos. O Debate é aquele em que a cliente gasta mais tempo da sessão 4 até há sessão 12, sendo que na sessão 16 o que predomina é a Revisão de Ideias. Como se sabe é na fase de Debate que se disputam crenças, pensamento automáticos e erros cognitivos, com o objetivo de chegar a novas perspectivas, culminando posteriormente em mudança terapêutica (Dobson, 2010). Na sessão 16 predomina o procedimento de Revisão de ideias, pois é nele que se faz um apanhado das ideias já reestruturadas. Logo, faz todo o sentido num caso de sucesso, este ser predominante no discurso da cliente, visto ser uma última sessão. Já o procedimento de Treino de debate só aparece na última sessão pois tem como objetivo treinar a cliente para o futuro, com vista a aplicar as técnicas que aprendeu ao longo do processo terapêutico no seu dia-a-dia.

Em relação aos resultados sobre a perspectiva imersa e a distanciada nos diferentes procedimentos de Reestruturação Cognitiva sugerem que ambas as perspectivas são uteis nesta tarefa terapêutica, uma vez que as duas perspectivas estiveram presentes em todos os procedimentos. Nos procedimentos iniciais, ou seja, na Explicação ABC, na Explicação de Reestruturação Cognitiva, nas Propostas de tarefas de casa e na Revisão de tarefas de casa, a imersão parece ser mais útil pois é nesta fase em que a cliente relata a sua experiência. Provavelmente, ao rever essas tarefas a cliente precise de um discurso centrado em atribuições e descrições de como foi a sua experiência nessas tarefas propostas para aplicar no seu dia-a-dia. Nesta fase estar em contato com a experiência parece importante para que se identifique os pensamentos automáticos e erros cognitivos que promovem certos comportamentos. No caso do procedimento de Debate, ambas as perspectivas são uteis, apresentando valores aproximados de perspectiva imersa (descrição) e distanciada (insight). Estes resultados podem sugerir e corroborar os anteriores estudos

clínicos que dizem que ambas as perspectivas são importantes para a mudança terapêutica (Barbosa, Bento, et al., 2012; Barbosa, et al., 2013; Barbosa, Salgado, et al., 2012), pois este procedimento é onde se tentam modificar pensamentos, erros cognitivos e crenças irracionais. De acordo com os resultados referentes às subcategorias nesta fase e os exemplos apresentados, é possível numa fase inicial deste processo a cliente despendeu mais tempo a descrever pensamentos irracionais, focando a sua experiência segundo a sua própria perspectiva. Posteriormente e com o decorrer do debate, a cliente desenvolveu a capacidade de refletir sob a experiência de acordo com a perspectiva distanciada, sendo capaz de ganhar insight, o que pode ter sido útil para a criação de novas alternativas ao pensamento. Já no caso dos procedimentos de, Revisão de ideias e Treino de debate, a perspectiva distanciada prevaleceu, o que sugere que este procedimento implique uma perspectiva mais abrangente e distanciada da crença inicial. Na Revisão de ideias as subcategorias com maior predominância foram o Insight e, sobretudo, a Resolução (distanciamento). O Insight pois a cliente já consegue consolidar pensamentos, sentimentos e comportamentos para ações futuras com base nas suas experiências anteriores. Quanto à Resolução parece espektável pois nesta fase já conseguiu aceder à sua experiência numa perspectiva mais complexa e demonstrando assim novas compreensões sobre a mesma experiência.

E por fim, no Treino de debate tem predominância o insight, pois a cliente já manifesta o desejo de novas compreensões para lidar com a experiência no futuro, nesta fase é favorável este Insight uma vez que a cliente já conseguiu fazer ponte entre os seus sentimentos e comportamentos no início do processo terapêutico e a mudança que daí ocorreu até à fase final do processo.

Assim sendo, é possível que pessoas deprimidas em Terapia Cognitivo – Comportamental, aumentem a capacidade de distanciamento ao longo do processo terapêutico à medida que ocorre a Reestruturação Cognitiva.

5. Conclusão, Limitações e Direções Futuras

Este estudo de caso revela-se pertinente devido à inexistência de estudos que associem a perspetiva imersa e distanciada à tarefa mais importante de todo o modelo Cognitivo – Comportamental, a Reestruturação Cognitiva.

Os resultados obtidos neste trabalho vão de encontro aos resultados dos estudos clínicos, ou seja, a imersão e o distanciamento estão presentes ao longo de todo o processo terapêutico, e ambos parecem ser importantes para a mudança cognitiva. Concluiu-se que pessoas deprimidas são capazes de se distanciarem à medida que ocorre a Reestruturação Cognitiva. Assim, comprova-se que o modelo teórico Cognitivo – Comportamental, mais especificamente a tarefa de Reestruturação Cognitiva, promove a perspetiva distanciada, podendo isto levar a menos imersão e, conseqüentemente, a uma redução da sintomatologia depressiva.

Como limitações do presente estudo pode-se referir que é redutor a utilização de um só caso, pois causa entraves em termos de generalização dos resultados. Este facto também pode causar constrangimentos em termos das correlações pois não indicam o seu sentido, pois existe a possibilidade da sintomatologia descer e isso ajudar a diminuir a imersão porque o indivíduo deixa de se focar nos sintomas negativos.

Em termos de direções futuras pode-se apontar que seria de bastante interesse um estudo de caso de insucesso para perceber como a perspetiva imersa e distanciada se comportariam na Reestruturação Cognitiva. Como possíveis resultados desconfia-se que a terapeuta não consiga progredir na tarefa de Reestruturação Cognitiva, não criando distanciamento suficiente para uma reflexão mais adaptativa.

Além disso, também seria promissor investigar como evoluiriam a perspectiva imersa e distanciada em outros modelos terapêuticos, como por exemplo a Terapia Narrativa e em outras psicopatologias.

6. Referência Bibliográficas

- Ayduk, O., & Kross, E. (2010). 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. (2010). From a distance: Implications of Spontaneous Self-Distancing for adaptive Self-reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98 (5), 809-829.
- Bahls, S. C., & Navolar, A. B. B. (2004). Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. *Psicologia UPT on line*, 4.
- 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., Lourenço, P., Amendoeira, M., Gouveia, J., & Salgado, J. (2012). *Inmersión, distanciamiento y activación emocional en casos de éxito de terapia focalizada en la emoción y terapia cognitivo-conductual*. Comunicação apresentada no VI Congresso Internacional de Psicologia Clínica, Santiago de Compostela, Espanha.
- 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.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression* Guilford. *New York*.

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

Beck, T., & Levine, R. (1999). *A new database on financial development and structure* (Vol. 2146). World Bank Publications.

Borckardt, J. (2006). *Simulation modeling analysis: Time series analysis program for short time series data streams* (version 8.3.3). Charleston: Medical University of South Carolina.

Borckardt, J., Nash, M., Murphy, M., Moore, M., Shaw, D., & O'Neil, P. (2008). Clinical practice as natural laboratory for psychotherapy research. *American Psychologist*, *63*, 1-19.

Brewin, C. R. (1989). Cognitive change processes in psychotherapy. *Psychological review*, *96*(3), 379.

- Brown, T. A., Antony, M. M., Cote, G., & Barlow, D. H. (1992). Cognitive-behavioral treatment of panic disorder: Impact and course of comorbid diagnoses. In *annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Boston*.
- Calero Elvira, A. (2009). *Análisis de la interacción entre terapeuta y cliente durante la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva* [Analysis of interaction between therapist and client during the application of the cognitive restructuring technique] (Unpublished doctoral dissertation). Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, Spain.
- Castro, J. (2014). *Evolução do discurso imerso e distanciado: Comparação entre resultados terapêuticos contrastantes em terapia focada nas emoções e terapia cognitivo-comportamental (Tese de mestrado)*. Instituto Universitário da Maia, Maia
- Coelho, R., Martins, A., & Barros, H. (2002). Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertained by the Beck Depression Inventory II. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 17(4), 222–226.
- Cohen, L. H., Gunthert, K. C., Butler, A. C., Parrish, B. P., Wenzel, S. J., & Beck, J. S. (2008). Negative affective spillover from daily events predicts early response to cognitive therapy for depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(6), 955.

- Dobson, K. (2010). *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. New York, NY: The Guilford Press.
- Hill, C., Knox, S., Thompson, B., Williams, E. N., Hess, S., & Ladany, N. (2005). Consensual Qualitative Research: An Update. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 196-205.
- 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.
- Johnco, C., Wuthrich, V. M., & Rapee, R. M. (2014). The influence of cognitive flexibility on treatment outcome and cognitive restructuring skill acquisition during cognitive behavioural treatment for anxiety and depression in older adults: Results of a pilot study. *Behaviour research and therapy*, 57, 55-64.
- Knapp, P. (2008). *Terapia Cognitivo – Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- 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, E., & Ayduk, O. (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.
- Kross, E., & Ayduk, O. (2009). Boundary conditions and buffering effects: Does depressivesymptomology moderate the effectiveness of self-distancing for facilitating adaptive emotional analysis? *Journal of Research in Personality*, 43, 923-927.
- Kross, E., & Ayduk, O. (2011). Making meaning out of negative experiences by Selfdistancing. *Current Directions in Psychological Science*, 20 (187), 187-191.
- 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. (2009). When the self becomes other: Toward an integrative understanding of the processes distinguishing adaptive Self-reflection from rumination. *Values, Empathy, and Fairness across Social Barriers: Annals of the New York Academy of Sciences*, 1167, 35-40.
- Lambert, M. (2012). The Outcome Questionnaire-45. *Integrating Science and Practice*, 2 (2), 24-27.

- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(4), 569–582.
- Parga, M., Elvira, A & Fidalgo, Montserrat. (2008). Analysis of the therapist's verbal behavior during cognitive restructuring debates: A case study. *Psychotherapy Research, 19*(1), 30-41. doi: 10.1080/10503300802326046
- Parga, M., Elvira, A & Fidalgo, Montserrat. (2008). Study of the Socratic Method During Cognitive Restructuring. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 18*, 110–123. doi: 10.1002/cpp.676
- Powell, V., Abreu, N., Oliveira, Irismar & Sudak, D. (2008). *Terapia cognitivo-comportamental da depressão*. Rev Bras Psiquiatr. 2008;30(Supl II):S73-80
- Stiles, W. B. (2001). Assimilation of problematic experiences. *Psychotherapy: Theory*.
- 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.
- Wenzel, A. (2013). *Strategic Decision Making in Cognitive Behavioral Therapy*. American Psychological Association. doi:10.1037/14188-005
- Whisman, M. A. (1993). Mediators and moderators of change in cognitive therapy of depression. *Psychological Bulletin, 114*(2), 248.

Wolgast, M., Lundh, L. G., & Viborg, G. (2013). Cognitive restructuring and acceptance: an empirically grounded conceptual analysis. *Cognitive therapy and research*, 37(2), 340-351.