



José Daniel Ferreira Nunes Barbosa de Castro

**Evolução do discurso imerso e distanciado: Comparação entre resultados terapêuticos contrastantes em terapia focada nas emoções e terapia cognitivo-comportamental**

**Dissertação de Mestrado em  
Psicologia Clínica e da Saúde**

Orientação: **Professor Doutor João Salgado**

Outubro, 2014



José Daniel Ferreira Nunes Barbosa de Castro Nº20666

**Evolução do discurso imerso e distanciado: Comparação entre resultados terapêuticos contrastantes em terapia focada nas emoções e terapia cognitivo-comportamental**

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação do Professor Doutor João Salgado

Outubro, 2014

*À minha mãe. Por tudo.*

## **Agradecimentos**

O cenário é de celebração. Imagine um cortejo, andores, bandas filarmónicas, fogo-de-artifício. Imagine as pessoas a passearem pelas ruas a admirar a iluminação e os adornos festivos. Ouve-se música em toda a parte, o reboiço das pessoas, as crianças a brincar. É dia de festa! E nestes dias ninguém pensa em problemas. A escrita destes agradecimentos é, analogamente, um dia de festa. Os problemas não se apresentam aqui hoje e isto porque, apesar de não ter comigo uma banda filarmónica ou fogo-de-artifício, tive ao longo deste ano letivo quem funcionasse do mesmo modo, fazendo esquecer os problemas e disponibilizando sempre ajuda. Em primeiro lugar (sempre) à minha mãe por todas as razões e mais algumas, nunca, sem ela, isto teria acontecido. À minha irmã que ambiciona sempre mais e transporta essa vontade para todas as pessoas que a rodeiam. Obrigatoriamente, à Dra. Eunice pelo incansável e constante apoio. Ao Doutor João Salgado por toda a ajuda na realização desta tese. À minha amiga Catarina Lapa, porque tudo se torna mais fácil quando estou com ela. À Patrícia Moura pelas respostas às mensagens com dúvidas durante a madrugada. À minha avó, sem ela esta tese não existia. Ao Manuel Ferreira pelo apoio quando mais era preciso. E a todos os outros meus amigos que me vão ajudando quanto mais não seja por me fazerem pensar noutras coisas. Um gigantesco obrigado a todos! Celebremos!

## RESUMO

O presente estudo debruça-se sobre a perspectiva cognitiva utilizada durante a autoanálise das experiências emocionais negativas e o efeito que tal perspectiva tem no bem-estar do sujeito. De acordo com diversos estudos experimentais, a perspectiva distanciada sobre este tipo de experiências está associada a benefícios físicos e psicológicos, ao contrário da perspectiva imersa que pode conduzir a processos de ruminação e a estados sintomatológicos mais severos. Contudo, estudos recentes de casos de sucesso terapêutico sugerem que ambas as perspectivas contribuem para a mudança na depressão. Dada a escassez de estudos clínicos nesta área, bem como a necessidade de esclarecer o papel destas duas perspectivas em psicoterapia, o presente estudo tem como intuito analisar a evolução da imersão e do distanciamento em quatro casos clínicos, comparando casos de sucesso e de insucesso de duas psicoterapias contrastantes (Terapia Focada nas Emoções e Terapia Cognitivo-Comportamental). Para tal, foram aplicadas a medida do discurso imerso e distanciado, bem como medidas de resultado (BDI-II). Os resultados demonstram a existência de um padrão na utilização destas duas perspectivas ao longo do processo terapêutico. Nos casos de sucesso a utilização da perspectiva imersa vai diminuindo ao longo do processo terapêutico, em consonância com o aumento da utilização da perspectiva distanciada. Nos casos de insucesso parece existir estabilidade ao longo do processo terapêutico observando-se uma maior utilização da perspectiva imersa. Deste modo, a perspectiva imersa e distanciada parecem ser dois processos importantes e necessários durante o processo psicoterapêutico.

**Palavras-Chave:** perspectiva imersa; perspectiva distanciada; MDID; terapia focada nas emoções; terapia cognitivo-comportamental

## ABSTRACT

The present study focus on the cognitive perspective that people adopt when reflecting over negative feelings and the effects caused by adopting such perspective. Two types of perspectives have been referred in previous studies, self-immersed and self-distancing. According to various experimental studies, the self-distancing perspective is associated with physical and psychological benefits, while the self-immersed perspective has been linked to rumination processes and with more severe symptomatology. However, recent studies with good outcome cases in psychotherapy suggest that both perspectives contribute to change in depression. Due to the lack of clinical studies in this field, as well as the need to clarify the role of these two perspectives in psychotherapy, the present study has the objective of analyzing the evolution of the self-immersed and self-distancing perspective in four clinical cases comparing the outcome of the process and two distinct perspectives (Emotion-Focused Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy). For that the Measure of Immersed and Distanced Speech and the BDI-II were applied. Results demonstrate a pattern in psychotherapy about the utilization of the two perspectives. In the 2 clinical cases of good outcome, the use of the self-immersed perspective tends to reduce, and the use of the self-distanced perspective tends to grow. In the 2 cases of poor outcome, the use of the self-immersed perspective seems to be stable during all the psychotherapy process. The 2 perspectives seem to be important and necessary during the psychotherapy process.

**Key-words:** Self-immersed; Self-distancing; MIDS; Emotion-focused Therapy, Cognitive-behavioral Therapy

## Índice

Introdução	1
Capítulo I – Perspetiva imersa e distanciada	3
1.1. Conceitos principais	3
1.2. Imersão, distanciamento e seus eventuais efeitos na ruminação e bem-estar	4
1.3. Distinção entre distanciamento e evitamento	5
1.5. Imersão e distanciamento na Perturbação Depressiva Major	8
1.6. Distanciamento e imersão em diferentes modelos terapêuticos	11
1.6.1. Terapia Focada nas Emoções	12
1.6.2. Terapia Cognitivo-Comportamental	12
Capítulo II – Estudo Empírico	13
2.1. Questão de partida e objetivos do presente estudo	13
2.2. Método	14
2.2.1. Participantes	14
2.2.1.2. Clientes.	14
2.2.1.3. Terapeutas.	15
2.2.1.4. Investigadores.	16
2.3. Medidas	16
2.3.1. Medidas de resultado	16
2.3.1.1. Beck Depression Inventory – II (BDI-II) aferido para a população Portuguesa (Coelho, Martins & Barros, 2002).	16
2.3.1.2. Outcome Questionnaire-45 (OQ-45.2)	17
2.3.2. Medidas de processo	17
2.3.2.1. Medida de Discurso Imerso e Distanciado (MDID; adaptado de Ayduk & Kross, 2010a por Barbosa, et al, 2012).	17

2.4. Procedimentos e fidelidade	18
2.4.1. Definição dos problemas clínicos	18
2.4.2. Codificação dos problemas clínicos.	19
2.4.3. Análise dos resultados.	20
2.5. Resultados	20
2.5.1. Evolução do discurso imerso e distanciado em casos de sucesso em TFE e TCC	20
2.5.1.1. Relação entre a sintomatologia depressiva e os tipos de discurso em casos de sucesso	22
2.5.1.2. Evolução das subcategorias do discurso imerso e distanciado em casos de sucesso	23
2.5.2. Evolução do discurso imerso e distanciado em casos de insucesso em TFE e TCC	25
2.5.2.1. Comparação entre casos de sucesso e de insucesso da evolução do discurso imerso e distanciado	27
2.5.2.2. Relação entre a sintomatologia depressiva e os tipos de discurso em casos de insucesso	27
2.5.2.3. Evolução das subcategorias do discurso imerso e distanciado em casos de insucesso	29
2.5.2.4. Comparação entre casos de sucesso e de insucesso das subcategorias do discurso imerso e distanciado.	30
2.6. Discussão	31
2.7. Conclusão	36
2.8. Limitações e direções futuras	37
Referências bibliográficas	38

## **Índice de tabelas**

Tabela 1 - Descrição da sintomatologia, resultado terapêutico e terapia dos casos analisados	15
Tabela 2 - Categorias da Medida de Discurso Imerso e Distanciado.....	18

## Índice de figuras

Figura 1 - Evolução do Discurso Imerso e Distanciado num caso de sucesso em TFE.....	21
Figura 2 - Evolução do Discurso Imerso e Distanciado num caso de sucesso em TCC.....	21
Figura 3- Evolução do Discurso Imerso e Distanciado e da sintomatologia num caso de sucesso em TFE.....	22
Figura 4- Evolução do Discurso Imerso e Distanciado e da sintomatologia num caso de sucesso em TCC.....	23
Figura 5- Evolução das Subcategorias do Discurso Imerso e Distanciado num caso de sucesso em TFE.....	24
Figura 6- Evolução das Subcategorias do Discurso Imerso e Distanciado num caso de sucesso em TCC.....	25
Figura 7 - Evolução do Discurso Imerso e Distanciado num caso de insucesso em TFE.....	26
Figura 8 - Evolução do Discurso Imerso e Distanciado num caso de insucesso em TCC.....	26
Figura 9 - Evolução do Discurso Imerso e Distanciado e da sintomatologia num caso de insucesso em TFE.....	28
Figura 10 - Evolução do Discurso Imerso e Distanciado e da sintomatologia num caso de insucesso em TCC.....	28
Figura 11 - Evolução das Subcategorias do Discurso Imerso e Distanciado num caso de insucesso em TFE.....	29
Figura 12 - Evolução das Subcategorias do Discurso Imerso e Distanciado num caso de insucesso em TCC.....	30

## Introdução

Investigação recente tem vindo a debruçar-se sobre a perspetiva cognitiva usada durante a autoanálise das experiências emocionais e o efeito que tal perspetiva tem no bem-estar do sujeito. Os estudos têm caracterizado a análise da experiência segundo duas perspetivas, designadamente, imersa e distanciada (Kross, Ayduk, & Mischel, 2005). A perspetiva imersa caracteriza-se por uma análise da experiência emocional na primeira pessoa, com foco no detalhe e uma descrição sequencial do evento. A perspetiva distanciada implica uma autoanálise das experiências emocionais na perspetiva de observador, vendo o *self* como parte integrante do contexto. Esta autoanálise da experiência emocional na terceira pessoa é habitualmente vista como favorecendo a reconstrução da situação e a atribuição de novos significados (Ayduk & Kross, 2010a, 2010b; Kross & Ayduk, 2008, 2009, 2011; Kross, et al., 2005; Kross, Duckworth, Ayduk, Tsukayama, & Mischel, 2011; Kross, Gard, Deldin, Clifton, & Ayduk, 2012; Verduyn, Van Mechelen, Kross, Chezzi, & Van Bever, 2012).

Os estudos experimentais têm demonstrado uma associação entre o aumento do afeto negativo e a utilização de uma perspetiva imersa, sendo que a utilização da perspetiva distanciada tem sido associada a uma diminuição do afeto negativo (Ayduk & Kross, 2010a, 2010b; Kross & Ayduk, 2008, 2009, 2011; Kross, et al., 2005; Kross et al., 2011; Kross et al., 2012; Verduyn, et al., 2012).

No entanto, escasseiam estudos clínicos acerca destas duas perspetivas. Estudos clínicos já realizados centraram-se quer na associação entre a imersão e o distanciamento na sintomatologia, quer na evolução da perspetiva imersa e distanciada ao longo da terapia, nomeadamente em casos de depressão (Barbosa, Bento, Amendoeira, Mendes, Gouveia, & Salgado, 2011; Barbosa, Lourenço, Amendoeira, Gouveia, & Salgado, 2011; Barbosa, Salgado, Ferreira, Lourenço, & Pinto, 2012; Couto, 2013; Silva, 2013). Os

poucos estudos realizados demonstram uma constante presença da perspectiva imersa ao longo do processo terapêutico quer em casos de sucesso, quer em casos de insucesso. Porém, ao longo do processo é detetada uma diminuição da utilização da perspectiva imersa e um aumento da utilização da perspectiva distanciada (Barbosa, Bento, et al., 2011; Barbosa, Lourenço, et al., 2011; Barbosa, et al., 2012; Couto, 2013; Silva, 2013). Esta constatação indicia uma coexistência destes dois tipos de perspectiva, o que contrasta com os resultados dos estudos experimentais, principalmente no que concerne à importância papel da imersão. Segundo os estudos clínicos, a utilização da perspectiva imersa parece ser necessária numa fase inicial do processo terapêutico, permitindo ao sujeito entrar em contacto com a experiência emocional e uma progressiva capacidade para adotar uma perspectiva distanciada de modo a promover insight e a resolução dos problemas clínicos (Barbosa, Bento, et al., 2011; Barbosa, Lourenço, et al., 2011; Barbosa, et al., 2012; Couto, 2013; Silva, 2013). Além disso, no final dos processos de sucesso terapêutico também permanece a existência de níveis elevados de imersão, demonstrando que a sua presença não gera necessariamente sintomas com intensidade clínica.

Perante a carência de estudos clínicos sobre a perspectiva imersa e distanciada no processo terapêutico, bem como alguma discrepância entre os estudos clínicos e os estudos experimentais, torna-se pertinente a realização de mais estudos de casos clínicos acerca destas duas perspectivas que ajudem a clarificar o potencial da imersão e do distanciamento em terapia e a sua relação com o resultado. Particularmente, um conjunto de terapias validadas empiricamente apresentam estratégias que promovem o foco na experiência emocional (e.g., a terapia focada nas emoções), pelo que importa assim esclarecer o papel da imersão e do distanciamento também nestas terapias.

Deste modo, o presente estudo tem como objetivo esclarecer a evolução da perspectiva imersa e distanciada no processo terapêutico quer em casos de sucesso e

insucesso, quer em terapias distintas com o intuito de compreender se existem diferenças no padrão da evolução da perspectiva imersa e distanciada ao longo do processo consoante o resultado terapêutico e o tipo de terapia adotada.

## **Capítulo I – Perspetiva imersa e distanciada**

### **1.1. Conceitos principais**

Recentemente a investigação tem vindo a debruçar-se sobre os constructos de imersão e distanciamento com o intuito de perceber qual destas perspetivas será um maior facilitador da análise da experiência emocional (Ayduk & Kross, 2010a, 2010b; Kross, 2009; Kross & Ayduk, 2009, 2011; Kross et al., 2005). Segundo Kross e colaboradores (2012) o distanciamento refere-se a uma perspetiva onde o sujeito observa e analisa a sua experiência emocional na terceira pessoa. Um exemplo deste tipo de discurso distanciado é “até pode ter sido irracional mas eu compreendo a motivação dele” (Kross et al., 2005). A imersão, segundo estes autores, caracteriza-se por um discurso onde o sujeito relata na primeira pessoa a sua experiência emocional, por exemplo “Eu fui até ao topo das escadas e chorei durante muito tempo” (Kross et al., 2005). Desta forma, a imersão é uma perspetiva que envolve uma descrição detalhada e sequencial da situação e dos sentimentos. O distanciamento, como referido, promove novas compreensões sobre as causas dos pensamentos e emoções (Ayduk & Kross, 2010a, 2010b; Kross, 2009; Kross & Ayduk, 2009, 2011; Kross, et al, 2005). Assim, segundo Kross (2009), o distanciamento promove uma reconstrução do evento, enquanto a imersão promove o recontar da história. Esta reconstrução da história e estas novas compreensões sobre a situação em causa fazem com que o sujeito rompa com a noção que as emoções são factos e as encare como acontecimentos mentais passíveis de serem alterados (Kross et al, 2012).

## 1.2. Imersão, distanciamento e seus eventuais efeitos na ruminação e bem-estar

Normalmente, quando o sujeito tenta analisar a sua experiência emocional fá-lo através de uma perspectiva imersa, o que pode originar um processo de ruminação (Ayduk & Kross, 2010a; Grossman & Kross, 2010; Verduyn et al., 2012) Segundo Nolen-Hoeksema (1991), a ruminação é um processo onde existe um conjunto de comportamentos e pensamentos que impedem o indivíduo de se abstrair do seu estado emocional atual. Um sujeito num processo de ruminação foca-se repetitivamente nas causas, sentimentos e consequências dos seus sintomas. Este processo suscita pensamentos como “eu sou um falhado” que mantêm ou exacerbam o problema (Nolen-Hoeksema, 1991) e aumentam o afeto negativo (Ayduk & Kross, 2010). Portanto, a adoção de uma perspectiva imersa, i.e., o foco no recontar e na descrição sequencial da situação “através dos olhos do sujeito” (Kross et al., 2012), torna-o vulnerável à ruminação devido ao foco nos seus próprios sentimentos (Kross, 2009) aumentando a acessibilidade a outros pensamentos e emoções negativas (Nolen-Hoeksema, 1991; Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008). Porém, é necessário o foco e a confrontação das emoções negativas para facilitar o  *coping*  adaptativo e o ajustamento psicológico a longo prazo (Ayduk & Kross, 2010). Deste modo, são necessárias estratégias para analisar as experiências negativas que não desencadeiem um processo de ruminação. A mudança para uma perspectiva distanciada tem sido associada a um processamento emocional que espoleta menos afeto negativo que a ruminação (Ayduk & Kross, 2008; Kross & Ayduk, 2005). Assim, Ayduk e Kross (2010) sugerem a mudança para uma perspectiva distanciada como uma estratégia para analisar os sentimentos sem se entrar num processo de ruminação. Vários estudos têm demonstrado esta diminuição do afeto negativo após uma análise da experiência negativa através de uma perspectiva

distanciada (Ayduk & Kross, 2010a, 2010b; Kross, 2009; Kross & Ayduk, 2008, 2009, 2011; Kross, et al., 2005).

Outros fatores associados à perspectiva imersa são a ativação cardiovascular e fisiológica que podem ter implicações no bem-estar físico do sujeito (Kross & Ayduk, 2008). Kross e Ayduk (2008) testaram os efeitos da mudança de perspectiva na tensão arterial. Os resultados deste estudo demonstram que a análise de experiências negativas quando realizada através de uma perspectiva distanciada diminui a tensão arterial (Kross & Ayduk, 2008). No estudo de Kross e colaboradores (2005) também é feita uma análise relativa aos níveis de intensidade das emoções negativas sentidas durante a experiência. Os resultados demonstram também que a análise através de uma perspectiva distanciada diminui a reatividade emocional. A perspectiva distanciada na análise de experiências emocionais negativas parece indicar que esta perspectiva diminui os efeitos fisiológicos negativos, o afeto negativo, bem como a reatividade emocional (Kross & Ayduk, 2008; Kross et al., 2005). Deste modo, a perspectiva distanciada pode permitir que o sujeito analise a sua experiência emocional sem entrar num processo de ruminação, aumentando assim o bem-estar físico e psicológico.

### **1.3. Distinção entre distanciamento e evitamento**

No entanto, importa também diferenciar uma perspectiva distanciada de uma estratégia de evitamento. As estratégias de evitamento também são capazes de reduzir o mal-estar a curto prazo (Nolen-Hoeksema, 1991). No entanto, não permitem que o sujeito analise a sua experiência emocional e lhe atribua um significado como a análise através de uma perspectiva distanciada (Kross & Ayduk, 2008; Kross et al., 2005). O evitamento tem-se, assim, demonstrado como um processo diferente da perspectiva distanciada. Através da análise da *Impact Event Scale* (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979), que avalia

os constructos de intrusão e de evitamento, vários estudos demonstram que não existe relação entre a perspectiva distanciada e o evitamento (Ayduk & Kross, 2010a). Nestes estudos, indivíduos que assumem uma posição distanciada apresentam resultados mais baixos na subescala de evitamento quando comparados com os sujeitos que adotam uma perspectiva imersa (Ayduk & Kross, 2009). Kross e Ayduk (2008) fazem uma comparação entre a distração (i.e., estratégia de evitamento) e a utilização de uma perspectiva imersa ou distanciada e a influência que estas estratégias exercem no afeto negativo. Kross e Ayduk (2008, Estudo 1) concluem que a curto prazo a mudança para uma perspectiva distanciada e a distração têm efeitos similares no afeto negativo, reduzindo-o. No entanto, a longo prazo a distração é menos benéfica que a mudança para uma perspectiva distanciada. Esta última permite uma maior reconstrução da situação e dos significados, diminuindo assim o afeto negativo a longo prazo. A distração, por sua vez, a longo prazo não surtiu resultados, evidenciando-se um aumento do afeto negativo, o mesmo se sucede com a perspectiva imersa (Kross & Ayduk, 2008, Estudo 2). Segundo Kross e colaboradores (2005) na perspectiva distanciada, apesar de ocorrer a diminuição do afeto negativo, as emoções são processadas, distinguindo-se, assim, do evitamento. Deste modo, se a perspectiva distanciada funcionasse como estratégia de evitamento, os resultados entre esta e a distração seriam idênticos, o que não ocorreu (Kross e Ayduk, 2008). Assim, a análise de situações ou experiências problemáticas através de uma perspectiva distanciada parece não provocar evitamento e não conduzir à ruminação, facilitando a análise adaptativa das experiências emocionais (Kross & Ayduk, 2008; Kross et al., 2005)

#### **1.4 - Mudança de perspectiva de acordo com as diferenças individuais e culturais**

De acordo com os estudos supracitados, a autorreflexão de experiências negativas segundo uma perspectiva distanciada parece estar associada a maiores benefícios para a saúde (Ayduk & Kross, 2010a, 2010b; Kross & Ayduk, 2008, 2009, 2011; Kross, et al., 2005; Kross et al, 2011; Kross et al., 2012; Verduyn et al., 2012). Contudo, alguns estudos indicam que existe uma tendência natural para adotarmos uma perspectiva imersa face a experiências dolorosas (Ayduk & Kross, 2008, 2010; Kross & Ayduk, 2008). Neste sentido, alguns autores interessaram-se em estudar se a mudança de perspectiva na análise de experiências negativas é possível de realizar independentemente da problemática e se qualquer indivíduo é capaz de adotar uma perspectiva distanciada (Grossmann & Kross, 2010; Kross & Ayduk, 2008, 2009; Kross et al., 2011; Kross et al., 2012). Grossmann e Kross (2010) encontraram que os sujeitos Russos utilizam com maior facilidade um discurso distanciado do que os sujeitos Americanos aquando da análise dos sentimentos. Este estudo parece indicar que a cultura pode ser um fator na mudança de perspectiva. Um outro estudo, com crianças de 10 anos, demonstrou que estas são capazes de utilizarem uma perspectiva distanciada na análise de experiências negativas. A adoção de uma perspectiva distanciada permitiu às crianças uma redução da reatividade emocional (Kross et al., 2011). Assim, a idade do sujeito parece não ser um entrave ao processo de adoção de uma perspectiva distanciada.

Vários estudos experimentais em pessoas sem diagnóstico clínico demonstram a eficácia da mudança para uma perspectiva distanciada na diminuição da duração da emoção, da reatividade emocional e do afeto negativo (Ayduk & Kross, 2010a, 2010b; Kross, 2009; Kross & Ayduk, 2008, 2009, 2011; Kross, et al., 2005; Kross et al, 2011; Kross et al, 2012; Verduyn et al., 2012). No entanto, algumas perturbações clínicas podem dificultar o processo de mudança para uma perspectiva distanciada na análise de

experiências do sujeito. A Perturbação Depressiva Major é uma destas perturbações que, tendencialmente, conduz as pessoas a refletir sobre a sua experiência emocional através de uma perspetiva imersa.

### **1.5. Imersão e distanciamento na Perturbação Depressiva Major**

Na Perturbação Depressiva Major, devido à intensidade das emoções negativas, o sujeito tenta compreender estas emoções com o objetivo de as melhorar (Kross et al., 2012). No entanto, este processo faz com que o sujeito entre em ruminação e exacerbe os episódios depressivos (Nolen-Hoeksema, 1991; Nolen-Hoeksema et al., 2008). Deste modo, com uma população muito centrada na sua experiência emocional (i.e., perspetiva imersa) e, por isso, particularmente vulnerável a entrar em ruminação importa perceber se esta população é capaz de se distanciar e analisar as suas experiências emocionais.

Na tentativa de generalizar os resultados obtidos em pessoas sem diagnóstico clínico para população clínica foram realizados vários estudos (Kross & Ayduk, 2008, 2009; Kross et al., 2012). No primeiro estudo, os sujeitos foram instruídos a adotar uma perspetiva imersa ou distanciada e a relatarem uma experiência na qual sentiram emoções de tristeza e depressão. Kross e Ayduk (2008) concluem que a análise das experiências depressivas através de uma perspetiva distanciada diminui o afeto depressivo. Importa referir que neste primeiro estudo não há um diagnóstico de Perturbação Depressiva Major, apenas um recontar de experiências emocionais de tristeza e depressão.

O segundo estudo de Kross e Ayduk (2009) utilizando resultados dos estudos anteriormente realizados sobre imersão e distanciamento (i.e. Ayduk & Kross, 2008; Kross et al., 2005; Kross & Ayduk, 2008) nos quais foram recolhidas pontuações do *Beck Depression Inventory* (BDI) que avalia a sintomatologia depressiva. Concluíram que mesmo as pessoas depressivas e particularmente vulneráveis a um processo de ruminação

são capazes de analisar as suas emoções, sem aumentarem o afeto negativo. No entanto, o BDI não é um claro indicador de um diagnóstico clínico de Perturbação Depressiva Major, pelo que estes resultados, continuam, a não ser conclusivos relativamente à Perturbação Depressiva Major.

Devido ao BDI não permitir um diagnóstico de Perturbação Depressiva Major fiável, Kross e colaboradores (2012) realizaram um estudo experimental com indivíduos diagnosticados com Perturbação Depressiva Major através da entrevista clínica semiestruturada para perturbações do eixo I do DSM-IV (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996). Os resultados indicaram que os indivíduos com Perturbação Depressiva Major são capazes de se distanciar e que esta perspetiva distanciada permite a diminuição do afeto negativo (Kross et al., 2012).

Mais recentemente têm surgido alguns estudos clínicos no âmbito da imersão e distanciamento em casos de Perturbação Depressiva Major (Barbosa, Bento et al., 2011; Barbosa, Lourenço et al., 2011; Barbosa et al., 2012; Couto, 2013). O primeiro estudo foi realizado através da análise de dois casos de sucesso em duas terapias diferentes, Terapia Focada nas Emoções e Terapia Cognitivo-Comportamental. O sucesso do processo terapêutico é apresentado pelos resultados do *Beck Depression Inventory-II* aferido para a população Portuguesa (BDI-II; Coelho, Martins & Barros, 2002) e *Outcome Questionnaire 45* (OQ-45; Lambert, 2012). Neste estudo foram analisadas as transcrições de 16 sessões de cada um dos casos pelo intermédio da medida, Medida do Discurso Imerso e Distanciado, que caracteriza o tipo de perspetiva utilizada, imersa ou distanciada através da análise do discurso do sujeito (Medida do Discurso Imerso e Distanciado por Barbosa, 2011 adaptado de Kross, Ayduk, & Mischel, 2005, e Kross & Ayduk, 2008). Independentemente da terapia utilizada, o discurso imerso foi sempre superior ao discurso distanciado durante a maioria do processo. Todavia, o discurso imerso foi diminuindo ao

longo do processo enquanto o discurso distanciado aumentou. Estes resultados, segundo os autores, indiciam que o discurso imerso e o discurso distanciado são dois tipos de perspectiva importantes no processo terapêutico (Barbosa, Lourenço, et al., 2011). Silva (2013) realizou também uma comparação entre modelos teóricos no âmbito dos tipos de discurso e os resultados encontrados vão de encontro aos do estudo de Barbosa, Lourenço e colaboradores (2011). Silva (2013) reporta o mesmo padrão na evolução do discurso imerso e distanciado ao longo do processo terapêutico independentemente da terapia utilizada.

Um outro estudo de Barbosa, Bento e colaboradores (2011) analisou um caso de sucesso em Terapia Focada nas Emoções de um sujeito com Perturbação Depressiva Major. O procedimento seguiu os mesmos moldes da investigação descrita anteriormente. No entanto, desta vez foi também usada a Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (Stiles, 2001, 2011) que permitiu identificar os problemas clínicos presentes no caso analisado, bem como verificar se esses problemas ficaram resolvidos no final da terapia. Foram codificados dois problemas clinicamente relevantes. Um dos problemas clínicos estava completamente resolvido no final do processo terapêutico e o outro não concluído. Os resultados encontrados, relativamente ao problema clínico resolvido no final da terapia, foram de encontro ao estudo apresentado anteriormente, ou seja, o discurso imerso diminuiu ao longo do processo enquanto o discurso distanciado aumentou. Contudo, no problema clínico não resolvido, o discurso imerso manteve-se elevado e o discurso distanciado manteve-se constante. Segundo Barbosa, Bento e colaboradores (2011), isto pode indicar que o discurso imerso é necessário na fase inicial do processo, onde é importante o contacto com a experiência emocional e posteriormente um aumento do distanciamento para a promoção de *insight* e resolução do problema clínico.

O estudo de Couto (2013), que aborda também questões relativas ao discurso imerso e distanciado ao longo do processo terapêutico, também vai de encontro com os resultados dos outros estudos acima apresentados. Neste estudo é analisado um caso de sucesso de Perturbação Depressiva Major em Terapia Focada nas Emoções. O procedimento seguido é parcialmente idêntico ao dos estudos anteriormente apresentados. Este estudo demonstra também que o discurso imerso é mais proeminente durante todo processo terapêutico e que vai decrescendo gradualmente ao longo das sessões. O discurso distanciado vai de encontro aos outros estudos clínicos aumentando gradualmente ao longo das sessões (Barbosa, Bento, et al., 2011; Barbosa, Lourenço, et al., 2011; Barbosa, et al., 2012; Couto, 2013; Silva, 2013). Segundo os autores, este conjunto de estudos clínicos parecem indicar um padrão no desenvolvimento do processo terapêutico, onde a imersão é necessária na fase inicial do processo para um maior contacto com a experiência e o distanciamento ocorre no final aquando da reconstrução e da atribuição de novos significados à experiência. Portanto, o discurso imerso e distanciado parecem ser duas perspetivas coexistentes em terapia. Isto sugere alguma discrepância entre os estudos experimentais, que indiciam que a utilização de uma perspetiva imersa como processo que exponencia o afeto negativo e é contraproducente na promoção do bem-estar do individuo; e os estudos clínicos, que demonstram que a imersão está sempre presente ao longo do processo terapêutico, podendo ser mesmo necessária. Estas questões são de bastante relevo e necessitam de um estudo mais aprofundado.

#### **1.6. Distanciamento e imersão em diferentes modelos terapêuticos**

Existe um conjunto de terapias que defende a experiencição emocional durante a psicoterapia e que usa a ativação emocional como função terapêutica, nomeadamente

as terapias experienciais (Elliot, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004; Pos & Greenberg, 2007). Estas psicoterapias coexistem com outras que prestam menos importância à ativação emocional, concentrando-se prioritariamente na mudança cognitiva, como a Terapia Cognitivo-Comportamental (Beck, 2011; Dobson, 2010).

### **1.6.1. Terapia Focada nas Emoções**

Na Terapia Focada nas Emoções (TFE) o principal objetivo prende-se com a consciencialização emocional que envolve reconhecer e aceitar as emoções (Greenberg, 2014). Esta consciencialização emocional provém da ativação de emoções e é necessária para que seja possível aceder aos significados emocionais implícitos, sendo que estes significados são a matéria-prima do processo terapêutico (Elliot et al., 2004; Greenberg & Pascual-Leone 2007; Pos & Greenberg, 2007). Goldman, Greenberg, e Angus (2004) afirmam, através da análise de resultados do seu estudo, que a facilitação da consciencialização e da expressão emocional indiciam uma mudança positiva no indivíduo. A ativação emocional assume-se assim como necessária, permitindo o acesso aos significados emocionais implícitos. Esta defesa do contacto com a experiência emocional não vai de encontro aos resultados dos estudos experimentais, no âmbito da imersão e distanciamento, que defendem ser mais produtivo um distanciamento da experiência emocional para a atribuição de novos significados à mesma (Ayduk & Kross, 2010a, 2010b; Kross, 2009; Kross & Ayduk, 2008, 2009, 2011; Kross et al., 2005; Kross et al., 2011; Kross et al., 2012; Verduyn, et al., 2012).

### **1.6.2. Terapia Cognitivo-Comportamental**

Por sua vez, a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) defende a mudança terapêutica através de uma mudança do tipo de pensamentos que a situação desencadeia

e que originam o mau estar do paciente (Beck, 2011). Esta mudança de cognições são, pretensamente, os principais indicadores de mudança em TCC, prendendo-se menos com os fatores emocionais e fisiológicos (Dobson, 2010). A utilização das emoções em TCC tem o intuito de descobrir o pensamento chave para o processo terapêutico (Beck, 2011). Beck (2011) afirma, também, que o distanciamento dos próprios pensamentos pode ser benéfico para o paciente encontrar novas alternativas ao seu modo de pensar. Assim, pode-se afirmar que a Terapia Cognitivo-Comportamental promove, em certa medida, o distanciamento da experiência emocional.

## **Capítulo II – Estudo Empírico**

A disparidade presente nestas duas terapias relativamente ao foco das técnicas e das estratégias terapêuticas torna pertinente a análise da evolução do discurso imerso e distanciado ao longo do processo terapêutico. A existência de poucos estudos clínicos aliada à discrepância de resultados encontrada entre estes estudos e os estudos experimentais reforça a necessidade de uma maior investigação no âmbito clínico sobre estes dois tipos de discurso. A pertinência do estudo é ainda demonstrada pela utilização de uma população que tendencialmente sente dificuldades no processo de distanciamento e envolve-se continuamente numa análise imersa da experiência emocional, como é o caso da população com Perturbação Depressiva Major.

### **2.1. Questão de partida e objetivos do presente estudo**

O presente estudo tem, assim, como principais objetivos a análise e comparação da evolução do discurso imerso e distanciado no decorrer do processo terapêutico. Deste modo as questões de investigação deste estudo são: Qual a evolução dos diferentes tipos de discurso ao longo do processo terapêutico? Quais são as diferenças na evolução do

discurso imerso e distanciado consoante o tipo de modelo terapêutico utilizado? Quais as diferenças existentes na evolução do discurso imerso e distanciado em casos de sucesso e insucesso dentro do mesmo modelo terapêutico?

Como objetivos define-se assim, em primeiro lugar, compreender a evolução do discurso imerso e distanciado em TFE e TCC. Em segundo lugar, dentro de cada modelo terapêutico, comparar a evolução do discurso imerso e distanciado em casos de sucesso e de insucesso. Em terceiro lugar, comparar a evolução do discurso imerso e distanciado em TFE e TCC num caso de sucesso. Por último, comparar a evolução do discurso imerso e distanciado em TFE e TCC num caso de insucesso.

## **2.2. Método**

### **2.2.1. Participantes**

#### *2.2.1.2. Clientes.*

Neste estudo foram analisados um caso de sucesso e um caso de insucesso em Terapia Focada nas Emoções e um caso de sucesso e um caso de insucesso em Terapia Cognitivo-Comportamental. Os participantes tinham idades compreendidas entre os 25 e os 50 anos, sendo 3 do sexo feminino e 1 do sexo masculino. Os quatro clientes foram diagnosticados com Perturbação Depressiva Major, através do processo de avaliação do projeto “*Descentração e Mudança em Psicoterapia*” realizado no Instituto Universitário da Maia. Este processo de avaliação engloba a utilização da entrevista clínica semiestruturada para perturbações do eixo I do DSM-IV (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996) e entrevista clínica semiestruturada para perturbações do eixo II do DSM-IV (SCID-II; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996), a aplicação do BDI-II (Coelho, Martins & Barros, 2002), e do OQ-45 (Lambert, 2012). Todos os clientes cumpriram os critérios de inclusão deste projeto (Perturbação Depressiva Major ligeira

ou moderada; sem medicação; Avaliação Global do Funcionamento superior a 50), e receberam 16 sessões de psicoterapia e 6 follow-ups.

Os casos de sucesso e de insucesso foram escolhidos atendendo à sintomatologia apresentada antes e após o processo terapêutico. A sintomatologia foi avaliada através do *Beck Depression Inventory-II* aferido para a população Portuguesa (BDI-II; Coelho, Martins & Barros, 2002). A definição de sucesso ou insucesso prende-se com o resultado apresentado no BDI-II no final do processo terapêutico atendendo ao ponto de corte (13 pontos) e a existência de uma mudança que cumpra os critérios do Índice de Mudança Fiável (Reliable Change Index; Jacobson & Truax, 1991). O tipo de terapia e o terapeuta a realizar o processo terapêutico condicionaram, também, a seleção dos casos para que, deste modo, se respondesse aos objetivos propostos pelo estudo.

**Tabela 1 - Descrição da sintomatologia, resultado terapêutico e terapia dos casos analisados**

	BDI-II					Resultado terapêutico	Terapia
	Sessão 1	Sessão 4	Sessão 8	Sessão 12	Sessão 16		
<b>Cliente 1</b>	30	35	31	6	17	Insucesso	TCC
<b>Cliente 2</b>	44	24	33	18	10	Sucesso	TCC
<b>Cliente 3</b>	17	15	14	13	6	Sucesso	TFE
<b>Cliente 4</b>	25	19	18	23	16	Insucesso	TFE

### 2.2.1.3. Terapeutas.

Um terapeuta do sexo masculino e outro do sexo feminino com idades compreendidas entre os 30 e os 35 anos. O terapeuta do sexo masculino orientou as sessões em Terapia Focada nas Emoções. À data do início das sessões possuía o grau de mestre em Psicologia clínica e tinha 4 anos de experiência como terapeuta, sendo que segue o modelo terapêutico de TFE há menos de um ano à data de início dos 2 processos em análise. A terapeuta orientou as sessões de TCC. À data do início das sessões possuía o grau de doutorada em Psicologia Clínica e tinha experiência como terapeuta e em

Terapia Cognitivo-Comportamental de 11 anos. Cada terapeuta atendeu dois dos casos apresentados neste estudo (um de sucesso e um de sucesso), seguindo um protocolo de intervenção para a depressão de acordo com o seu modelo teórico. Esta opção de investigação (análise de casos de sucesso e de insucesso dentro do mesmo modelo teórico com o mesmo terapeuta) foi tomada para que a comparação dentro do mesmo modelo seja mais fidedigna, tentando, através do controlo da variável terapeuta, controlar o tipo de interação e discurso que o terapeuta utiliza com o cliente.

#### *2.2.1.4. Investigadores.*

O autor da tese em conjunto com duas investigadoras com mestrado em psicologia clínica e da saúde e ambas doutorandas em psicologia, e com duas mestrandas em psicologia. Este conjunto de investigadores codificou o tipo de discurso do cliente através da Medida de Discurso Imerso e Distanciado, bem como definiu os problemas clínicos a serem analisados.

## **2.3. Medidas**

### **2.3.1. Medidas de resultado**

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

O BDI-II foi desenvolvido com o intuito de caracterizar a intensidade e diversidade da sintomatologia depressiva baseando-se, para este efeito, nos critérios de diagnóstico do DSM-IV. É uma medida de autorrelato com 21 itens referentes às duas semanas anteriores de resposta mutuamente exclusiva. A aplicação tem uma duração média de 5 a 10 minutos. A cotação dos 21 itens varia entre 0 e 3 de acordo com a resposta, variando assim a pontuação final entre 0 e 63. A intensidade da sintomatologia do sujeito

é definida pela pontuação total obtida, dividindo-se nas seguintes categorias: sintomatologia ligeira (0-13), depressão ligeira (14-19), depressão moderada (20-28) e depressão severa (29-63) (Coelho, Martins & Barros, 2002).

#### 2.3.1.2. *Outcome Questionnaire-45 (OQ-45.2)*

O OQ-45.2 avalia a sintomatologia geral e consiste numa medida de autorrelato com 45 itens, referentes à semana anterior, cujas resposta variam numa escala de *Likert* entre ‘nunca’ e ‘quase sempre’. A aplicação tem uma duração média de cinco a dez minutos, a cotação é realizada através da soma de cada resposta. A pontuação final do teste indica se a sintomatologia não tem relevância clínica (0-63) ou se tem relevância clínica (64-180). Existem ainda três subescalas, nomeadamente desconforto subjetivo (sintomatologia depressiva e ansiosa); relações interpessoais (défices nos relacionamentos com outros significativos); desempenho do papel social (dificuldades em contextos como escola, trabalho, família ou mesmo de lazer). Por último, o OQ-45.2 avalia comportamentos de risco que devem ser foco de atenção clínica, através de quatro itens nomeadamente o suicídio, abuso de substâncias e comportamento agressivo (Lambert, 2012; Vaz, Conceição & Machado, 2013).

### **2.3.2. Medidas de processo**

#### 2.3.2.1. *Medida de Discurso Imerso e Distanciado (MDID; adaptado de Ayduk & Kross, 2010a por Barbosa, et al, 2012).*

O objetivo desta medida prende-se com a descrição da evolução do discurso (imerso e distanciado) do cliente ao longo do processo terapêutico. A tabela 1 apresenta a organização das categorias (macro e micro) desta medida.

**Tabela 2 - Categorias da Medida de Discurso Imerso e Distanciado**

Macro Categoria	Micro Categoria	Descrição
Imersão	Afirmações de descrição	Cliente descreve situações, comportamentos ou pensamentos específicos
	Afirmações de atribuição	Cliente descreve características pessoais, sentimentos ou estados internos
Distanciamento	Afirmações de <i>insight</i>	Cliente descreve pensamentos, sentimentos e comportamentos, demonstrado desejo de novas compreensões
	Afirmações de resolução	Cliente reavalia situações passadas através de uma perspetiva mais ampla
	Não codificável	Quando nenhuma das anteriores é aplicável (não se inclui em nenhuma das macro categorias)

## 2.4. Procedimentos e fidelidade

O presente estudo analisou quatro casos, um de sucesso e um de insucesso em TFE e um caso de sucesso e um de insucesso em TCC. Foram analisadas as transcrições de cinco sessões de cada caso, nomeadamente a sessão 1, 4, 8, 12 e 16. A análise das transcrições iniciou-se pela definição dos problemas clínicos, seguindo-se a codificação dos mesmos através da MDID. Por último, foi realizada a análise dos resultados recorrendo ao *Simulation Modelling Analysis Software* (SMA; Borckardt, 2006; Bockardt et al., 2008).

### 2.4.1. Definição dos problemas clínicos

A primeira fase prendeu-se com a definição dos problemas clínicos dos clientes. Através da análise das transcrições os problemas clínicos foram definidos consensualmente por dois juízes (um aluno de mestrado em psicologia clínica e uma

estudante de doutoramento em psicologia clínica), seguindo os procedimentos de estudos anteriores na análise de experiências problemáticas (e.g. Honos-Webb, Stiles, & Greenberg, 2003; Stiles, Meshot, Anderson, & Sloan, 1992). Esta definição dos problemas clínicos é importante devido a garantir a análise de experiências problemáticas, permitindo, deste modo, o cruzamento dos resultados do presente estudo com os resultados dos estudos experimentais realizados.

#### 2.4.2. Codificação dos problemas clínicos.

Os problemas clínicos, inicialmente identificados, foram analisados posteriormente com a MDID (adaptado de Ayduk e Kross, 2010a por Barbosa, 2012), seguindo os procedimentos adotados por estudos clínicos anteriores (Barbosa, Bento, et al., 2011; Barbosa, Lourenço, et al., 2011; Barbosa, et al., 2012; Couto, 2013; Silva, 2013). A codificação envolveu 2 fases. A primeira fase corresponde à fase treino, a qual iniciou-se com formação (e.g. leitura de artigos) e codificação de casos clínicos (5 sessões). Nas codificações de treino, obteve-se um bom índice de fidelidade (*Kappa de Cohen* = 0,75). Numa segunda fase, foram realizadas as codificações sobre os casos clínicos deste estudo. O discurso de cada cliente que representa o problema clínico foi classificado inicialmente como imerso ou distanciado, com o intuito de identificar mudanças no discurso e, analogamente, na perspetiva utilizada pelo cliente. Posteriormente, cada trecho codificado como imerso ou distanciado foi classificado de acordo com a subcategoria que melhor o representa. Cada um dos casos foi codificado por dois juízes independentes (um aluno de mestrado em psicologia clínica e uma estudante de doutoramento em psicologia clínica), atingindo um forte índice de fidelidade (*Kappa de Cohen* = 0,782). Os desacordos foram resolvidos por consenso (Hill, Knox, Thompson, Williams, Hess, & Ladany 2005).

### 2.4.3. Análise dos resultados.

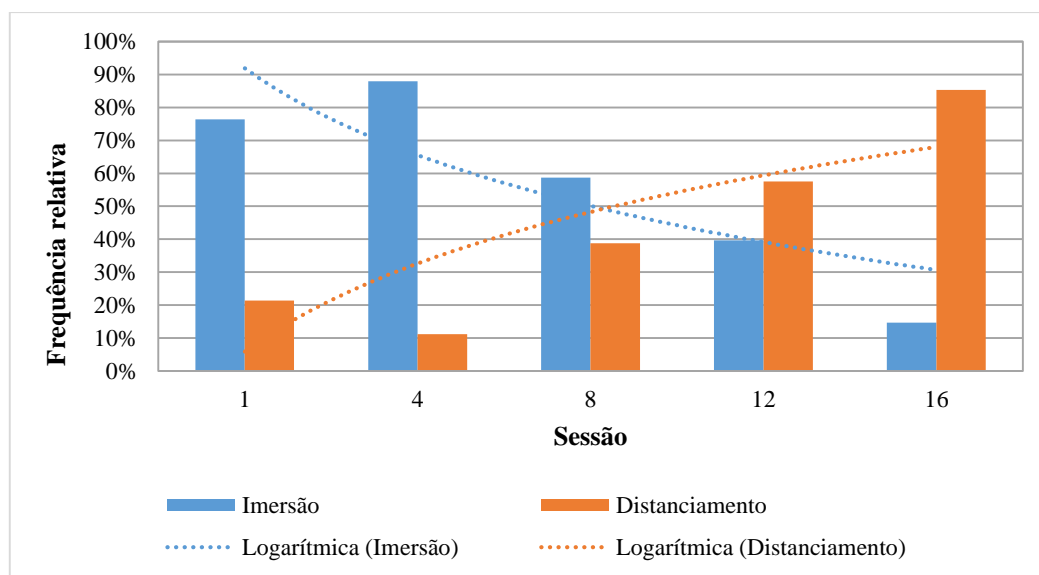
Nesta fase do processo foram utilizados alguns sistemas informáticos para a extração de dados para análise. Para realização da análise descritiva foi utilizado o Microsoft Office Excel, para a criação das figuras que facilitassem a leitura dos resultados. Foi ainda utilizado o *Simulation Modelling Analysis Software* (SMA; Borckardt, 2006; Bockardt et al., 2008) para a análise das correlações entre variáveis. O SMA foi desenvolvido para lidar com os problemas estatísticos que sobressaem aquando da utilização de um número limitado de observações e porque permite analisar dados autocorrelacionados (Borckardt, 2006; Bockardt et al., 2008).

## 2.5. Resultados

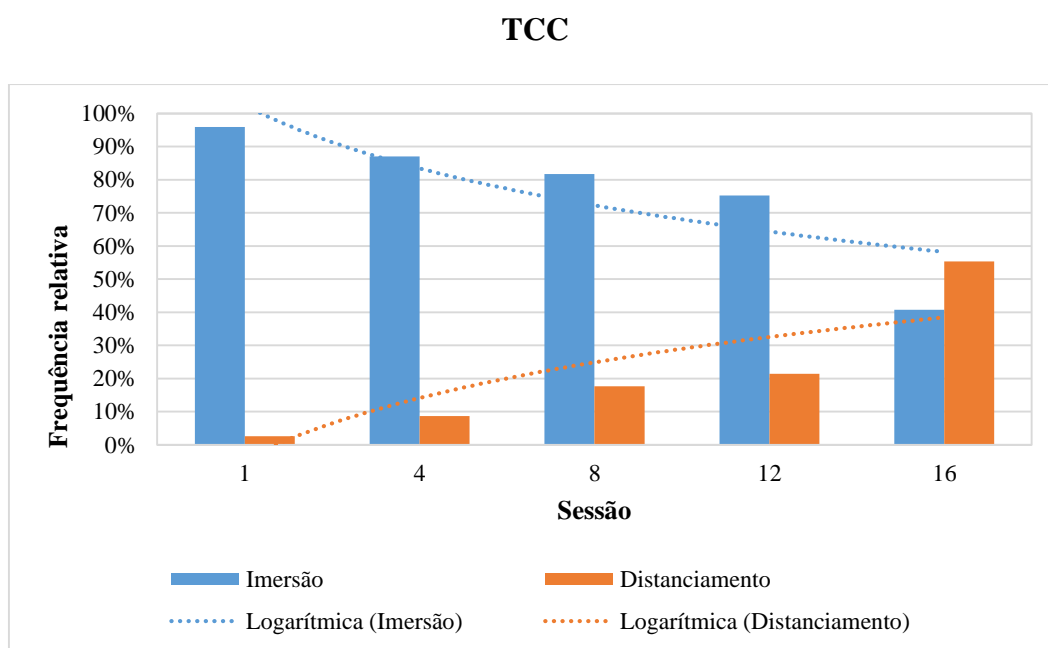
### 2.5.1. Evolução do discurso imerso e distanciado em casos de sucesso em TFE e TCC

Independentemente do modelo terapêutico utilizado, os resultados do presente estudo, nos casos de sucesso, são similares. Em ambos os modelos terapêuticos o discurso imerso apresenta-se ao longo do processo com maior frequência do que o discurso distanciado. Porém, o discurso imerso ao longo do processo terapêutico vai diminuindo, enquanto o discurso distanciado vai aumentando. Este padrão de evolução é visível nas figuras 1 e 2.

**Figura 1 - Evolução do Discurso Imerso e Distanciado num caso de sucesso em TFE**



**Figura 2 - Evolução do Discurso Imerso e Distanciado num caso de sucesso em TCC**



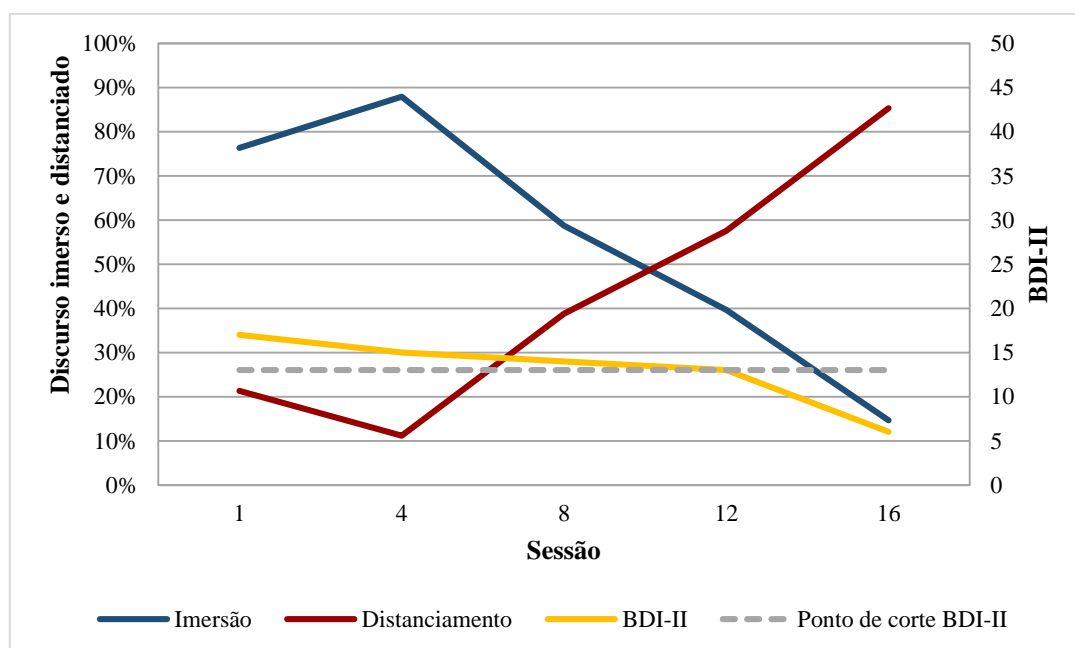
No entanto, em TFE a diminuição do discurso imerso, e consequente aumento do discurso distanciado, parece ser mais abrupta do que em TCC. Também a quantidade de discurso distanciado produzida em TFE é superior à quantidade produzida em TCC.

Ainda, em TCC o discurso distanciado só domina a reflexão sobre o problema clínico na 16 sessão enquanto em TFE isto acontece na sessão 12.

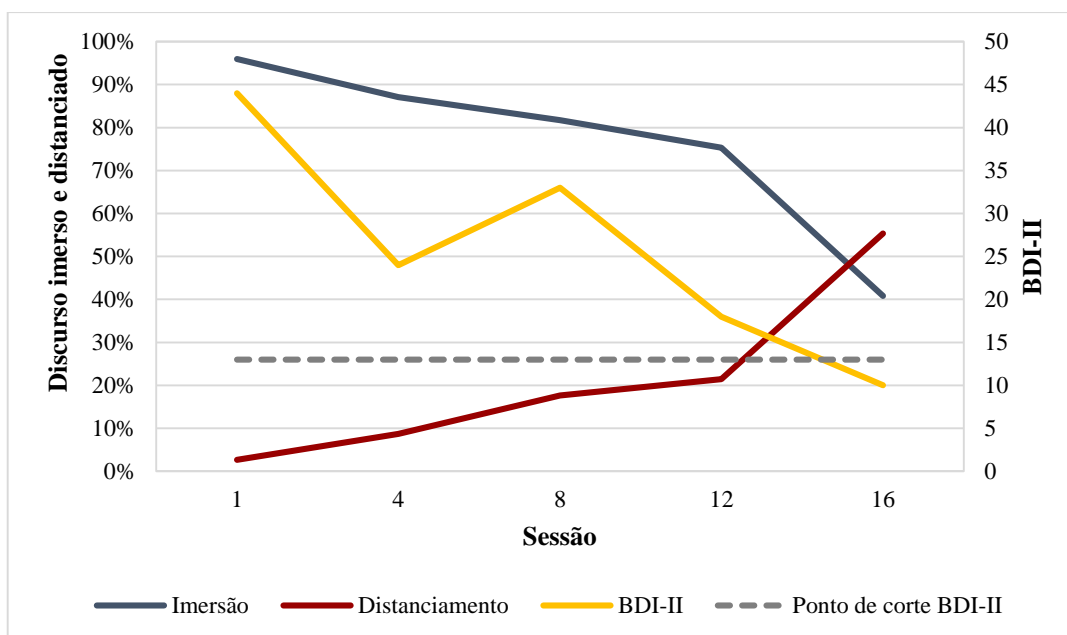
### 2.5.1.1. Relação entre a sintomatologia depressiva e os tipos de discurso em casos de sucesso

Relativamente à sintomatologia depressiva, os dois modelos terapêuticos, nos casos de sucesso, apresentam correlações entre os tipos de discurso e a sintomatologia. Em TFE verifica-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o discurso imerso e a sintomatologia depressiva ( $\rho=0,9$ ,  $p=,014$ ), sendo que o mesmo se verifica em TCC ( $\rho=0,9$ ,  $p=,015$ ). O discurso distanciado apresenta, por sua vez, uma correlação negativa e estatisticamente significativa com a sintomatologia quer em TFE ( $\rho=-0,9$ ,  $p=,019$ ) quer em TCC ( $\rho=-0,9$ ,  $p=,016$ ). Ou seja à medida que o discurso imerso diminui e o discurso distanciado aumenta, a sintomatologia tende a diminuir (ver figuras 3 e 4).

**Figura 3- Evolução do Discurso Imerso e Distanciado e da sintomatologia num caso de sucesso em TFE**



**Figura 4- Evolução do Discurso Imerso e Distanciado e da sintomatologia num caso de sucesso em TCC**



Quanto às diferenças na evolução da sintomatologia, atente-se, que na sessão 4 em TFE a sintomatologia continua a descer existindo, contudo, um aumento da frequência do discurso imerso. Em TCC, por sua vez, na sessão 4, há uma redução sintomatológica drástica, no entanto o discurso imerso mantém-se em valores elevados. Ainda, verifica-se que a sintomatologia depressiva atinge valores subclínicos quando a frequência de discurso imerso é inferior à frequência do discurso distanciado.

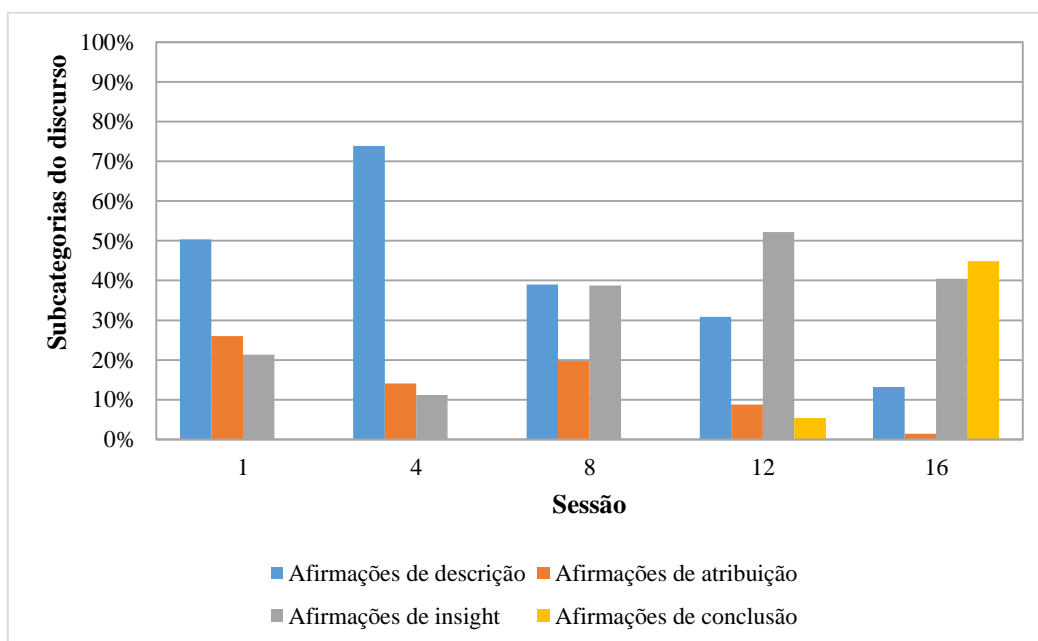
#### *2.5.1.2. Evolução das subcategorias do discurso imerso e distanciado em casos de sucesso*

Ao analisarmos o discurso imerso e distanciado em termos das suas subcategorias (ver figuras 5 e 6) as afirmações de descrição apresentam-se como as mais frequentes nos dois modelos terapêuticos, dominando numa fase inicial e diminuindo ao longo do tempo. As afirmações de atribuição, por sua vez, parecem não apresentar nenhum padrão ao longo do processo em ambos os modelos. Quanto às duas subcategorias pertencentes ao

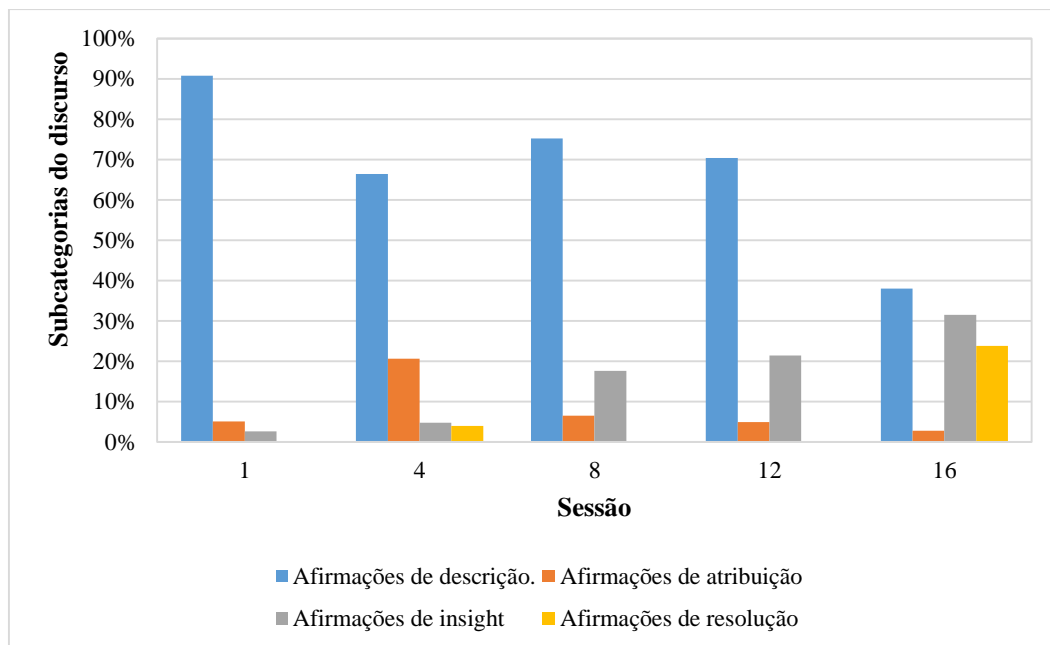
discurso distanciado, as afirmações de *insight* dominam e aumentam ao longo da resolução do processo terapêutico. As afirmações de resolução aumentam ao longo do processo e emergem sobretudo na fase final.

As diferenças mais notórias entre as terapias prendem-se com o facto de em TFE, desde o início do processo terapêutico, uma maior frequência das afirmações de *insight* em comparação com o que ocorre em TCC. As afirmações de atribuição, também, se apresentam de um modo muito mais recorrente em TFE do que em TCC. Ainda, em TFE, as afirmações de resolução aparecem na sessão 12 e na sessão 16 estas já dominam o discurso do cliente. Em TCC este tipo de afirmações aparece numa quantidade residual na quarta sessão (3,94%), sendo que, posteriormente, só se encontram destas afirmações na última sessão do processo terapêutico.

**Figura 5- Evolução das Subcategorias do Discurso Imerso e Distanciado num caso de sucesso em TFE**



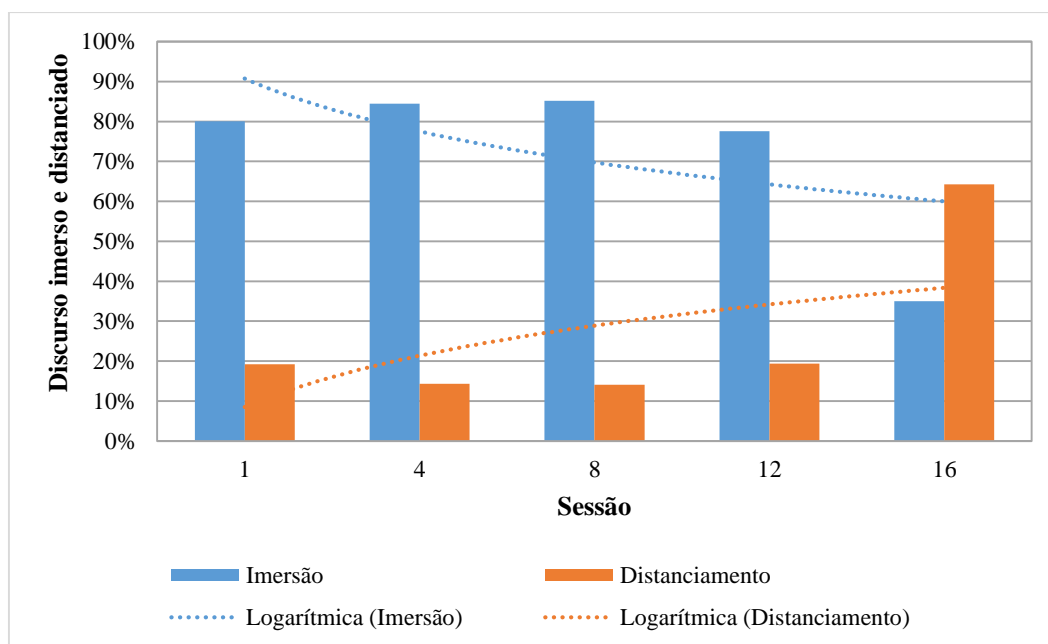
**Figura 6- Evolução das Subcategorias do Discurso Imerso e Distanciado num caso de sucesso em TCC**



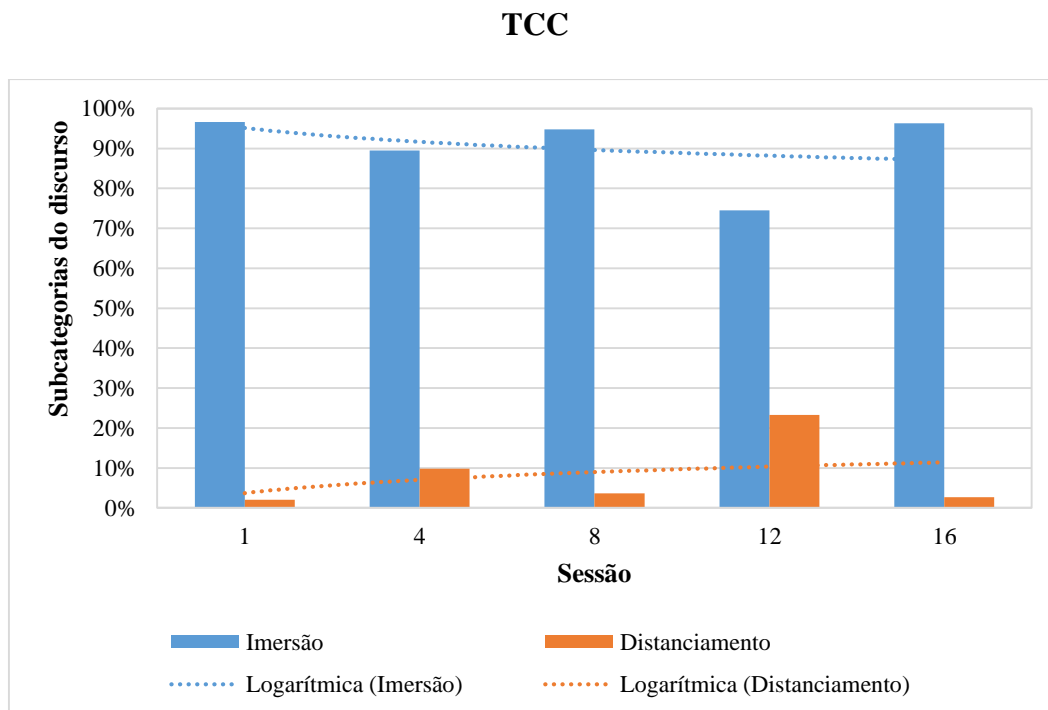
### 2.5.2. Evolução do discurso imerso e distanciado em casos de insucesso em TFE e TCC

Ao compararmos os dois insucessos (figuras 7 e 8), percebe-se que a imersão apresenta-se sempre em maior frequência ao longo do processo terapêutico. Contudo, em TFE existe uma maior frequência de discurso distanciado durante todo o processo e, na sessão 16, este tipo de discurso domina, ao contrário do que sucede em TCC. Portanto, os dois casos de insucesso são similares na medida em que os tipos de discurso se mantêm estáveis no decorrer do processo (excetuando a sessão 16 no caso TFE), com aumentos esporádicos do discurso distanciado que parecem não influenciar o processo terapêutico.

**Figura 7 - Evolução do Discurso Imerso e Distanciado num caso de insucesso em TFE**



**Figura 8 - Evolução do Discurso Imerso e Distanciado num caso de insucesso em TCC**



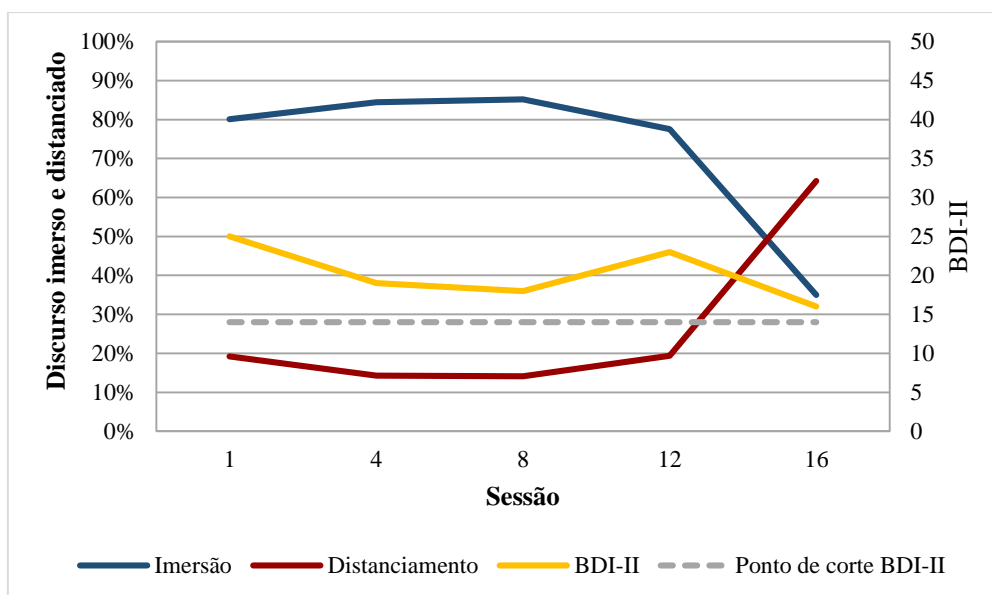
### *2.5.2.1. Comparação entre casos de sucesso e de insucesso da evolução do discurso imerso e distanciado*

Comparando os casos de sucesso (figuras 1 e 2) com os casos de insucesso (figuras 7 e 8) de cada um dos modelos, verifica-se que nos casos de insucesso há uma maior estabilidade durante todo o processo clínico. Os valores do discurso imerso apresentaram-se menores e mais estáveis ao longo das sessões, bem como os valores de discurso distanciado. A exceção apresenta-se no caso de TFE de insucesso, onde, na última sessão, existe uma frequência mais elevada de discurso distanciado. Deste modo, a descida gradual do discurso imerso e o aumento gradual de discurso distanciado presente nos casos de sucesso de ambos os modelos, não acontece nos casos de insucesso.

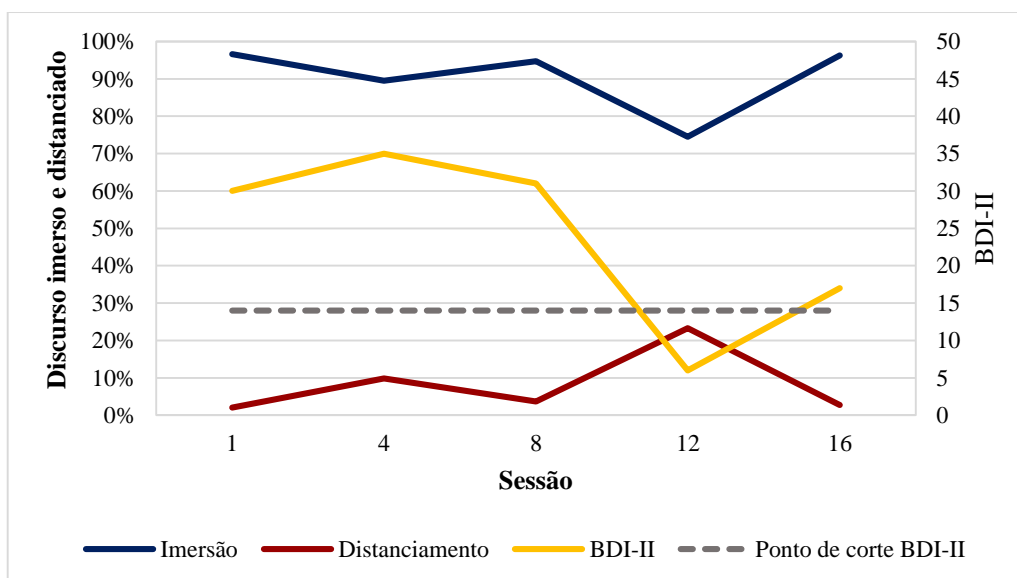
### *2.5.2.2. Relação entre a sintomatologia depressiva e os tipos de discurso em casos de insucesso*

Os dois casos de insucesso (ver figuras 9 e 10), ao contrário do que sucede com os de sucesso (ver figuras 3 e 4), não apresentam nenhuma correlação estatisticamente significativa com a sintomatologia depressiva. A análise estatística demonstra que não existem correlações estatisticamente significativas quer em TFE ( $\rho=0,1, p=,451$ ), quer em TCC ( $\rho=0,1, p=,458$ ) entre o discurso imerso e a sintomatologia depressiva. O mesmo se verifica para o discurso distanciado quer em TFE ( $\rho= -0,1, p =,461$ ) quer em TCC ( $\rho= -0,1, p =,474$ ).

**Figura 9 - Evolução do Discurso Imerso e Distanciado e da sintomatologia num caso de insucesso em TFE**



**Figura 10 - Evolução do Discurso Imerso e Distanciado e da sintomatologia num caso de insucesso em TCC**



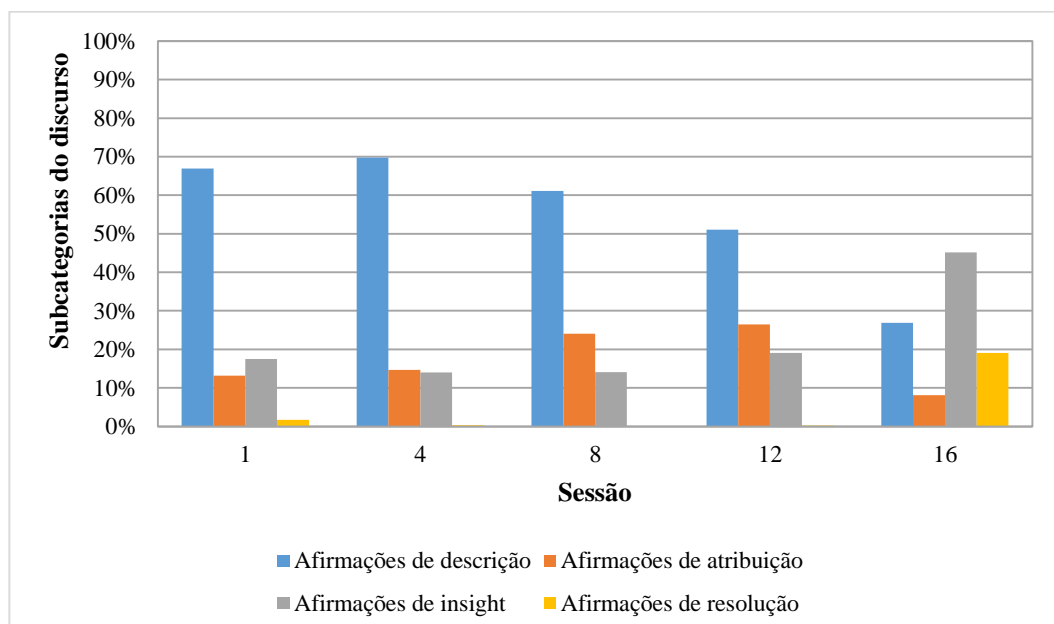
Como é visível nas figuras 9 e 10, apesar da inexistência de correlações entre as variáveis, importa salientar que, os registos mais baixos de sintomatologia nos dois casos de insucesso ocorrem aquando de um aumento da frequência do discurso distanciado. Isto

acontece em TFE na sessão 16, e, em TCC na sessão 12, a maior preponderância na sessão de um discurso distanciado coincide com os registos mais baixos de sintomatologia.

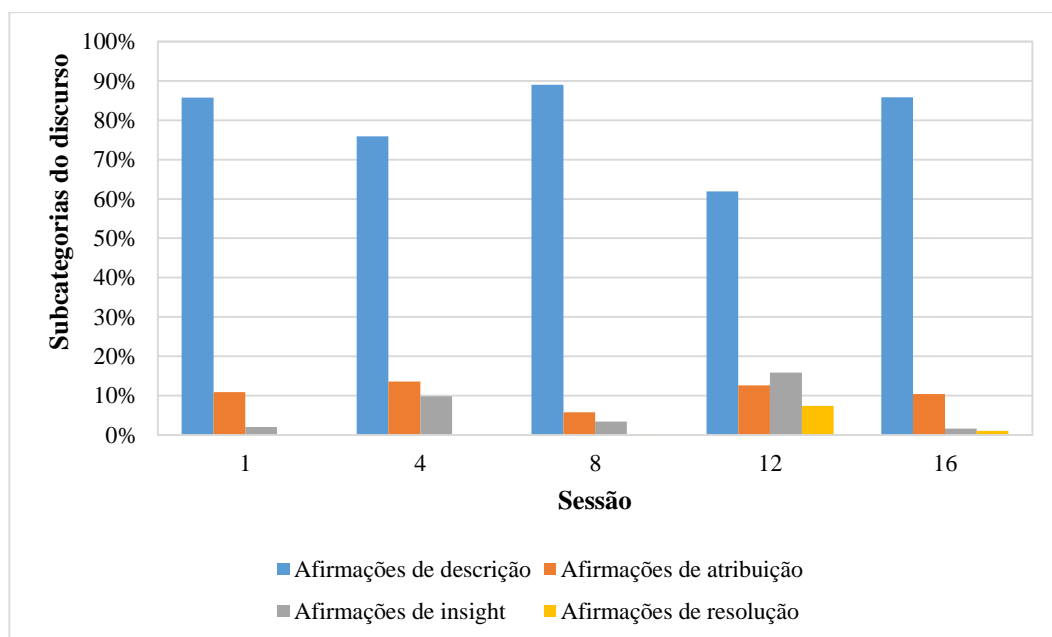
### 2.5.2.3. Evolução das subcategorias do discurso imerso e distanciado em casos de insucesso

Quanto à análise das subcategorias, em ambos os modelos terapêuticos ao longo da reflexão sobre o problema clínico a subcategoria de afirmações de descrição está mais presente. No entanto, em TFE na última sessão verifica-se uma maior utilização de afirmações de insight do que afirmações de descrição. Ainda, na última sessão verifica-se que em TFE existe uma maior percentagem de afirmações de resolução do que no caso de TCC (ver figura 11).

**Figura 11 - Evolução das Subcategorias do Discurso Imerso e Distanciado num caso de insucesso em TFE**



**Figura 12 - Evolução das Subcategorias do Discurso Imerso e Distanciado num caso de insucesso em TCC**



Em TCC (figura 12), as afirmações de descrição apresentam-se sempre em maior percentagem ao longo do processo terapêutico de que qualquer outra subcategoria. Importa referir, também, que o caso de insucesso de TFE apresenta, ao longo de todo processo, uma maior percentagem de afirmações de atribuição e de insight do que em TCC.

#### *2.5.2.4. Comparação entre casos de sucesso e de insucesso das subcategorias do discurso imerso e distanciado.*

Verificou-se, em ambos os modelos terapêuticos, uma redução na frequência de todas as subcategorias, excetuando as afirmações de descrição. As diferenças mais notórias apresentaram-se ao nível das afirmações de insight e de resolução, sendo estas últimas quase inexistentes nos casos de insucesso quando comparado com o que se verificou nos casos de sucesso.

## 2.6. Discussão

O presente estudo teve como objetivo primordial compreender a evolução do discurso imerso e distanciado em casos de sucesso de TFE e TCC. Os resultados mostraram que o discurso imerso e distanciado encontram-se sempre presentes ao longo do processo terapêutico nos casos de sucesso, o que sugere potencialidades destes dois tipos de discurso, indo ao encontro dos estudos clínicos já realizados (Barbosa, Bento et al., 2011; Barbosa, Lourenço et al., 2011; Barbosa et al., 2012; Couto, 2013). Especificamente, no caso do discurso imerso, os casos de sucesso analisados apresentaram uma elevada frequência do discurso imerso ao longo de todo o processo terapêutico, principalmente nas primeiras sessões. Isto parece indicar que, principalmente, numa fase inicial do processo terapêutico, o discurso imerso é necessário para permitir o contacto com a experiência emocional para aceder e tornar consciente a informação cognitiva e emocional. Isto é demonstrado pelos principais objetivos das terapias. Em TFE o principal objetivo envolve a consciencialização emocional, ou seja, o reconhecer e aceitar as emoções (Greenberg, 2014) sendo que as afirmações de reconhecimento das emoções caracterizam o discurso imerso, nomeadamente, as afirmações de atribuição. Por sua vez, em TCC, a fase inicial caracteriza-se por uma exploração da história do cliente com o intuito de perceber quais os pensamentos que desencadeiam o mal-estar no cliente e atua com intuito de os alterar (Beck, 2011). Esta descrição de acontecimentos, que ocorre aquando da exploração da história do cliente, caracteriza as afirmações de descrição presentes no discurso imerso. Atente-se, ainda, nos casos de sucesso, à inexistência de valores elevados de imersão quando o cliente se apresenta assintomático. Neste sentido, o discurso imerso parece, por si só, não ser negativo, desde que compensado com a capacidade de distanciamento. Estes dados são coerentes com os estudos clínicos anteriormente realizados com casos de sucesso

terapêutico (Barbosa, Bento et al., 2011; Barbosa, Lourenço et al., 2011; Barbosa et al., 2012; Couto, 2013). Este aumento gradual do distanciamento, nos casos de sucessos, poderá, também, ser explicado através das técnicas utilizadas pelas terapias numa fase mais intermédia do processo. Em TFE, por exemplo, a realização de um exercício de duas cadeiras coloca o cliente no papel do outro o que envolve, por si só, a capacidade de distanciamento da sua própria experiência emocional. Em TCC, a técnica de análises de evidências pode facilitar o distanciamento por parte do cliente, levando-o a ter *insight* sobre uma determinada situação. Deste modo, o discurso distanciado vai aumentando ao longo do processo terapêutico tendo apresentado valores mais elevados no final do processo. Verifica-se, então, neste estudo nos casos de sucesso, o padrão na evolução do discurso imerso e distanciado apresentado pelos estudos clínicos (Barbosa, Bento et al., 2011; Barbosa, Lourenço et al., 2011; Barbosa et al., 2012; Couto, 2013). Ou seja, nos casos de sucesso, no início do processo terapêutico há maior frequência de discurso imerso que vai diminuindo ao longo do processo enquanto o discurso distanciado vai aumentando, sendo que, este último, no fim do processo apresenta-se com maior frequência. Este padrão de evolução, verificado nos casos de sucesso, dos tipos de discurso utilizados pelos clientes parece ir de encontro aos modelos teóricos que perspetivam a mudança em psicoterapia através de um conjunto de estádios que ocorrem de modo progressivo (Norcross, Krebs, & Prochaska, 2010; Norcross & Prochaska, 2002; Petrocelli, 2002; Stiles, 2001, 2011).

Esta maior utilização do discurso imerso é característica das pessoas com Perturbação Depressiva Major (Ayduk & Kross, 2008; Kross & Ayduk, 2009). Deste modo, o presente estudo vai de encontro aos estudos clínicos e experimentais realizados, que demonstram que mesmo as pessoas com Perturbação Depressiva Major são capazes de utilizar o discurso distanciado (Barbosa, Bento et al., 2011; Barbosa, Lourenço et al.,

2011; Barbosa et al., 2012; Couto, 2013; Kross, et al., 2012). No entanto, importa referir que neste estudo o caso de sucesso em TFE apresentou uma descida mais abrupta na utilização do discurso imerso do que o caso de sucesso em TCC. Este facto poderá ser explicado pela menor sintomatologia apresentada pelo cliente de TFE no início do processo, não estando necessariamente ligado a diferenças entre os modelos. Ainda, ao compararmos os dois casos de sucesso, é perceptível que em TFE há uma maior produção de discurso distanciado que em TCC e que não é visível nos outros estudos realizados onde é efetuada a comparação entre modelos (Barbosa, Lourenço et al., 2011; Silva, 2013). Deste modo, novamente, isto poderá ser explicado pelas diferenças existentes relativas ao nível de sintomatologia apresentado pelos clientes no início do processo.

Ainda, as correlações observadas entre os tipos de discurso e a sintomatologia nos casos de sucesso vão, também, de encontro aos estudos clínicos realizados neste âmbito (Barbosa, Bento et al., 2011; Barbosa, Lourenço et al., 2011; Barbosa et al., 2012; Couto, 2013). O presente estudo vai, ainda nos casos de sucesso, de encontro aos estudos experimentais, que afirmam que o afeto negativo é reduzido aquando da utilização de uma reflexão sobre o problema através de um discurso distanciado (Ayduk & Kross, 2010a, 2010b; Kross & Ayduk, 2008, 2009, 2011; Kross, et al., 2005; Kross, et al., 2011; Kross et al., 2012; Verduyn et al., 2012). Contudo, a presença do discurso imerso em elevada frequência ao longo da maioria do processo terapêutico, em ambos os casos de sucesso, retira a conotação negativa veiculada pelos estudos experimentais quanto a este tipo de discurso.

Relativamente aos casos de insucesso, demonstraram uma estabilidade na evolução do discurso imerso e distanciado, com o discurso imerso a manter-se em valores elevados ao longo de todo o processo terapêutico, enquanto o discurso distanciado se mantém em valores reduzidos. Porém, em TFE na última sessão o discurso distanciado

apresentou-se em valores superiores aos do discurso imerso. No entanto, este crescimento da utilização do discurso distanciado não é gradual como no caso de sucesso, portanto, esta maior frequência do discurso distanciado poderá dever-se ao protocolo seguido pelo terapeuta que privilegia, na última sessão, uma análise retrospectiva do processo. O caso de insucesso analisado em TCC demonstra um padrão similar aos restantes estudos clínicos realizados da evolução do discurso imerso e distanciado com o discurso imerso a manter-se superior ao discurso distanciado durante todo o processo (Barbosa, Bento et al., 2011; Barbosa, Lourenço et al., 2011; Barbosa et al., 2012; Couto, 2013). Importa referir que não existiram correlações estatisticamente significativas entre os tipos de discurso. Este acontecimento poderá dever-se ao facto do discurso imerso e distanciado manterem-se estáveis, não havendo alterações consideráveis ao longo do processo. Isto, associado ao reduzido número de observações em causa, poderão justificar a ausência de relação estatisticamente significativa entre as variáveis nos casos de insucesso. No entanto, é visível que as pontuações mais baixas ao nível da sintomatologia ocorrem aquando do aumento do discurso distanciado, mais uma vez indo de encontro aos estudos experimentais realizados (Ayduk & Kross, 2010a, 2010b; Kross & Ayduk, 2008, 2009, 2011; Kross, et al., 2005; Kross, et al., 2011; Kross, et al., 2012; Verduyn, et al., 2012).

A análise das subcategorias neste estudo demonstrou, em primeiro lugar, uma elevada frequência das afirmações de descrição principalmente numa fase inicial do processo terapêutico. Isto, como referido anteriormente, pode indiciar a importância destas para o processo terapêutico, dando ao terapeuta um melhor conhecimento da problemática em causa, justificando, os valores elevados de imersão no início do processo. Este estudo demonstrou, também, que, em TFE, existe uma maior frequência de afirmações de atribuição ao longo de todo o processo em casos de sucesso indo de encontro ao estudo realizado por Silva (2013). O presente estudo demonstra também que

em casos de insucesso o mesmo se verifica, com a TFE a apresentar maior frequência de afirmações de atribuição. Estas afirmações englobam uma descrição de sentimentos e estados internos o que, atendendo ao modelo terapêutico e às técnicas por este utilizadas, era esperado (Elliot et al., 2014). A TFE apresenta, ainda, uma maior frequência de afirmações de *insight*, independentemente do resultado terapêutico, do que TCC. Isto poderá ser explicado, novamente, pelas técnicas utilizadas pelo modelo de TFE. O constante foco nos estados internos e emoções experienciadas poderá desencadear no cliente um desejo de novas compreensões sobre estes estados internos e emoções, sendo que o desejo desta nova compreensão é aquilo que os autores da MDID definem por afirmações de *insight* (Kross, et al., 2005). No entanto, este resultado não é visível nos estudos anteriormente realizados (Barbosa, Lourenço et al., 2011; Silva, 2013). Por fim, tendo em conta os casos de sucesso, e o que acontece nos casos de insucesso aquando da diminuição da sintomatologia, um padrão de sucesso poderá ser constituído numa fase inicial por uma maior utilização das afirmações de descrição e atribuição e com o decorrer do processo um aumento das afirmações de *insight*, sendo que no final do processo surgem as afirmações de resolução. A utilização inicial de afirmações de descrição e atribuição podem ser importantes para a exploração da informação cognitiva e emocional. Gradualmente começam a aparecer as afirmações de *insight* como sinais de que a mudança está a ocorrer, culminando com as afirmações de resolução que demonstram uma reavaliação das situações passadas através de uma perspetiva mais ampla. Deste modo, esta reavaliação parece coincidir com a resolução das problemáticas apresentadas durante o processo. Portanto, uma evolução do discurso imerso e distanciado gradual ao longo do processo parece ser o padrão de evolução das subcategorias nos casos de sucesso. Este resultado, vai novamente de encontro aos estudos clínicos previamente

realizados (Barbosa, Bento et al., 2011; Barbosa, Lourenço et al., 2011; Barbosa et al., 2012).

## **2.7. Conclusão**

Independentemente do modelo terapêutico utilizado, discurso imerso e distanciado parecem apresentar um padrão quer nos casos de sucesso quer nos casos de insucesso. Nos casos de sucesso parece existir uma redução da utilização do discurso imerso que ocorre em consonância com o aumento da utilização do discurso distanciado. Por sua vez, os casos de insucesso parecem mais propícios a uma maior estabilidade na utilização dos tipos de discurso, mantendo-se o discurso imerso em valores elevados durante todo o processo e, conseqüentemente o discurso distanciado em valores reduzidos. Deste modo, o discurso imerso e o discurso distanciado parecem ser dois processos importantes e necessários durante o processo terapêutico, potenciando-se o discurso distanciado através da utilização inicial de um discurso imerso.

O presente estudo parece indicar que o nível de sintomatologia poderá influenciar na capacidade de reflexão sobre o problema clínico através de uma perspectiva distanciado. Através da análise dos tipos de discurso em casos de sucesso, este estudo parece indicar que, mesmo as pessoas mais suscetíveis a entrar num processo de ruminação, conseguem utilizar a perspectiva distanciado para esta reflexão.

Por último, o presente estudo vai de encontro à premissa de base de TFE de que a expressão de experiências emocionais negativas, ou seja a utilização de uma perspectiva e de um discurso imerso, poderá ser benéfica durante o processo psicoterapêutico, nomeadamente, na depressão (Greenberg & Watson, 2006), atentando que, em ambos os casos analisados, existe uma maior produção de discurso distanciado em TFE do que em TCC. Logicamente, tais diferenças poderão não ser imputáveis às diferenças entre

modelos terapêuticos, mas apoiam a noção que a expressão emocional negativa em sessão poderá favorecer, posteriormente, a utilização de uma perspectiva distanciada, demonstrando o desejo de novas compreensões ou reavaliando situações passadas.

## **2.8. Limitações e direções futuras**

As limitações do presente estudo prendem-se, primordialmente, com a utilização de um conjunto restrito de casos e de sessões. Este facto pode fazer com que os resultados não traduzam na sua totalidade a evolução do discurso imerso e distanciado ao longo do processo terapêutico; e não permite uma análise estatística em termos de diferenças entre os modelos terapêuticos, bem como, entre resultados terapêuticos.

Apesar de no presente estudo a variável terapeuta ter sido controlada, utilizando o mesmo terapeuta para os casos de sucesso e de insucesso dentro do mesmo modelo terapêutico, seria importante controlar em futuros estudos, também, o nível de sintomatologia apresentado pelos clientes no início do processo. Isto, porque, atendendo aos resultados obtidos, a frequência da utilização dos tipos de discurso pode estar relacionada com o nível de sintomatologia apresentado pelo cliente no início do processo.

Por fim, atentando à evolução do discurso imerso e distanciado, será importante, em futuros estudos, cruzar a utilização do discurso imerso e distanciado com os modelos teóricos que defendem o progresso em psicoterapia por fases como, por exemplo, o modelo de assimilação (Stiles, 2001, 2011) ou o modelo dos estádios de mudança.

### Referências bibliográficas

- Ana Rita Vaz , Eva Conceição & Paulo P.P. Machado (2013) Guided self-help CBT treatment for bulimic disorders: Effectiveness and clinically significant change. *Psychotherapy Research*, 23(3), 324-332. doi:10.1080/10503307.2013.796424
- Ayduk, O., & Kross, E. (2010a). Analyzing negative experiences without ruminating: The role of self-distancing in enabling adaptive self-reflection. *Social and Personality Psychology Compass*, 10, 841–854.
- Ayduk, O., & Kross, E. (2010b). From a distance: implications of spontaneous self-distancing for adaptive self-reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(5), 809–829. doi:10.1037/a0019205
- Barbosa, E., Bento, T., Amendoeira, M., Mendes, S., Gouveia, J., & Salgado, J. (2011). *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 na UK Chapters, Porto, Portugal.
- Barbosa, E., Lourenço, P., Amendoeira, M., Gouveia, J., & Salgado, J. (2011). *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 Psicología 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, J. (2011). *Cognitive Behavior Therapy. Basics and Beyond*. New York, NY: The Guilford Press.

- 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.
- 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.
- Couto, A. (2013). *Discurso imerso e distanciado do cliente e as intervenções do terapeuta: Estudo de um caso de sucesso em Terapia Focada nas Emoções na depressão (Tese de Mestrado)*. Instituto Universitário da Maia, Maia.
- Dobson, K. (2010). *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. New York, NY: The Guilford Press.
- Elliott, R., Watson, J., Goldman, R., & Greenberg, L. (2004). *Learning Emotion-Focused Therapy. The process-experiential approach to change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., & Williams, J., (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Personality Disorders (SCID-I)*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S., & Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*, *16*(5), 537–549. doi:10.1080/10503300600589456

- Greenberg, L. S. (2014). *Terapia Focada nas Emoções*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, A. (2006). Emotion in psychotherapy: a practice-friendly research review. *Journal of Clinical Psychology*, *62*(5), 611–30. doi:10.1002/jclp.20252
- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2006). *Emotion-Focused Therapy for Depression*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Grossmann, I., & Kross, E. (2010). The impact of culture on adaptive versus maladaptive self-reflection. *Psychological Science : A Journal of the American Psychological Society / APS*, *21*(8), 1150–1157. doi:10.1177/0956797610376655
- 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.
- Honos-Webb, L., Stiles, W. B., & Greenberg, L. S. (2003). A method of rating assimilation in psychotherapy based on markers of change. *Journal of Counseling Psychology*, *50*, 189–198.
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, *3*(41), 209-18.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*(1), 12-19.
- Kross, E. (2009). When the self becomes other: Toward an integrative understanding of the processes distinguishing adaptive self-reflection from rumination. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1167*, 35–40. doi:10.1111/j.1749-6632.2009.04545.x

- 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. doi:10.1177/0146167208315938
- Kross, E., & Ayduk, O. (2009). Boundary conditions and buffering effects: Does depressive symptomology moderate the effectiveness of distanced-analysis for facilitating adaptive self-reflection? *Journal of Research in Personality*, *43*(5), 923–927. doi:10.1016/j.jrp.2009.04.004
- Kross, E., & Ayduk, O. (2011). Making Meaning out of Negative Experiences by Self-Distancing. *Current Directions in Psychological Science*, *20*(3), 187–191. doi:10.1177/0963721411408883
- Kross, E., Ayduk, O., & Mischel, W. (2005). When Asking “Why” Does Not Hurt. *Psychological Science (Wiley-Blackwell)*, *16*(9), 709–715.
- Kross, E., Duckworth, A., Ayduk, O., Tsukayama, E., & Mischel, W. (2011). The effect of self-distancing on adaptive versus maladaptive self-reflection in children. *Emotion*, *11*(5), 1032–1039. doi:10.1037/a0021787
- 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. doi:10.1037/a0028808
- Lambert, M. (2012). The Outcome Questionnaire-45. *Integrating Science and Practice*, *2* (2), 24-27.
- 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
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 569–582.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400–424.
- Norcross, J. C., & Prochaska, J. O. (2002). Using the Stages of Change. *Harvard Mental Health Letter*, 5-7.
- Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2010). Stages of Change. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 67(2), 142-154.
- Petrocelli, J. V. (2002). Processes and Stages of Change: Counseling With the Transtheoretical Model of Change. *Journal of Counseling & Development*, 80, 22-30.
- Pos, A., & Greenberg, L. (2007). Emotion-focused therapy: The transforming power of affect. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37, 25-31.
- Research, Practice, Training*, 38(4), 462-465. doi:10.1037//0033-3204.38.4.462
- Silva, S. (2013). *Imersão, Distanciamento e Ativação Emocional: Comparação de dois casos de sucesso em Terapia Cognitivo-Comportamental e em Terapia Focada nas Emoções (Tese de Mestrado)*. Instituto Universitário da Maia.
- Stiles, W. B. (2001). Assimilation of problematic experiences. *Psychotherapy: Theory*,
- Stiles, W. B., Meshot, C. M., Anderson, T. M., & Sloan, W. W., Jr. (1992). Assimilation of problematic experiences: The case of John Jones. *Psychotherapy Research*, 2, 81-101.
- Verduyn, P., Van Mechelen, I., Kross, E., Chezzi, C., & Van Bever, F. (2012). The Relationship Between Self-Distancing and the Duration of Negative and Positive

Emotional Experiences in Daily Life. *Emotion*, 12(6), 1248–63.

doi:10.1037/a0028289

Whelton, W. J. (2004). Emotional processes in psychotherapy: Evidence across therapeutic modalities. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11(1), 58–71.

William B. Stiles (2011): Coming to terms. *Psychotherapy Research*, 21(4), 367-384.