



IMERSÃO E DISTANCIAMENTO EM PSICOTERAPIA

Nº 30113 - Sara Dias Mesquita

Ano letivo: 2023/24

ESCOLA SECUNDÁRIA CAMILO CASTELO BRANCO

Março/2024

Índice Geral

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 5 |
| 1. Enquadramento conceptual da imersão e do distanciamento na reflexão de experiências pessoais problemáticas | 7 |
| 1.1. O papel da imersão e do distanciamento na reflexão adaptativa versus desadaptativa de experiências pessoais problemáticas | 9 |
| 2. O papel paradoxal da imersão e do distanciamento na mudança em psicoterapia | 16 |
| 3. Papel da imersão e do distanciamento em psicoterapia: a presente dissertação | 23 |
| ESTUDO 1 - IMMERSION AND DISTANCING ACROSS THE THERAPEUTIC PROCESS: RELATIONSHIP TO SYMPTOMS AND EMOTIONAL AROUSAL | 29 |
| 1. Abstract | 29 |
| 2. Introduction | 29 |
| 3. Method | 33 |
| 3.1. Client | 33 |
| 3.2. Therapist | 34 |
| 3.3. Process measures | 34 |
| 3.4. Outcome measures | 36 |
| 3.5. Procedures | 36 |
| 4. Results | 39 |
| 4.1. Immersion and distancing | 39 |
| 4.2. Immersion/distancing and clinical outcome | 40 |
| 4.3. Immersion/distancing and emotional arousal | 40 |
| 5. Discussion | 41 |
| 6. Conclusions | 42 |
| ESTUDO 2 – HOW AND WHEN IMMERSION AND DISTANCING ARE USEFUL IN EMOTION FOCUSED THERAPY FOR DEPRESSION | 43 |
| 1. Abstract | 43 |
| ESTUDO 3 – IMMERSION AND DISTANCING DURING ASSIMILATION OF PROBLEMATIC EXPERIENCES IN A GOOD-OUTCOME CASE OF EMOTION-FOCUSED THERAPY | 43 |
| 1. Abstract | 43 |
| ESTUDO 4 – FLEXIBILITY BETWEEN IMMERSION AND DISTANCING: A DYNAMIC PATTERN THAT BENEFITS SYMPTOMATIC IMPROVEMENT IN DEPRESSION | 43 |
| 1. Abstract | 43 |
| CONCLUSÃO | 44 |
| 1. Discussão integrada dos principais resultados da presente dissertação | 44 |
| 1.1. Padrão de evolução da imersão e do distanciamento associado à mudança clínica | 45 |

| | |
|--|-----------|
| 1.2. Imersão e distanciamento como mecanismos coordenados e dinâmicos envolvidos no processo de mudança terapêutica..... | 50 |
| 2. Limitações e estudos futuros..... | 53 |
| 3. Implicações para a prática clínica..... | 56 |
| 4. Conclusões e considerações finais..... | 57 |
| WEBGRAFIA..... | 58 |

Índice de Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela I - Breve descrição das categorias de imersão e distanciamento..... | 25 |
| Tabela II - Brief description of immersed and distanced speech categories | 35 |
| Tabela III - Relative frequency of type of speech and emotional arousal by phase of treatment..... | 40 |

Índice de Figuras

| | |
|---|----|
| Figura I - Relative frequency of immersion and distancing and clinical symptoms throughout therapy | 39 |
|---|----|

INTRODUÇÃO

As experiências autobiográficas negativas são parte da experiência humana, contribuindo para a definição e idiosincrasia do Self (Rogers, 1961; Stiles, 1990). Atribuir significado a estas experiências é um processo comum do indivíduo que consegue, assim, processar e integrar a experiência emocional (Elliott, Greenberg, Watson, Timulak, & Freire, 2013; Honos-Webb, Surko, Stiles, & Greenberg, 1999; Norcross, Krebs, & Prochaska, 2011; Stiles, 2011). Face a este tipo de experiências, que podem ser dolorosas e até perturbadoras, a maior parte de nós, quase intuitivamente, tende a refletir sobre elas na esperança de compreender os nossos sentimentos e de apaziguar o sofrimento (Smith & Alloy, 2009). De facto, vários estudos têm demonstrado os benefícios da reflexão de experiências problemáticas na saúde psicológica (Pennebaker & Chung, 2007; Wilson & Gilbert, 2008).

Ao refletirmos sobre a experiência, temos a oportunidade de a representar e elaborar cognitivamente, o que potencialmente facilita a adaptação, sendo isto fundamental para melhorar a forma como nos sentimos (e.g., Beck, 1970; Gross, 2013). Contudo, o processo de reflexão também pode ter um efeito prejudicial, ou seja, por vezes, ao refletirmos sobre a experiência negativa, ficamos presos/as a um processo de pensamento rígido e pouco produtivo, que não permite fazer sentido da mesma de um modo ajustado (Brosschot, Gerin, & Thayer, 2006; Denson, Spanovic, & Miller, 2009; Gotlib & Joormann, 2010), podendo mesmo intensificar os estados emocionais negativos. Importa, então, perceber quais são as condições para uma reflexão bem-sucedida.

Numerosos estudos experimentais/laboratoriais têm sido realizados para dar resposta a esta questão (e.g., Ayduk & Kross, 2010b; Kross & Ayduk, 2008, 2011; Kross, Gard, Deldin, Clifton, & Ayduk, 2012). Esses estudos indicam a perspetiva usada na reflexão da experiência negativa como fundamental para determinar a adaptabilidade dessa reflexão. Especificamente, consideram que a experiência pode ser refletida segundo uma perspetiva imersa, i. e., de um ponto de vista egocêntrico; ou distanciada, i. e., de um ponto de vista de observador (Nigro & Neisser, 1983; Robinson & Swanson, 1993). Os estudos têm sido congruentes na interpretação dos resultados, considerando a perspetiva distanciada como benéfica, uma vez que, sendo uma perspetiva mais ampla sobre a experiência, facilita a reconstrução dos sentimentos e a atribuição de significado (e.g., Ayduk & Kross, 2008, 2010b), permitindo uma baixa ativação emocional de emoções negativas (e.g., Kross et al., 2014; Verduyn, Mechelen, Kross, Chezzi, & Bever, 2012). Inversamente, a perspetiva imersa tem sido considerada como desvantajosa, uma vez que, constituindo uma perspetiva em que há um foco nos pensamentos, sentimentos e comportamentos primários associados à experiência, os pensamentos negativos ficam acessíveis de tal forma que absorvem a nossa atenção, alimentando círculos de ruminação (e.g., Ayduk & Kross, 2010a; Kross, Ayduk, & Mischel, 2005) e intensificando o mal-estar sentido (Kross et al., 2014; Kross et al., 2012; Verduyn et al., 2012).

Assim, com base nos estudos experimentais/laboratoriais, conclui-se que a perspetiva distanciada, em contraste com a imersa, é uma perspetiva produtiva quando usada na reflexão da experiência negativa. Em termos clínicos, esta conclusão levanta várias questões, tais como: Devemos evitar a perspetiva imersa quando lidamos com experiências pessoais problemáticas? E em psicoterapia, estes resultados também são válidos? É de salientar que a maior parte destes estudos experimentais não usou amostras clínicas, nem se focou em processos de psicoterapia. Além disso, um dos argumentos usados como efeito

negativo da imersão (ou perspectiva imersa), em oposição ao distanciamento (ou perspectiva distanciada), é o aumento da ativação emocional de emoções negativas. Contudo, existem várias modalidades terapêuticas (e.g., Greenberg, 2002; Samoilov & Goldfried, 2000) apoiadas empiricamente (e.g., Foa & Kozak, 1986) que defendem a ativação emocional de conteúdo negativo como necessária para promover mudança, uma vez que permite um contacto efetivo com a experiência emocional, fundamental para a consciencialização da mesma e posterior reatribuição de significado (e.g., Greenberg, Rice, & Elliott, 1993; Wilson & Gilbert, 2008). Neste sentido, fica a dúvida se a perspectiva imersa pode ser simultaneamente associada ao sofrimento psicológico como também parte de uma resposta corretiva, análoga ao que acontece, por exemplo, com o aumento da temperatura corporal, que é tanto um indicador de infeção, como parte da defesa do organismo contra essa mesma infeção.

Sendo assim, de que forma a imersão e o distanciamento se relacionam com a ativação emocional e com a sintomatologia no sucesso terapêutico? Se tivermos em conta uma perspectiva desenvolvimental da mudança em psicoterapia, um dos primeiros passos do trabalho terapêutico é ativar conteúdos negativos que são parcial ou totalmente evitados impedindo o progresso terapêutico (Caro Gabalda & Stiles, 2009; Elliott et al., 2013). Assim, fomentar o envolvimento emocional com a experiência torna-se fundamental, sendo este um pressuposto transversal a diferentes modalidades terapêuticas (Fosha, 2000; Greenberg, 2002; Samoilov & Goldfried, 2000). Para tal, são normalmente usadas estratégias que envolvem contactar com a experiência na perspectiva de primeira pessoa, privilegiando pensamentos, sentimentos e comportamentos primários associados à experiência negativa, o que corresponde a um movimento de imersão (e.g., Clark e Beck, 2010; Greenberg, 2002). Por exemplo, várias terapias experienciais incentivam os/as clientes a reexperienciarem no próprio momento da terapia estados emocionais desadaptativos que causam sofrimento psicológico, de modo a ficarem próximos/as da experiência, como primeiro passo para processar esses estados emocionais previamente evitados (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004; Greenberg, 2002).

Um outro exemplo são as estratégias comportamentais de exposição, em que é solicitado aos/às clientes detalhes da experiência, pensamentos, sentimentos do ponto de vista egocêntrico de forma a ativar estes processos e, pela exposição contínua, tolerar o medo do confronto com a experiência e alterar a crença de que ela é potencialmente perigosa (Hofmann & Otto, 2008; Payne, Ellard, Farchione, Fairholme, & Barlow, 2014). Portanto, estas estratégias terapêuticas, integradas em protocolos de psicoterapia eficazes, parecem indicar um papel importante da imersão na mudança clínica.

Em suma, apesar de vários estudos atribuírem benefícios ao distanciamento e consequências negativas à imersão, há também outras propostas que sugerem que esses efeitos podem ser opostos, nomeadamente em psicoterapia. Se, por um lado, a elevada imersão pode estar associada à ruminação e à desregulação emocional, impedindo o controlo emocional necessário para a reconstrução da experiência, por outro lado, a reduzida imersão poderá significar falta de envolvimento com a experiência emocional. Tal cenário levanta um problema de estudo interessante: qual o papel relativo de cada uma das perspectivas ao longo do processo psicoterapêutico? Será que a perspectiva imersa é favorável em estádios iniciais da terapia, sendo a perspectiva distanciada mais favorável em estádios posteriores?

Importa, assim, esclarecer quando e como a imersão e o distanciamento são úteis em psicoterapia. Para tal, é necessário o desenvolvimento de estudos longitudinais na

população clínica que permitam avaliar a evolução destes dois fenómenos ao longo do tratamento, bem como examinar o modo como os mesmos estão envolvidos no processo de mudança psicoterapêutico.

Neste sentido, a presente dissertação propôs-se a clarificar o papel da imersão e do distanciamento em psicoterapia através da realização de estudos longitudinais sobre estes dois fenómenos ao longo do processo terapêutico de casos com perturbação depressiva major acompanhados em modalidades terapêuticas contrastantes e com diferentes resultados. Tal é particularmente importante pelo facto de a perturbação depressiva major estar associada a processos de ruminação (e.g., Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008), sendo, assim, pertinente compreender e testar a influência destas duas perspetivas na manutenção e na melhoria clínica desta condição.

1. Enquadramento conceptual da imersão e do distanciamento na reflexão de experiências pessoais problemáticas

Na reflexão de experiências pessoais podemos assumir dois tipos de perspetivas: imersa ou distanciada (Kross et al., 2012; Nigro & Neisser, 1983). Estas perspetivas posicionam-nos de forma contrastante em relação à experiência, quase como se adotássemos ângulos diferentes de reflexão sobre a mesma experiência. Numa abordagem mais metafórica, se a experiência for a de ver um filme, ao assumirmos uma perspetiva imersa estaremos no lugar de uma das personagens, enquanto se assumirmos uma perspetiva distanciada estaremos no sofá a observar o filme, ou seja, a observar essa mesma personagem e o que se passa à sua volta.

Especificamente, a imersão é uma perspetiva egocêntrica no sentido em que o Self que reflete sobre a experiência no momento atual coincide com o Self que experienciou o evento no passado (Nigro & Neisser, 1983; Robinson & Swanson, 1993), ou seja, a pessoa assume o mesmo ponto de vista sobre a experiência. Assim, nesta perspetiva, a experiência é representada na primeira pessoa (“O que aconteceu”; “O que eu senti”; “O que eu pensei”) (Ayduk & Kross, 2010b), sendo que os relatos verbais da experiência focam-se, essencialmente, em descrições concretas e detalhadas dos eventos (e.g., Kross et al., 2005; Kross et al., 2012) e os pensamentos, sentimentos e comportamentos originais/primários associados à experiência tendem a repetir-se (Nigro & Neisser, 1983; Robinson & Swanson, 1993). A título exemplificativo, imaginemos que a “Maria” (caso fictício), na tentativa de compreender os seus sentimentos, está neste momento a refletir sobre uma situação em que não foi convidada para um evento organizado pelo grupo de amigos (Porque é que eu me senti daquela forma naquela situação?). Uma possível ilustração da perspetiva imersa seria:

Estávamos todos juntos (amigos) a conversar sobre viagens quando o João falou do passeio que fizeram ao Gerês (descreve o que o João disse) e eu percebi que combinaram esta saída e não me incluíram. Senti-me tão angustiada que desatei a chorar mal saí dali. Não consigo deixar de pensar como sou invisível para toda a gente.

Neste exemplo, a “Maria” focou-se no que aconteceu e expressou sentimentos e pensamentos que ocorreram naquele evento.

Contrariamente à imersão, no distanciamento, o Self que reflete sobre a experiência no momento atual está separado do Self que experienciou o evento no passado (Nigro & Neisser, 1983; Robinson & Swanson, 1993), ou seja, a pessoa assume um ponto de vista de observador sobre a experiência. Assim, nesta perspectiva, a experiência é representada na terceira pessoa, vendo-se a si mesma na experiência (Ayduk & Kross, 2010b). A “Maria”, ao refletir sobre a situação acima referida, estaria numa perspectiva distanciada ao perguntar-se a si mesma: “Porque é que a Maria se sentiu daquela forma naquela situação?”. Esta posição de observador sobre a própria experiência permite obter uma visão mais ampla sobre as diferentes facetas que a envolvem (Kross et al., 2012). Os relatos verbais focam-se sobretudo na exploração e na explicação de pensamentos, sentimentos e comportamentos, integrando diferentes aspetos da experiência em afirmações que sugerem insight e resolução (e.g., Kross et al., 2005; Kross et al., 2012). Uma possível ilustração da perspectiva distanciada no caso “Maria” seria:

Eu tenho estado ausente do meu grupo de amigos. Também não os convido para sair e não fui só eu que não fui. Acho que fiquei assim porque me senti rejeitada. Parece que parto sempre do princípio de que sou inferior aos outros. Talvez isto venha desde o fim do meu relacionamento com o João, pois, desde essa altura, que me vejo como inferior às outras raparigas.

Neste exemplo, a “Maria” não se focou na descrição do evento em específico, mas, em vez disso, expressou uma visão mais ampla sobre o seu padrão de comportamento nas relações com os outros e forneceu uma possível razão para isso.

É de notar que existem outros conceitos relacionados e que se sobrepõem à noção de distanciamento, o que não se verifica com o conceito de imersão. O distanciamento colide com o conceito de distância psicológica, amplamente estudado em psicologia social e na investigação clínica (e.g., Ayduk & Kross, 2010a), pelo que importa diferenciar os dois conceitos. A distância psicológica é caracterizada pela distância do Self relativa à experiência imediata (experiência egocêntrica direta) a um estímulo no aqui e agora, isto é, dimensão ao longo da qual um objeto ou evento pode estar afastado do Self (Liberman & Trope, 2008; Trope & Liberman, 2010), permitindo uma imagem mais alargada sobre a experiência (Fujita, Trope, Liberman, & LevinSagi, 2006; Trope & Liberman, 2003). Por exemplo, o modelo da Teoria do Nível Construtivo (Construal Level Theory; Bar-Anan et al., 2006) conceptualiza a distância psicológica em quatro dimensões: temporal (distância em termos de tempo), espacial (distância em termos de espaço físico), social (distância em relação aos outros) e hipotética (probabilidade de um evento acontecer). O distanciamento, em particular, é uma perspectiva usada na reflexão da experiência que implica distância psicológica do Self em relação aos seus pensamentos, sentimentos e comportamentos (e.g., Ayduk & Kross, 2010b; Kross & Ayduk, 2017), mas não é uma dimensão da distância psicológica, pois não mede a distância à experiência imediata (Soderberg, Callahan, Kochersberger, Amit, & Ledgerwood, 2015). De acordo com uma vasta linha de investigação (e.g., Ayduk & Kross, 2008, 2009, 2010b; Kross & Ayduk, 2008, 2009; Kross, et al., 2005), o distanciamento poderá ser uma estratégia a usar na reflexão da experiência negativa para criarmos distância psicológica dos nossos próprios sentimentos dolorosos que emergem no contacto egocêntrico direto com essa experiência.

Um dos conceitos mais próximos de distanciamento é o de descentração. A descentração é uma variável metacognitiva que implica a capacidade de observar os próprios pensamentos e sentimentos num estado de aceitação e não-julgamento, considerando-os

como objetos temporários na nossa mente (Fresco et al., 2007), ou seja, nesta perspectiva, a realidade é reconhecida como mutável e não absoluta (Safran & Segal, 1990). Portanto, para estarmos envolvidos/as num processo de descentração, numa primeira instância, teremos de “sair da sua experiência imediata” (Safran & Segal, 1990, p. 117). De acordo com o modelo de processos metacognitivos proposto por Bernstein et al. (2015), sair da experiência imediata reflete um processo de desidentificação da experiência interna, isto é, os estados internos são experienciados como separados do Self que experienciou o evento, mais propriamente a partir da perspectiva de terceira pessoa (Kross et al., 2005; Tagini & Raffone, 2010). Assim, Bernstein et al. (2015) reconhecem o distanciamento como um processo chave na descentração pela promoção da desidentificação dos estados internos, ou seja, olhar para a experiência numa perspectiva de terceira pessoa (distanciamento) facilita o processo de deixar de conceber os pensamentos, emoções e sensações como partes integrantes do Self e passar a considerá-los como elementos separados que não definem a sua identidade (desidentificação da experiência interna).

Congruentemente, outros processos metacognitivos requerem a perspectiva distanciada sobre a experiência, uma vez que sair da experiência imediata e subjetiva é uma condição necessária nestes processos (e.g., Bernstein et al., 2015; Wells, 2000). Especificamente, a posição de terceira pessoa facilita a observação dos estados internos como eventos psicológicos, fundamental para a compreensão dos nossos próprios processos cognitivos (Dimaggio et al., 2009; Dimaggio & Lysaker, 2015; Segal, Williams, & Teasdale, 2013). Por exemplo, a metaconsciência é considerada a capacidade de perceber os processos que ocorrem na consciência (Teasdale et al., 2002). Este processo transcende a consciência do conteúdo (e.g., “Estou a pensar que sou um falhado”), pela observação do processo que envolve o conteúdo (e.g., “Estou a ter um pensamento autocrítico”), ou seja, implica a desidentificação da experiência subjetiva (Bernstein et al., 2015; Vago & Silbersweig, 2012).

É de salientar que, embora o distanciamento seja um fenómeno comum a vários processos associados ao bem-estar psicológico, quer o distanciamento, quer a imersão são apenas duas perspectivas sobre a experiência, não garantindo uma representação produtiva e fiel da realidade (Nigro & Neisser, 1983; Robinson & Swanson, 1993). Contudo, um alargado corpo de investigação experimental e laboratorial tem contribuído para demonstrar a influência destas perspectivas na adaptabilidade da reflexão de experiências pessoais problemáticas (e.g., Ayduk & Kross, 2010b; Kross & Ayduk, 2008, 2011; Kross et al., 2005; Kross et al., 2012; Kross et al., 2014).

1.1. O papel da imersão e do distanciamento na reflexão adaptativa versus desadaptativa de experiências pessoais problemáticas

Há mais de 40 anos que a investigação procura dar resposta a questões acerca da produtividade de refletir sobre experiências pessoais negativas, tais como: refletir sobre experiências perturbadoras é sempre benéfica? As pessoas sentem-se melhor quando refletem sobre os conteúdos negativos? Diversos estudos revelam benefícios da reflexão de experiências problemáticas na saúde psicológica (e.g., Pennebaker & Chung, 2007; Wilson & Gilbert, 2008). De acordo com esta linha de investigação, a reflexão permite representar cognitivamente a experiência, condição necessária para que ocorra a mudança na forma como pensamos sobre a mesma, alcançando novos significados e melhorando o modo como nos sentimos (e.g., Gross, 2013; Ray, Wilhelm, & Gross, 2008; Wilson & Gilbert, 2008). Não

obstante, outros estudos revelam que refletir sobre a experiência problemática pode ser contraproducente. Durante o processo de reflexão acedemos a pensamentos de teor negativo e, na tentativa de os compreender, ficamos presos/as aos mesmos, repetindo círculos rígidos de pensamento que dificultam a criação de novos significados, entrando-se num processo de ruminação (Brosschot et al., 2006; Denso et al., 2009; Gotlib & Joormann, 2010; Moulds, Kandris, & Williams, 2007). A ruminação, por sua vez, intensificará o afeto negativo, agravando o mal-estar sentido (Nolen-Hoeksema, 1991; Nolen-Hoeksema et al., 2008).

Face a estas evidências empíricas contraditórias, diversos estudos procuram dar resposta à questão: “Quais são as condições para uma reflexão adaptativa vs. desadaptativa?” (Kross & Ayduk, 2017, p. 83). Esses estudos identificam a perspetiva usada na reflexão da experiência negativa (i.e., experiências emocionais associadas a conteúdos emocionalmente dolorosos) como determinante na adaptabilidade dessa reflexão. Em particular, a imersão tem sido considerada uma perspetiva desadaptativa, enquanto o distanciamento tem sido considerado uma perspetiva adaptativa. Estas premissas são baseadas nos potenciais efeitos de cada uma na reconstrução da experiência (e.g., Ayduk & Kross, 2010b; Etzel, 2017; Kross & Ayduk, 2011; Kross et al., 2012) e na ativação emocional de emoções negativas (e.g., Kross et al., 2014; Kross et al., 2012; Verduyn et al., 2012).

Na reflexão de uma experiência negativa a partir de uma perspetiva imersa obtemos uma imagem pobre e simplista, na medida em que o foco é dirigido a detalhes concretos e dolorosos, nomeadamente a pensamentos, sentimentos, comportamentos primários/originais e outros aspetos específicos dos eventos (Mclsaac & Eich, 2002). Estes elementos absorvem a nossa atenção, tornando-se presentes e intensificando-se, o que dificulta a exploração de novos significados. O foco contínuo em pensamentos e sentimentos perturbadores (imersão) alimenta círculos de ruminação (Ayduk & Kross, 2010a; Kross et al., 2005) e aumenta a intensidade (Kross et al., 2014; Kross et al., 2012) e a duração do afeto negativo (Verduyn et al., 2012).

Inversamente, na reflexão de uma experiência negativa a partir de uma perspetiva distanciada obtemos uma imagem mais rica e abrangente sobre as diversas facetas da experiência (Mclsaac & Eich, 2002), facilitando a construção de novos significados (e.g., Ayduk & Kross, 2008) e a resolução de problemas (e.g., Ayduk & Kross, 2008, 2010b), isto é, a reconstrução da experiência (e.g., Etzel, 2017; Kross & Ayduk, 2011; Kross et al., 2005; Kross et al., 2012). Kross e Ayduk (2017) assemelham este processo ao que acontece quando pedimos um conselho a um amigo sobre um problema que nos é penoso ou difícil de resolver. Por norma, fazemo-lo porque estamos de tal forma envolvidos/as na experiência que se torna demasiado difícil raciocinar objetiva e distanciadamente sobre os aspetos pessoais que envolvem o problema. Por sua vez, o amigo, estando psicologicamente distante do problema, é capaz de raciocinar construtivamente sobre esses mesmos aspetos, fornecendo conselhos importantes e sensatos. Assim, a perspetiva de terceira pessoa (amigo) implica menor envolvimento emocional, o que parece facilitar o processo de reflexão adaptativa da experiência. De facto, os estudos têm salientado os benefícios do distanciamento pela capacidade de inibir a ativação emocional de emoções negativas na reflexão de experiências negativas problemáticas. Especificamente, ao contrário do que acontece na imersão, quando adotamos uma perspetiva distanciada, o afeto tende a diminuir em termos de intensidade (Kross et al., 2014; Kross et al., 2012) e de duração (Verduyn et al., 2012).

Estes resultados levam os investigadores a reconhecerem no distanciamento a capacidade de regulação emocional (e.g., Ayduk & Kross, 2008, 2010b; Kross et al., 2012; Wisco & Nolen-Hoeksema, 2011). Uma das formas de explicar esta melhor regulação emocional poderá ser o facto de o distanciamento implicar uma mudança de foco de pensamento. Mais detalhadamente, quando assumimos a perspetiva distanciada, em comparação com a perspetiva imersa, focamo-nos menos em conteúdos emocionalmente ativadores e mais na reconstrução da experiência, favorecendo a redução do mal-estar sentido (e.g., Kross & Ayduk, 2008; Kross et al., 2005; Schartau, Dalgleish, & Dunn, 2009). Por exemplo, estudos que se debruçaram sobre os efeitos da imersão e do distanciamento na reflexão de experiências negativas passadas verificaram que maiores níveis de distanciamento predizem menores níveis de afeto negativo e esta relação é mediada pelo aumento da reconstrução da experiência negativa (e.g., Grossmann & Kross, 2010; Park, Ayduk, & Kross, 2016; Penner et al., 2016).

A menor ativação de emoções promovida pelo distanciamento tem efeitos imediatos ou a curto-prazo, mas também a longo-prazo. Estudos em que os/as participantes foram divididos/as em dois grupos (um grupo em que adotaram uma perspetiva distanciada e outro grupo em que adotaram uma perspetiva imersa) revelaram que os/as do grupo distanciado mencionaram sentir menos mal-estar quando lhes foi solicitado para refletirem sobre as mesmas experiências uma semana depois (Ayduk & Kross, 2008; 2009). Sendo assim, o distanciamento revelou ser uma estratégia útil para criar alívio emocional quando refletimos sobre experiências penosas, o que se assemelha à distração.

A distração é uma estratégia muitas vezes usada quando recontamos algo doloroso como forma de reduzir as emoções negativas (Lench, Bench, & Davis, 2015; Rusting & Nolen-Hoeksema, 1998). Apesar desta convergência entre o distanciamento e a distração, estes processos distinguem-se a longo prazo. De facto, investigações que avaliaram as implicações do distanciamento, imersão e distração no afeto a curto e a longo prazo, mostraram que, a curto prazo, não foram encontradas diferenças significativas entre os/as participantes dos grupos de distanciamento e distração, mas sim entre estes grupos e o grupo de imersão, ou seja, os grupos de distração e distanciamento apresentaram menores níveis de mal-estar do que o grupo de imersão. No entanto, a longo prazo (7 dias depois), não sendo manipulada nenhuma das estratégias, o grupo inicial de distanciamento apresentou menos ativação emocional negativa do que os grupos de distração e imersão. Para além destes resultados, o grupo de distanciamento reportou ruminar menos na experiência negativa entre as duas sessões do estudo do que o grupo de distração (Ayduk & Kross, 2008). De acordo com os estudos, o alívio emocional na distração é temporário, pois quando paramos de nos distrair, as emoções negativas são novamente ativadas. Pelo contrário, no distanciamento, muda a representação mental da experiência (reconstrução da experiência), prevenindo a ruminação e permitindo que esses efeitos emocionais sejam duradouros (Ayduk & Kross, 2008; Kross & Ayduk, 2008).

Vários estudos são consistentes quando sugerem o distanciamento como estratégia útil na prevenção da ruminação, impedindo, assim, uma ativação emocional excessiva (Ayduk & Kross, 2008, 2010a; Berman et al., 2011; Kross, 2009; Kross et al., 2005). O distanciamento tem sido associado, por isso, à reconstrução de experiências negativas problemáticas (e.g., Ayduk & Kross, 2010b; Kross & Ayduk, 2008, 2009), funcionando como um mecanismo contra a ruminação (Ayduk & Kross, 2008, 2010a; Berman et al., 2011; Kross, 2009; Kross et al., 2005) e a favor da regulação emocional (e.g., Ayduk & Kross, 2008, 2010b; Berman et al., 2011; Kross

& Ayduk, 2017; Kross et al., 2012; Mischel & Ayduk, 2004). A ruminação e a desregulação emocional dificultam a resolução adaptativa de experiências negativas de conflitos e de ofensas interpessoais, pois induzem o comportamento fisicamente violento ou a hostilidade (e.g., Bushman, Bonacci, Pedersen, Vasquez, & Miller, 2005). Consistentemente, a investigação sobre a imersão e o distanciamento em experiências negativas de hostilidade tem revelado que o distanciamento atenua o comportamento agressivo (Ayduk & Kross, 2010a, 2010b; Mischkowski, Kross, & Bushman, 2012). Nesse sentido, Mischkowski et al. (2012) revelaram que, face a comportamentos provocatórios, os/as participantes do grupo distanciado apresentaram poucos pensamentos de agressividade em relação ao outro, menos sentimentos de raiva e menos comportamentos agressivos, quando comparado com os/as do grupo de imersão.

Portanto, face a experiências negativas, adotar uma perspectiva imersa ou distanciada tem diferentes implicações na forma como pensamos (recontar vs. reconstruir), sentimos (maior ou menor ativação de emoções negativas) e nos comportamos (maior ou menor comportamento agressivo). Dadas estas implicações, adotar uma destas perspectivas pode representar maior ou menor vulnerabilidade a problemas na saúde física (e.g., Ayduk & Kross, 2008; Wisco et al., 2015) e psicológica (e.g., Kross & Ayduk, 2009; Kross et al., 2012).

Em termos físicos, a resposta de stress face a situações psicologicamente dolorosas é comum e adaptativa. Contudo, a contínua exposição ao stress pela recordação de aspetos negativos dos eventos tem como efeito o aumento da tensão arterial, podendo levar a problemas cardiovasculares. A perspectiva distanciada sobre esses eventos tem sido associada a menor reatividade cardiovascular. Mais concretamente, a tensão arterial retorna à estabilidade mais rapidamente quando a reflexão sobre a experiência problemática ocorre segundo uma perspectiva distanciada do que segundo uma perspectiva imersa. Neste sentido, os estudos sugerem que o distanciamento pode funcionar como facilitador da recuperação fisiológica ao stress (e.g., Ayduk & Kross, 2008; Kross & Ayduk, 2010b). Um estudo com veteranos de guerra diagnosticados com stress pós-traumático corrobora estes resultados ao mostrar que estes participantes, quando refletiram sobre a sua experiência de trauma, apresentaram menores níveis de reatividade fisiológica em termos de frequência cardíaca e condutância da pele no grupo distanciado do que no grupo imerso (Wisco et al., 2015).

Em termos psicológicos, a imersão tem sido associada a estados psicopatológicos devido à vulnerabilidade à ruminação e à ativação emocional negativa (Brosschot et al., 2006; Bushman, 2002; Nolen-Hoeksema et al., 2008). Embora seja comum adotarmos uma perspectiva imersa quando recordamos experiências negativas (e.g., Nigro & Neisser, 1983; Robinson & Swanson, 1993), torna-se problemático quando ficamos presos/as a um processo de ruminação e assoberbados/as pelas nossas emoções que nos fazem sentir pior, criando condições para o desenvolvimento de psicopatologia (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Por exemplo, a ruminação prediz (Ciesla & Roberts, 2007) e exacerba (Takagishi, Sakata, & Kitamura, 2013) o humor deprimido, sendo considerado um processo cognitivo que desencadeia e mantém a depressão e a disforia (e.g., Nolen-Hoeksema et al., 2008). Coerentemente, os estudos têm mostrado que pessoas com sintomatologia depressiva tendem a analisar a experiência segundo uma perspectiva imersa (Kross & Ayduk, 2009; Kross, Davidson, & Ochsner, 2009; Kross et al., 2012). Contudo, nos estudos realizados com pessoas avaliadas com sintomatologia depressiva verificou-se que estas mesmas pessoas foram capazes de mudar de perspectiva, adotando uma perspectiva distanciada, e que nesta posição exibiram menos efeitos negativos depois de refletirem sobre as memórias emocionalmente

perturbadoras, nomeadamente: menor reatividade emocional face ao afeto negativo (Kross, 2009; Kross & Ayduk, 2009; Kross et al., 2012; Wisco & NolenHoeksema, 2011), níveis mais baixos de acessibilidade ao pensamento negativo, bem como menos descrição e mais reconstrução da experiência problemática, apresentando menor sintomatologia depressiva (Kross, et al., 2012).

As mudanças parecem também ocorrer a nível cerebral. No estudo de Kross, Davidson, Weber e Ochsner (2009), o distanciamento está associado à redução da ativação do córtex cingulado anterior subgenual. Esta área do cérebro representa um papel fundamental na depressão e na ruminação, uma vez que se apresenta com elevados níveis de ativação em pessoas deprimidas (Ressler & Mayberg, 2007; Rodríguez-Cano, Sarró, Monté, & Maristany, 2014). Outros estudos (Dorfel et al., 2014; Koenigsberg et al., 2009, 2010) associam o distanciamento à redução da ativação da amígdala, uma área também alterada na depressão e com influência no humor negativo. Embora a investigação não reúna consenso quanto à área do cérebro que é ativada, os estudos são unânimes ao considerarem o distanciamento, em oposição à imersão, como uma estratégia útil para perturbações que são mais vulneráveis ao afeto negativo e à ruminação, pois facilita uma reflexão adaptativa de experiências pessoais problemáticas (e.g., Ayduk & Kross, 2010b; Kross, 2009; Kross & Ayduk, 2008; Kross et al., 2009). Neste sentido, Kross (2009) sugere que a mudança de perspetiva, de imersão para distanciamento, sobre as experiências que desencadeiam afeto negativo favorece a reflexão adaptativa, quer na população não clínica, quer na população clínica.

Os benefícios na regulação emocional têm, também, sido estendidos ao afeto positivo. Park et al. (2014) sugerem que o distanciamento pode funcionar como uma ferramenta útil para ajudar as pessoas a lidar com reações emocionais positivas intensas, como é o caso da fase maníaca na perturbação bipolar. Dados os benefícios da perspetiva distanciada, alguns estudos têm sido desenvolvidos com vista a testarem algumas medidas para induzirem as pessoas a adotarem uma perspetiva distanciada, no sentido de servir com o estratégia de intervenção e de prevenção de estados disfuncionais, nomeadamente o uso da terceira pessoa quando se refere a si mesma (“ele/ela” ou o próprio nome) (e.g., Kross et al., 2014).

Em suma, segundo os estudos apresentados, levar as pessoas a refletir sobre experiências negativas a partir de uma perspetiva distanciada permite mudanças na forma como estas representam cognitivamente essas experiências e isso tem implicações positivas no modo como pensam, sentem e se comportam. Assim, o distanciamento, em detrimento da imersão, tem sido concebido como uma perspetiva adaptativa na reflexão de experiências pessoais problemáticas, funcionando como um mecanismo benéfico para a saúde e facilitador do processamento dessas mesmas experiências (e.g., Etzel, 2017; Kross & Ayduk, 2017). As vantagens ao nível da reconstrução da experiência negativa, impedindo a ruminação e/ou reduzindo a ativação de emoções negativas, têm sido transversais nos estados psicopatológicos estudados. Como tal, vários estudos sugerem vantagens terapêuticas do uso desta perspetiva também pela população clínica (e.g., Ayduk & Kross, 2010b; Etzel, 2017; Kross, 2009; Kross & Ayduk, 2008, 2017; Kross et al., 2009).

No entanto, a metodologia usada nos estudos até agora elencados levanta algumas questões quanto à generalização dos resultados encontrados para a população clínica alvo de processo psicoterapêutico. Para que se perceba a relevância deste ponto, é importante fazer uma breve revisão dos procedimentos experimentais gerais utilizados pelos mesmos para avaliar a imersão e o distanciamento.

Os estudos realizados nesta área assentaram sobretudo em dois métodos: manipulação das perspetivas ou classificação da perspetiva assumida de acordo com uma escala de Likert. No primeiro método referido (manipulação das perspetivas), os/as participantes eram instruídos/as a assumirem uma das perspetivas enquanto se recordavam de uma experiência negativa. A título de exemplo, a instrução dada aos/às participantes para assumirem uma perspetiva imersa num dos estudos foi a seguinte:

“Volte para a hora e local da experiência que acabou de se lembrar e veja a cena a acontecer na sua mente. Agora veja a experiência a desenrolar-se através dos seus próprios olhos como se estivesse a acontecer novamente. Repita o evento à medida que este se desenrola na sua imaginação através dos seus próprios olhos...”. (Kross & Ayduk, 2017, p. 87).

Por sua vez, a instrução dada aos/às participantes para assumirem uma perspetiva distanciada foi a seguinte:

“Volte para a hora e local da experiência que acabou de se lembrar e veja a cena a acontecer na sua mente. Agora, dê alguns passos para trás. Afaste-se da situação a um ponto em que pode assistir ao desenrolar do evento à distância e pode ver-se a si mesmo/a no evento. Ao fazer isso, concentre-se no que agora se tornou distante de si. Agora observe a experiência a ocorrer novamente como se estivesse a acontecer distante de si. Repita o evento à medida que este se desenrola na sua imaginação como se estivesse a observar o seu EU distante...”. (Kross & Ayduk, 2017, p. 87).

A partir deste procedimento, os/as participantes que receberam as instruções para a perspetiva imersa constituíram o grupo imerso, enquanto os/as participantes que receberam as instruções para a perspetiva distanciada constituíram o grupo distanciada. Posteriormente, para cada grupo foi solicitado que refletissem e analisassem os sentimentos relativos à sua experiência enquanto mantinham a perspetiva adotada inicialmente. Diferentes tipos de análise foram realizados de seguida com o objetivo de perceber o impacto destas instruções na forma como as pessoas pensam, sentem e se comportam (e.g., Ayduk & Kross, 2008, Kross & Ayduk, 2008; Kross et al., 2012; Grossmann & Kross, 2010; Park et al., 2016). Neste sentido, este método considerava que as instruções dadas serviam como garantia de que todos os/as participantes perceberiam o que era pedido e que estariam a seguir a perspetiva solicitada.

No segundo método (classificação da perspetiva assumida de acordo com uma escala de Likert), os/as investigadores/as procuraram avaliar a imersão/distanciamento espontâneos e, por isso, não manipularam as perspetivas. Ao invés disso, após a reflexão sobre a experiência negativa, foi solicitado aos/às participantes para classificarem o quanto estiveram imersos/as ou distanciados/as (e.g., Ayduk e Kross, 2010b; Verduyn et al., 2012). A escala variava entre 1 e 7 (1 = predominantemente imerso/a; 4 = ambos, mais ou menos igual; 7 = predominantemente distanciada/a). Como forma de garantir que todos os/às participantes classificariam corretamente o grau de imersão/distanciamento, foi-lhes transmitida uma pequena instrução para o preenchimento da escala e uma explicação breve sobre os conceitos:

“...até que ponto sentiu-se como se fosse um/a observador/a distanciada/a do que aconteceu (isto é, assistiu ao desenrolar do evento como um/a observador/a, no qual poderia ver-se a si próprio/a de longe) ou sentiu-se como um/a participante imerso/a

na experiência (ou seja, viu o evento repetir-se através de seus próprios olhos como se estivesse ali novamente)...". (Kross & Ayduk, 2017, p. 90).

Posteriormente a esta classificação, eram realizadas as análises. De acordo com este método, a breve instrução dada para a classificação da escala era suficiente para garantir que todos/as os/as participantes compreenderam os conceitos e que a classificação dada por cada participante foi uma representação real da reflexão realizada.

Já Kuyken e Moulds (2009) usaram, na sua amostra clínica, um método diferente dos restantes estudos. Neste estudo, os/as participantes foram convidados/as a recuperarem memórias à medida que lhes eram apresentadas duas listas de palavras: uma lista de palavras que correspondiam a emoções positivas e outra a emoções negativas. Posteriormente, os/as participantes classificaram a perspectiva usada sobre essas memórias numa escala dicotómica, ou seja, pontuaram se viram a cena através de seus próprios olhos (imersão) ou se viram a cena como se fossem alguém de fora (distanciamento). Neste estudo, há uma conjugação entre experiências de conteúdo negativo e positivo, podendo ser uma variável com implicações nos resultados. Também neste método a breve instrução dada para a classificação de imersão/distanciamento é considerada suficiente para garantir que todos os/as participantes compreenderam os conceitos, sendo a classificação uma representação real da reflexão realizada.

Estes procedimentos levantam algumas questões quanto aos procedimentos usados, nomeadamente:

a) O procedimento de manipulação das perspectivas assume que as instruções são eficazes. No entanto, não existem garantias ou verificação rigorosa de tal resultado. Será que os/as participantes ficaram de facto imersos/as ou distanciados/as? E será que, quando as perspectivas foram manipuladas, os/as participantes se mantiveram na mesma perspectiva ao longo de toda a reflexão?;

b) A classificação da perspectiva segundo uma escala de Likert ou uma escala dicotómica parece ser um procedimento algo rudimentar do ponto de vista psicométrico para garantir fiabilidade nos resultados obtidos. Seriam, por isso, aconselháveis meios que pudessem consolidar esta linha de estudo;

c) Os estudos na área quase só se focam em experiências negativas. Salienta-se, como exceção, o estudo de Kuyken e Moulds (2009), através do qual foram estudadas experiências negativas e positivas. Será que os efeitos da imersão/distanciamento seriam diferentes se fossem avaliados em experiências negativas e em experiências positivas separadamente? Por exemplo, Verduyn et al. (2012), com o seu estudo sobre a duração do afeto de acordo com a perspectiva usada na reflexão da experiência, lança a sugestão muito pertinente de que o distanciamento poderá ser útil em experiências negativas para minimizar os efeitos negativos; inversamente, a imersão poderá ser útil em experiências positivas para maximizar os seus efeitos.

Estes aspetos metodológicos levantam algumas questões relativamente ao método usado para avaliar as variáveis centrais nesta área e sinalizam a importância de um aprofundamento e consolidação dos métodos. Além disso, no que toca a aplicar estes resultados à psicoterapia, deveremos avançar com mais prudência. Um aspeto particularmente importante para o propósito do presente trabalho prende-se com o facto da quase totalidade destes estudos se afastar da realidade vivida num processo

psicoterapêutico. Na revisão da literatura a este respeito, só encontramos um estudo que envolvia a avaliação dos efeitos da psicoterapia no distanciamento e imersão, comparando os valores destas duas variáveis antes e depois da intervenção. É particularmente relevante notar que esse estudo apresentou resultados contraditórios com a imagem global anteriormente partilhada. Especificamente, o estudo de Kuyken e Moulds (2009), integrado no ensaio clínico que comparava a terapia cognitiva baseada em mindfulness (MBCT; mindfulness-based cognitive therapy) com o tratamento a partir de medicação antidepressiva em participantes diagnosticados/as com depressão, mostrou que os/as que adotaram uma perspetiva imersa no pré-tratamento em MBCT obtiveram menores níveis de sintomatologia depressiva no pós-tratamento.

Estes resultados lançam, assim, algumas dúvidas quanto ao papel do distanciamento na psicoterapia. Estas dúvidas são exacerbadas pelo facto de noutros estudos na área, onde alguma intervenção psicológica foi facultada, as perspetivas usadas pelos/as participantes terem sido avaliadas apenas antes da intervenção psicológica, não nos dando informação quanto aos benefícios/malefícios das mesmas ao longo do processo terapêutico. Aliás, quase todos estes estudos focaram as suas análises num momento específico, adotando uma visão sincrónica sobre estas perspetivas – e quando não o fizeram, os intervalos de tempo considerados entre as avaliações foram muito curtos (por exemplo, uma semana). Sendo assim, ficamos sem uma imagem clara dos efeitos da psicoterapia nas duas perspetivas em análise. Além disso, sabendo-se que a terapia ocorre ao longo de um processo acompanhado de diversas mudanças (e.g., Caro, Gabalda, & Stiles, 2009; Gonçalves & Ribeiro, 2012), podemos questionar se estas perspetivas terão efeitos diferentes em momentos ou fases terapêuticas distintas.

Portanto, a investigação na área é quase unânime ao reconhecer o potencial da perspetiva distanciada na saúde física e mental na reflexão de experiências pessoais problemáticas, sugerindo que a perspetiva usada é uma variável relevante em terapia. Contudo, algumas questões metodológicas já referidas colocam em causa a generalização dos resultados obtidos para o processo terapêutico. Assim sendo, lançamos a questão: quais são os efeitos da imersão e do distanciamento na mudança clínica em psicoterapia? É essa questão que iremos explorar ao longo do próximo tópico.

2. O papel paradoxal da imersão e do distanciamento na mudança em psicoterapia

As pessoas procuram ajuda psicológica no sentido de melhorar as estratégias para lidar com as suas experiências problemáticas que provocam pensamentos e sentimentos desconfortáveis e dolorosos. Assim, a população clínica parece ser a população que mais beneficia de estratégias que impedem estilos de resposta desadaptativos. Sendo a psicoterapia um contexto privilegiado no que concerne à reflexão de experiências pessoais problemáticas (Smith, Glass, & Miller, 1980), os estudos experimentais/laboratoriais apontam o distanciamento como uma estratégia com potencial a nível terapêutico, nomeadamente em problemáticas vulneráveis ao afeto negativo e à ruminação. Estes estudos defendem que, mesmo na população clínica, o distanciamento, em oposição à imersão, permite que o indivíduo lide e processe as experiências negativas de modo adaptativo, devido aos seus efeitos na redução da ativação emocional (e.g., Kross, 2009; Kross & Ayduk, 2009; Kross et al., 2012; Wisco & Nolen-Hoeksema, 2011) e reconstrução da experiência (e.g., Etzel, 2017; Kross

et al., 2012). Contudo, estudos sobre imersão/distanciamento durante o processo terapêutico não foram encontrados e os resultados, sobretudo experimentais/laboratoriais, possuem alguns constrangimentos metodológicos, tal como foi referido no ponto anterior desta introdução. Além disso, numa análise atenta da literatura existente acerca da utilidade de alguns fenómenos em contexto terapêutico, conseguimos extrapolar indicações convergentes, mas também divergentes dos estudos experimentais/laboratoriais quanto ao papel de cada uma destas perspetivas na reflexão de experiências negativas. Por exemplo, conseguimos encontrar indicações teóricas quanto aos benefícios do distanciamento no tratamento psicológico. Paradoxalmente, também conseguimos encontrar investigação que sugere efeitos negativos desta perspetiva em psicoterapia, contribuindo para a manutenção dos estados psicopatológicos (e.g., Gross, 2007; Kennedy-Moore & Watson, 2001).

Relativamente aos benefícios do distanciamento no tratamento psicológico, de acordo com a investigação sobre a regulação emocional em psicoterapia, a reavaliação cognitiva tem sido identificada como uma estratégia eficaz para obter controlo emocional sobre situações potencialmente dolorosas, mais precisamente para obter a diminuição da experiência emocional negativa (Gross, 1998, 2015; Gross & John, 2003). Esta estratégia consiste em reinterpretações baseadas em evidências realistas de situações que provocam a emoção, o que implica uma postura de observador em relação a diferentes facetas da experiência, ou seja, um ponto de vista mais abrangente e diferenciado do ponto de vista inicial (Gross, 2007). A reavaliação cognitiva permite, assim, mudar o significado emocional de situações negativas ou ameaçadoras e obter respostas emocionais mais adaptativas (Duckworth, Gendler, & Gross, 2016; Gross, 2015). Esta estratégia é baseada nas técnicas de terapia cognitiva tradicionais. Por exemplo, no protocolo de regulação emocional de Gross (2007), face a pessoas com pensamentos de sobrestimação do perigo e catastrofização, típicos na depressão e ansiedade, é aplicada a reavaliação cognitiva, ensinando os/as clientes a usarem técnicas de reestruturação cognitiva para avaliar situações de forma adaptativa. De facto, a terapia cognitiva assume o distanciamento em relação às experiências pessoais negativas como uma pré-condição essencial na reestruturação cognitiva, a fim da reconstrução de pensamentos desadaptativos e consequente mudança terapêutica (Beck, 1970; Ma & Teasdale, 2004). Esta fase do tratamento conduz ao alívio dos sintomas clínicos e facilita a aplicação dos outros componentes do tratamento em clientes que se preparam para enfrentar estímulos que provocam emoções negativas (Beck, 1970; Gross, 2007). Assim, ensinar os/as clientes a refletirem, cada vez mais autonomamente, sobre a sua experiência negativa de forma distanciada é um objetivo da terapia, pois julga-se ser essencial para o trabalho terapêutico, mas também para a eficácia do tratamento a longo prazo – os/as clientes conseguirem, após o término da terapia, refletir sobre a sua experiência de forma regulada e produtiva, impedindo recaídas (Ingram & Hollon, 1986).

A reflexão distanciada sobre experiências pessoais problemáticas parece ser um princípio inerente à terapia cognitiva, mas também a outras modalidades terapêuticas como, por exemplo, o mindfulness. Na terapia de mindfulness, a descentração é um ingrediente de base (e.g., Hayes-Skelton & Graham, 2012), conceito que se sobrepõe ao distanciamento (Bernstein et al., 2015), tal como já foi referido nesta introdução.

Também em terapias mais experienciais como a terapia focada nas emoções, encontramos tarefas e técnicas, frequentemente aplicadas em fases mais tardias do processo terapêutico, que são consistentes com a perspetiva distanciada. Por exemplo, no “trabalho de cadeira” (tarefa típica da terapia focada nas emoções para o tratamento da depressão) o/a

cliente é incentivado/a a distinguir diferentes partes de si como duas personagens ou “vozes” distintas com o objetivo de criar novos significados. Esta tarefa promove uma leitura mais diferenciada da sua dinâmica interna, fomentando a perspetiva de observador sobre estas personagens ou “vozes”. Observá-las ajuda a perceber o seu funcionamento e a criar formas alternativas de interpretar a experiência (Greenberg & Watson, 2006). Aliás, uma das técnicas usadas nesta tarefa é tratar as diferentes partes de si por “tu” ou pelo próprio nome e, de acordo com o estudo de Kross et al. (2014), referir-se a si mesmo/a pelo próprio nome é uma estratégia que induz o distanciamento. A terapia focada nas emoções também parece promover o distanciamento no sentido de regular as emoções intensas de afeto negativo que levaram o/a cliente a ficar assoberbado/a. “Limpar o espaço” é uma tarefa ilustrativa deste fenómeno. Aqui, o/a cliente é convidado/a a criar uma “distância de trabalho”, isto é, a observar o objeto problemático fora de si, num lugar à sua escolha, de forma a criar um espaço seguro e distante da questão problemática em causa (Elliott et al., 2004). Assim, pretende-se baixar a ativação emocional de emoções negativas.

Numa análise global, as evidências até agora apresentadas sobre o distanciamento em psicoterapia são consistentes com os estudos experimentais/laboratoriais quanto à importância do distanciamento, quer do ponto de vista da reconstrução da experiência (e.g., Etzel, 2017; Kross et al., 2012), quer do ponto de vista da diminuição do afeto negativo (e.g., Kross, 2009; Kross & Ayduk, 2009; Kross et al., 2012; Wisco & Nolen-Hoeksema, 2011). Sendo assim, em psicoterapia devemos fomentar o distanciamento e evitar a imersão?

Na verdade, tendemos a olhar para o distanciamento como um mecanismo que permite alcançar uma visão mais realista e produtiva, uma vez que nos coloca numa posição mais ampla sobre a experiência, expressando conteúdos que sugerem insight e resolução. Contudo, tal como foi referido no início desta dissertação, estes conteúdos podem não ser uma representação fiel ou produtiva da realidade. A investigação tem mostrado que uma das estratégias para evitar o sofrimento é racionalizar sobre a experiência negativa. A racionalização é um processo semelhante à reavaliação cognitiva e, por isso, envolve uma postura de observador, muito embora ocorra de uma forma desajustada. Esta estratégia consiste na reinterpretação da situação com base em evidências que apenas permitem um alívio imediato, mas é ineficaz na resolução do problema e na gestão das emoções negativas (Gross, 2007).

Concebamos o exemplo da “Maria” mencionado aquando da definição de imersão e distanciamento. Face à mesma experiência (a “Maria” não foi convidada para um evento organizado pelo grupo de amigos), uma outra ilustração da perspetiva distanciada menos adaptativa poderia ser:

Agora, olhando para o meu passado, vejo que me sinto muitas vezes rejeitada pelos meus amigos. Nunca me tinha apercebido disto. Talvez eu não deva investir nas relações. Realmente, consigo fazer as mesmas coisas sozinha sem precisar de lidar com este tipo de problemas.

Neste exemplo, a “Maria” não se focou na descrição do problema e expressou uma visão mais ampla sobre seu padrão de comportamento nas relações com os outros, fornecendo uma possível resolução. Contudo, numa análise mais fina, a reinterpretação dada à situação é inválida, pois as amizades para si são importantes, pelo que esta é apenas uma forma de evitar o sofrimento associado ao evento. Provavelmente, isto funcionará

temporariamente, uma vez que não a move para uma ação no sentido de resolução efetiva do problema.

As estratégias de evitamento nem sempre são problemáticas, uma vez que permitem a regulação emocional de conteúdos penosos, culminando em melhores resultados sintomatológicos (e.g., Bonanno, Keltner, Holen, & Horowitz, 1995; Gross, 2007; Kennedy-Moore & Watson, 2001). Além disso, estas ajudam a lidar com questões iminentes do dia-a-dia de modo mais eficaz e funcional (Gross, 2007). No entanto, o uso contínuo de estratégias de evitamento pode gerar e manter estados psicopatológicos (e.g., Gross, 2007; Moroz & Dunkley, 2019), potenciando as preocupações e as crenças irrealistas (e.g., Akbari & Khanipour, 2018) e protelando a resolução dos problemas (Kashdan, Barrios, Forsyth, & Steger, 2006). O sofrimento pode atingir proporções de tal forma elevadas que as pessoas acham-se incapazes de lidar com ele. O envolvimento emocional é visto como perigoso, insuportável, gerando medo de falhar ou de serem “absorvidas” pelas emoções negativas. O evitamento é uma estratégia que permite atenuar essas emoções, pelo não contacto com as mesmas, mas não permite infirmar as crenças acerca da sua perigosidade. Aliás, esta estratégia valida e potencia a sensação de ineficácia para lidar com o problema, alimentando círculos de preocupação e medo da re-experienciação (e.g., Espejo, Gorlick, & Castriotta, 2017; Kashdan et al., 2006). É o caso de pessoas com perturbação de stress pós-traumático (PSPT), que pelo medo do sofrimento associado ao trauma, evitam esse sofrimento bloqueando o confronto adaptativo com as memórias do trauma (e.g., Berntsen, Willert, & Rubin, 2003). Consistentemente, Mclsaace Eich (2004) verificaram, no seu estudo, que os/as participantes expostos/as ao trauma com PSPT usavam mais a perspetiva de observador quando recordavam memórias emocionais relacionadas com o trauma do que os/as participantes sem PSPT. Além disso, a maior parte dos/as participantes que usou a perspetiva de observador afirmou que o fez para evitar a re-experienciação do trauma (Mclsaac & Eich, 2004). Face a estes resultados, os autores sugerem que a perspetiva de observador pode representar um mecanismo usado por estas pessoas para evitar o conteúdo emocional negativo e a ansiedade decorrentes das memórias traumáticas.

À semelhança do que acontece na PTSD, outros problemas psicológicos, como a ansiedade (e.g., Mkrтчian, Aylward, Dayan, Roiser, & Robinson, 2017; Kashdan et al., 2014) e a depressão (e.g., Huang, Chen, & Tseng, 2019), são, muitas vezes, geridos e mantidos a partir de estratégias de evitamento (Coles, Turk, Heimberg, & Fresco, 2001; Gross, 2007), impedindo as pessoas de usufruir dos benefícios da emoção (Gross, 2007; Kennedy-Moore & Watson, 2001). Mais concretamente, a emoção “fornece informações importantes sobre os nossos estados internos e externos, e isso pode ser necessário para identificar e compreender as emoções antes de decidir se e como regulá-las” (Gross, 2007, p. 555).

De facto, diversas modalidades terapêuticas (e.g., Greenberg, 2002; Samoilov & Goldfried, 2000) apoiadas empiricamente (e.g., Foa & Kozak, 1986) incentivam o envolvimento emocional como forma de impedir o evitamento e de beneficiar das vantagens da emoção, sobretudo numa fase inicial do processo terapêutico. Para tal, usam estratégias que sugerem imersão (e.g., Clark & Beck, 2010; Greenberg, 2002), o que nos dá indicações teóricas acerca dos benefícios da imersão em psicoterapia e contraria o papel exclusivamente negativo da imersão defendido pelos estudos experimentais/laboratoriais. É o caso das terapias experienciais, nomeadamente a terapia focada nas emoções, que privilegia o envolvimento emocional pelo contacto com os estados emocionais desadaptativos que causam sofrimento. O objetivo central é que os/as clientes tomem consciência dos seus

estados internos, de modo a processá-los e a transformá-los (Elliott et al., 2004; Greenberg, 2002). De acordo com esta modalidade terapêutica, a pessoa precisa de estar perto da sua própria experiência, considerando que a única forma de a mudar é através dela mesmo – “the only way out is through” (Pascual-Leone & Greenberg, 2007, p. 875). Por exemplo, no tratamento da depressão, o primeiro passo da intervenção é adquirir acesso gradual ao estado depressivo central desadaptativo, que pode envolver emoções nucleares diferentes, como a vergonha ou medo (Greenberg & Watson, 2006). Para isso, o/a cliente é estimulado/a a refletir sobre essas emoções dolorosas num contexto acolhedor e seguro a partir de uma perspectiva de primeira pessoa (Elliott et al., 2004; Greenberg, 2002; Greenberg & Watson, 2006). O/A terapeuta pode sugerir a reflexão da experiência a partir da perspectiva imersa solicitando ao/à cliente que se foque nos estados físicos e emocionais que esse episódio provoca (Elliott et al., 2004). O intuito deste exercício é que a emoção seja sentida, isto é, ativada para ser reexperienciada no presente – aqui e agora (Elliott et al., 2004; Greenberg, 2002). Estes dados são consistentes com os estudos experimentais/laboratoriais quanto ao potencial da imersão na ativação emocional (e.g., Kross, 2009; Kross & Ayduk, 2009; Kross et al., 2012; Wisco & NolenHoeksema, 2011). No entanto, aqui a ativação emocional de conteúdo negativo é vista como adaptativa, permitindo tomar consciência do seu estado interno e combater o evitamento, aprendendo a tolerar e a aceitar as emoções dolorosas subjacentes (Greenberg, 2004). Segundo este modelo, a ativação emocional é o primeiro passo no sentido da criação de novos significados, bem como de respostas emocionais mais adaptativas, compatíveis com as necessidades do/a cliente (Elliott et al., 2004; Greenberg & Watson, 2006). Coerentemente, dados empíricos mostram que a ativação emocional é um processo que estimula a ativação de estruturas e informações emocionais, permitindo uma maior consciencialização e facilitando a reattribution de significado e transformação emocional (e.g., Elliott et al., 2013; Greenberg et al., 1993; Pennebaker & Graybeal, 2001; Smyth, 1998; Wilson & Gilbert, 2008).

O contacto com a experiência, envolvendo ativação emocional, é também um princípio de base das estratégias de exposição realizadas na terapia comportamental (Hofmann & Otto, 2008; Payne et al., 2014), sendo que, também aqui, a imersão parece ter um papel importante. Especificamente, o/a cliente é incentivado/a a ativar as sensações físicas e as emoções temidas ficando imerso/a na situação por tempo suficiente até diminuir essa ativação. Vários exercícios, envolvendo imersão na experiência perturbadora, podem ser necessários para impedir o evitamento e para o/a cliente desenvolver um processo de habituação à ativação das sensações físicas e emocionais indesejadas. Isso, por sua vez, permite a diminuição da ativação e desperta o/a cliente para a avaliação do significado e do impacto da sua experiência (Kennedy-Moore & Watson, 2001; Payne et al., 2014). O objetivo é facilitar a reavaliação das suas crenças, percebendo que o sofrimento é tolerável e gerível e não tão perigoso como previa (Payne et al., 2014).

Mesmo a terapia cognitiva, no início do trabalho, fomenta o envolvimento emocional, ainda que isso cause sofrimento. Para o efeito, parece incentivar a reflexão da experiência a partir da perspectiva de primeira pessoa. Neste tipo de modalidade terapêutica, o/a terapeuta procura que o/a cliente expresse a sua perspectiva de primeira pessoa sobre os eventos de modo a aceder a crenças/pensamentos disfuncionais, muitas vezes evitados ou desconhecidos, e que podem estar a manter um padrão de pensamento patológico. Aceder a crenças/pensamentos disfuncionais é o primeiro passo no sentido da criação de visões alternativas mais realistas sobre a experiência (e.g., Beck, 1970, 1979; Young, Rygh,

Weinberger, & Beck, 2014). Por exemplo, de modo a contornar as estratégias de evitamento na PSPT e aceder aos pensamentos disfuncionais relacionados com o trauma, Clark e Beck (2010), no seu protocolo de intervenção nesta perturbação, indicam como estratégia escrever uma história detalhada acerca do evento traumático. É solicitado ao/à cliente que reflita sobre os pensamentos, sentimentos e comportamentos tal como foram experienciados no momento do trauma, ou seja, segundo a perspectiva de primeira pessoa. A construção de uma narrativa sobre os eventos dolorosos, ainda que seja descrita sob um ponto de vista egocêntrico, promove a sensação de controlo sobre algo que inicialmente parece ser incontrollável, criando a oportunidade de a reconstruir.

No mesmo sentido, Stiles (1995) afirma que as autorrevelações do tipo “eu penso...”, “eu sinto-me...”, típicas de uma perspectiva de primeira pessoa (Nigro & Neisser, 1983; Robinson & Swanson, 1993), embora possam provocar elevados níveis de sofrimento, são importantes na integração e na assimilação das experiências problemáticas (Stiles, 1995). Assim, em psicoterapia, atribuir à perspectiva imersa uma conotação negativa pela ativação emocional de conteúdo doloroso, tal como é sugerida pelos estudos experimentais/laboratoriais (e.g., Kross et al., 2014; Verduyn et al., 2012), não parece ser propriamente adequado face àquilo que é o papel da ativação emocional neste contexto. Pelo contrário, a ativação emocional tem um papel positivo e importante na promoção da mudança clínica, sobretudo em fases iniciais da terapia, sendo um princípio transversal a várias abordagens terapêuticas (Fosha, 2000; Greenberg, 2002; Samoilov & Goldfried, 2000).

Com base nestes dados, será que a reflexão segundo uma perspectiva imersa em experiências pessoais negativas pode prever o movimento no sentido da mudança, mesmo que isso não implique elevados níveis de bem-estar? Por outras palavras, será que em psicoterapia a diminuição da imersão é um resultado esperado, mas não propriamente um processo negativo? Podemos argumentar que a imersão pode ser uma perspectiva produtiva e necessária, envolvendo a ativação emocional, através da qual os/as terapeutas e clientes têm acesso a experiências muito dolorosas, o que vai permitir um trabalho terapêutico adicional. Esta hipótese é baseada nas indicações teóricas e empíricas explanadas nesta secção acerca das potencialidades da imersão na ativação emocional a fim de permitir o envolvimento com a experiência. Contudo, também foram encontradas, paradoxalmente, potencialidades do distanciamento pelas razões contrárias, nomeadamente pela redução da ativação emocional de conteúdo negativo, permitindo a reconstrução da experiência (Beck, 1970; Ma & Teasdale, 2004), tal como defendido pelos estudos experimentais/laboratoriais (e.g., Etzel, 2017; Kross et al., 2012). Todavia, de acordo com Carryer e Greenberg (2010), o mais prejudicial em terapia não é a fraca ou a elevada intensidade da emoção, mas sim a frequência com que a ativação ocorre. No tratamento da depressão, por exemplo, a frequência moderada, em oposição a frequências elevadas ou baixas, de intensa ativação emocional promove a diminuição de sintomas depressivos e psicopatológicos e o aumento da autoestima no final do tratamento. Especificamente, o insucesso terapêutico pode dever-se a dois extremos: demasiada ou pouca quantidade de ativação emocional. Por um lado, a reduzida quantidade de ativação emocional pode indicar falta de envolvimento com a experiência, bem como evitamento. Por outro lado, a excessiva ativação emocional pode levar à desregulação emocional, impedindo o progresso terapêutico (Carryer & Greenberg, 2010). Sendo assim, podemos questionar o potencial da imersão sobre as experiências problemáticas pessoais quando ocorre de forma prolongada. Por outras palavras, será que o foco excessivo na experiência negativa a partir de uma perspectiva imersa é prejudicial,

comprometendo o resultado terapêutico? Considerando também os resultados dos estudos experimentais/laboratoriais, excessiva imersão pode promover a ruminação (e.g., Ayduk & Kross, 2010a; Kross et al., 2005) e demasiada ativação emocional (e.g., Kross et al., 2014; Kross et al., 2012; Verduyn et al., 2012), dificultando o controlo emocional necessário para a reconstrução da experiência. Em contrapartida, o distanciamento pode ser útil para alcançar uma reflexão mais adaptativa.

Tomando em consideração estas possibilidades, será que estas perspetivas são mutuamente exclusivas em relação à sua utilidade na mudança em psicoterapia? Podemos colocar a hipótese da imersão e do distanciamento coocorrerem de forma benéfica em psicoterapia, sendo a imersão útil até um certo ponto do processo terapêutico, a partir do qual o distanciamento é necessário. De uma maneira mais geral, um dos primeiros passos em psicoterapia é o envolvimento com a experiência, refletindo sobre os conteúdos negativos na perspetiva de primeira pessoa. Por um lado, isso levará à ativação emocional de emoções negativas, enquanto, por outro lado, facilitará a criação de uma nova consciência acerca da própria experiência, abrindo caminho para o distanciamento, o qual poderá ser útil nos estádios posteriores da terapia.

Portanto, várias hipóteses podem ser lançadas, e todas sugerem implicações na mudança clínica, salientando a pertinência de estudos que permitam esclarecer o papel da imersão e do distanciamento em psicoterapia, nomeadamente na reflexão de experiências pessoais negativas. Mais detalhadamente, revela-se fundamental o desenvolvimento de estudos que esclareçam a relação entre imersão/distanciamento e ativação emocional, bem como estudos que clarifiquem em que condições a imersão e o distanciamento são úteis e prejudiciais na mudança clínica. Para dar resposta a estas necessidades, julga-se fundamental ter em consideração algumas questões metodológicas para a investigação na área que não foram endereçadas em estudos anteriores.

Em primeiro lugar, olhar para as perspetivas imersa e distanciada de forma sincrónica parece ser uma visão demasiado simplista e redutora, impossibilitando a avaliação do potencial real destes dois fenómenos. As indicações teóricas, que foram apontadas ao longo desta secção sobre a imersão e o distanciamento em psicoterapia, sugerem a importância destes fenómenos em momentos específicos do processo de intervenção psicológica, o que realça a importância de estudos longitudinais nesta área.

Em segundo lugar, e na sequência do ponto anterior, até ao momento, os estudos sobre imersão e distanciamento avaliam estas perspetivas em momentos específicos, considerando a adaptabilidade destas perspetivas segundo alguns parâmetros, como a ativação emocional (e.g., Kross et al., 2014; Kross et al., 2012; Verduyn et al., 2012) e a reconstrução da experiência (e.g., Etzel, 2017; Kross et al., 2012). Isto, para além de ter por base uma visão estática em relação ao problema, ou seja, não tem em conta a fase de resolução em que se encontra, apenas fornece uma leitura rígida em relação às próprias perspetivas, sendo estas consequentemente classificadas como opostas e independentes. Contudo, em psicoterapia a mudança passa pela transformação dinâmica e integradora dos processos que a envolvem (Fisher, Newman, & Molenaar, 2011; Gonçalves, Matos, & Santos, 2009; Heinzl, Tominschek, & Schiepek, 2014; Pascual-Leone, 2009; Ribeiro, Bento, Salgado, Stiles, & Gonçalves, 2011; Stiles, 2011). Neste sentido, torna-se fundamental analisar como a imersão e o distanciamento podem ser enquadrados noutros modelos desenvolvimentais de mudança, mais precisamente, analisar como estas perspetivas estão envolvidas no processo

de mudança psicoterapêutica, bem como delinear análises mais detalhadas que permitam testar possíveis dinâmicas entre os fenómenos.

Em terceiro lugar, e integrando os pontos anteriores, estudos de processo-resultado serão necessários para compreender o papel da imersão e do distanciamento em psicoterapia. Os estudos de processo-resultado permitem alargar o conhecimento sobre os fenómenos relacionados com o resultado terapêutico e a mudança psicoterapêutica (Llewelyn, Macdonald, & Aafjes-van Doorn, 2016). Para além de permitirem detetar os processos promotores de mudança, estes estudos facilitam o desenvolvimento de teorias que suportem a prática clínica e podem apoiar os/as terapeutas em formas mais eficazes de intervir (Hardy & Llewelyn, 2015). Neste sentido, acredita-se que este tipo de estudos sobre imersão e distanciamento seja vantajoso, uma vez que poderá fornecer indicações úteis para melhorar a qualidade e a eficácia das intervenções.

Em suma, caracterizar o distanciamento como benéfico e a imersão como prejudicial quando refletimos sobre experiências pessoais problemáticas parece não ser totalmente representativo do que se passa em psicoterapia. Conseguimos encontrar indicações que sugerem exatamente o contrário. Este facto lança dúvidas quanto ao potencial destas perspetivas, quer a nível da recuperação clínica, quer ao nível da manutenção de estados psicopatológicos. Clarificar o papel da imersão e do distanciamento em psicoterapia revela-se assim fundamental. Neste sentido, são necessários estudos de processo-resultado em contexto psicoterapêutico que permitam uma visão mais integrada e longitudinal sobre estes fenómenos.

3. Papel da imersão e do distanciamento em psicoterapia: a presente dissertação

A presente dissertação pretende clarificar o papel da imersão e do distanciamento em psicoterapia. Os objetivos centrais prendem-se em colmatar a lacuna da investigação sobre estas perspetivas no processo terapêutico, bem como contribuir com conhecimento que possa ser útil para aprimorar a qualidade da prática clínica. Neste sentido, foram desenvolvidos quatro estudos (apresentados nos próximos capítulos) que visam dar resposta às questões e hipóteses elencadas ao longo desta introdução.

Para o efeito, o primeiro trabalho realizado no âmbito desta dissertação foi a criação de uma medida para identificar a perspetiva imersa e distanciada em psicoterapia. Esta medida tem o nome de “Medida do Discurso Imerso e Distanciado” (MIDS – Measure of Immersed and Distanced Speech; Barbosa, Silva, Castro, Pinto-Gouveia, & Salgado, 2017) e esteve na base dos quatro estudos referidos. A MIDS é uma medida observacional que permite identificar estas duas perspetivas a partir do discurso transcrito do/a cliente. Foi baseada na definição teórica dos estudos mais relevantes sobre estas perspetivas (e.g., Ayduk & Kross, 2010b; Kross & Ayduk, 2008, 2009; Kross et al., 2005; Kross et al., 2012; Nigro & Neisser, 1983; Robinson & Swanson, 1993), classificando o discurso de acordo com cinco categorias mutuamente exclusivas. As afirmações de descrição (what statements) e afirmações de atribuição (attributive statements) são representativas do discurso imerso, enquanto as afirmações de insight (insight statements) e as afirmações de resolução (closure statements) são representativas do discurso distanciado. Quando numa parte do discurso estas categorias não são passíveis de serem identificadas, o excerto é classificado como outras

afirmações. Relativamente às categorias de imersão, estas focam-se na perspetiva de primeira pessoa, privilegiando relatos verbais centrados em detalhes dos eventos, bem como pensamentos, sentimentos, comportamentos originais/primários, tal como experienciados pelo/a cliente: “o que aconteceu / o que eu pensei” (afirmações de descrição) ou “como me senti” (afirmações de atribuição). Por sua vez, as categorias de distanciamento focam-se na perspetiva de observador, privilegiando relatos verbais centrados na explicação/exploração e integração de várias particularidades da experiência (afirmações de insight), ou uma visão ampla sobre a experiência, tendo em consideração as experiências presentes e passadas (declarações de resolução). A Tabela 1 descreve mais detalhadamente esta medida, e contempla relatos verbais ilustrativos de cada categoria.

Cabe ressaltar que a MIDS visa identificar a perspetiva imersa ou distanciada, considerando o conteúdo das afirmações que, segundo dados empíricos, mostram a perspetiva egocêntrica ou de observador, independentemente do carácter adaptativo desse conteúdo, isto é, o conteúdo pode não ser uma representação fiel ou produtiva da realidade. A título de exemplo, nas afirmações de insight o/a cliente pode relatar uma compreensão das causas dos seus sentimentos que não é adaptativa, semelhante ao exemplo da “Maria”, que adotou uma perspetiva distanciada desajustada à realidade.

Em relação ao discurso analisado, este pode ser definido de acordo com a finalidade e interesses do estudo (e.g., problema clínico, temas ou episódios específicos, momentos de mudança) para posteriormente ser codificado. O procedimento de codificação envolve duas fases: a fase de treino e a fase de aplicação da MIDS. As duas fases são asseguradas por, pelo menos, dois/duas juizes/as independentes. O primeiro passo é a fase de treino, que inclui a leitura e a discussão de artigos relevantes sobre imersão e distanciamento e do manual de procedimento da MIDS. Ainda nesta fase, os/as juizes/as treinam a codificação em material de treino. Este procedimento decorre até os/as juizes/as atingirem um acordo satisfatório entre eles/elas (Kappa de Cohen \geq .75; Hill & Lambert, 2004).

O passo seguinte consiste em codificar a transcrição que será alvo de estudo. A unidade de análise poderá ser: pequenos segmentos/frases de acordo com o processo de unitizing (ver Hill & O'Brien, 1999), permitindo uma análise microanalítica; ou excertos de texto delimitados pelos marcadores das diferentes categorias de discurso (categorias representativas do discurso imerso e distanciado). Relativamente ao processo de unitizing, este inclui um procedimento sistemático (ver Hill & O'Brien, 1999) para a segmentação das transcrições de psicoterapia em unidades de análise ou “unidades de resposta” (pequenos segmentos/frases), rastreando mudanças no discurso do/a cliente. Portanto, o/a juiz/juíza deve aplicar a MIDS a cada unidade de análise, classificando cada uma delas com uma categoria de discurso imerso ou distanciado. Os/As dois/duas juizes/as devem codificar independentemente todas as unidades de análise de forma sequencial. Após a codificação, um índice de confiabilidade é calculado para avaliar a concordância entre os/as juizes/as (Hill & Lambert, 2004). As divergências entre estes/estas são resolvidas por consenso (ver Hill et al., 2005). Idealmente, os/as codificadores/as devem ser cegos/as aos diferentes parâmetros associados aos materiais em análise, como o resultado terapêutico e o tipo de terapia.

Tabela 1 - Breve descrição das categorias de imersão e distanciamento

| Tipo de discurso | Categorias | Conteúdos | Exemplos |
|------------------|--------------------------|--|--|
| Imerso | Afirmações de descrição | O/A cliente descreve uma sequência de eventos. | “Ele gritou comigo e tratou-me mal.” |
| | | O/A cliente descreve pensamentos e comportamentos específicos e originais. | “Fui para o meu quarto e chorei durante imenso tempo.” |
| | Afirmações de atribuição | O/A cliente atribui características a si mesmo/a ou a outras pessoas. | “Ele era mau.” “Eu era idiota.” |
| Distanciado | Afirmações de insight | O/A cliente descreve as causas subjacentes ao evento, os seus sentimentos, comportamentos e cognições. | “Ele não me respeita porque eu nunca estabeleci limites.” |
| | | O/A cliente estabelece relações entre comportamentos, sentimentos ou cognições. | “Talvez eu tenha reagido dessa maneira porque senti que ele me rejeitou.” |
| | Afirmações de resolução | O/A cliente avalia a sua experiência passada sob uma perspectiva ampla, levando em conta as experiências passadas e atuais para dar sentido aos seus sentimentos e experiências. | “Eu olho para trás e vejo que o sofrimento tem que ver com a forma como interpretei as críticas. Agora sei que as críticas podem ser construtivas e isso não significa que os outros não gostem de mim.” |
| | | O/A cliente estabelece relações (contrastes ou similitudes) entre comportamentos passados e presentes, sentimentos ou cognições. | “Hoje eu sei que sou valorizada pelo meu pai.” “Hoje em dia mal abraço o meu pai, enquanto antigamente éramos como irmãos”. |

Após a elaboração desta medida, foram realizados alguns cálculos estatísticos com 15 casos codificados com a MIDS, a fim de calcular as suas qualidades psicométricas. Os resultados preliminares indicaram elevada consistência interna para a imersão ($\alpha = .95$) e para o distanciamento ($\alpha = .91$), bem como uma boa a forte confiabilidade entre os/as juízes/as

(Kappa de Cohen variou entre .75 a .96) (Hill & Lambert, 2004). Para além de termos evidências positivas quanto à sua validade, a MIDS permite contornar algumas dificuldades decorrentes das medidas usadas nos estudos anteriores, tais como: (1) a subjetividade do/a participante em avaliar a sua própria perspetiva, (2) a impossibilidade de captar mudanças na perspetiva, e (3) a dificuldade de análises mais detalhadas sobre a imersão e o distanciamento ao longo do processo terapêutico.

Dadas as potencialidades desta medida, e de acordo com as necessidades de investigação na área, foram delineados os quatro estudos da presente dissertação que se enquadram na investigação de processo-resultado e privilegiam a perspetiva longitudinal sobre a imersão e o distanciamento em psicoterapia. Neste âmbito, foram analisados casos acompanhados em modalidades terapêuticas contrastantes, nomeadamente terapia cognitivo-comportamental e terapia focada nas emoções, e também casos com diferentes resultados no tratamento da perturbação depressiva major. É do interesse político-social a atenção clínica e científica dada a este tipo de perturbação, não só pelos números alarmantes de pessoas diagnosticadas com depressão (em Portugal, o cenário é preocupante, estimando-se que atinja quase 20% da população), mas sobretudo por se julgar ser das perturbações mentais mais incapacitantes a nível mundial (WHO, 2018). Assim, estudos que possam contribuir com informação adicional para a melhoria da eficácia dos tratamentos revelam-se particularmente importantes.

Dado este panorama, mas também o facto da perturbação depressiva major estar associada a processos de ruminação (Ciesla & Roberts, 2007; Nolen-Hoeksema et al., 2008; Takagishi et al., 2013), considera-se pertinente compreender o papel da imersão e do distanciamento na manutenção do estado psicopatológico e na recuperação clínica desta condição em contexto terapêutico. Salienta-se, ainda, que todos os estudos realizados no âmbito desta dissertação incluíram procedimentos que garantiram a análise circunscrita do conteúdo de experiências pessoais problemáticas, de modo a contornar o problema metodológico de análise de conteúdos de outra natureza. Além disso, foi também privilegiado, em todos os estudos, o recurso a excertos ilustrativos dos fenómenos apresentados. O objetivo é tornar mais clara a forma como a imersão e o distanciamento podem manifestar-se na prática, fornecendo aos leitores proximidade psicológica com os fenómenos em estudo. Este procedimento foi inspirado em Morrow (2005) que defende que "assim como os números contribuem para o 'poder' persuasivo de uma investigação quantitativa, as palavras reais dos participantes são essenciais para persuadir o leitor de que as interpretações do investigador são de facto as experiências vividas dos participantes" (p. 256).

Relativamente ao primeiro estudo, este partiu da necessidade de serem criados estudos clínicos que analisassem a imersão e distanciamento ao longo do processo terapêutico, e que esclarecessem a relação entre estas perspetivas, a ativação emocional e a mudança clínica. A nossa hipótese era de que a fase inicial da terapia envolvesse elevada imersão, bem como elevada ativação de emoções negativas, dada a partilha de experiências negativas. Posteriormente, poderiam ser necessárias mudanças na ativação emocional e na perspetiva usada. Assim, esperava-se que a imersão inicial fosse um passo necessário para que depois ocorresse um aumento gradual do distanciamento, acompanhado de menor ativação emocional das emoções negativas em fases posteriores. Neste sentido, o referido estudo propôs-se a analisar: (1) a evolução da imersão e do distanciamento ao longo da resolução terapêutica de uma experiência problemática; (2) a relação entre imersão/

distanciamento e os sintomas depressivos; e (3) a relação entre estas perspetivas e a ativação emocional. As análises foram realizadas num caso de sucesso acompanhado em terapia cognitivo-comportamental. Este é, portanto, um estudo de caso e enquadra-se na perspetiva *theory building case studies*, que defende que a análise exaustiva de casos clínicos tem o poder de informar e corroborar a teoria pré-existente ou, pelo contrário, infirmar essa teoria e levar à sua modificação e transformação na presença de novas observações, contribuindo para o seu aperfeiçoamento (e.g., Stiles, 2007, 2015).

O segundo estudo surgiu da importância da realização de trabalhos que suportem os resultados encontrados no primeiro estudo, nomeadamente no que se refere à trajetória desenvolvimental da imersão e do distanciamento ao longo do processo terapêutico. De forma distinta, este estudo teve por base a terapia focada nas emoções com o propósito de avaliar se os resultados obtidos no estudo inicial seriam transversais a outra modalidade terapêutica. Para além disso, procurou-se clarificar em que condições a imersão e o distanciamento podem ser úteis ou prejudiciais na mudança clínica. Mais concretamente, pretendeu-se dar resposta às seguintes questões de investigação: Será que o sucesso da reflexão de experiências negativas em psicoterapia está associado ao desenvolvimento de distanciamento? Será que o foco excessivo na experiência negativa a partir de uma perspetiva imersa é prejudicial, comprometendo o resultado terapêutico? Será que a perspetiva imersa é benéfica até um certo ponto do processo terapêutico? Com estes objetivos, o estudo comparou o padrão de evolução da imersão e do distanciamento ao longo do processo terapêutico em seis casos acompanhados em terapia focada nas emoções com resultados terapêuticos contrastantes – três casos de sucesso vs. três casos de insucesso. Analisou também a relação entre a mudança de perspetiva e a mudança dos sintomas depressivos.

O primeiro e o segundo estudos foram realizados no sentido de clarificar a forma como a imersão e o distanciamento podem ocorrer ao longo da terapia, e de que modo isso está associado ao bem-estar e à mudança clínica. Contudo, com esses trabalhos não foi possível perceber detalhadamente até que ponto estas perspetivas se coordenam no processo de mudança terapêutica, o que será particularmente importante para a criação de potenciais orientações mais precisas para a prática clínica. Para responder a esta necessidade, o terceiro estudo recorreu a uma análise mais específica sobre estes fenómenos à luz de um modelo desenvolvimental de mudança, nomeadamente o Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas (Stiles, 2011; Stiles et al., 1991).

A relevância deste modelo teórico para o processo de mudança terapêutica tem sido corroborada por numerosos estudos empíricos (Basto, Pinheiro, Stiles, Rijo, & Salgado, 2017; Basto, Stiles, Rijo, & Salgado, 2018; Brinegar, Salvi, & Stiles, 2008; Caro Gabalda, 2011; Caro Gabalda, Stiles, & Pérez Ruiz, 2016; Gray & Stiles, 2011; Honos-Webb, Stiles & Greenberg, 2003; Knobloch, Endres, Stiles & Silberschatz 2001; Mendes et al., 2016; Ribeiro, Braga et al., 2016; Ribeiro, Cunha et al., 2016). O modelo de assimilação explica o processo de mudança psicoterapêutica a partir da integração gradual da experiência problemática no Self (Stiles et al., 1990; Stiles et al., 1991). De acordo com o modelo, o problema ocorre quando a experiência em questão é incompatível com a estrutura organizada e estável do Self, construída com base noutras experiências passadas. Em psicoterapia, a mudança ocorre quando a experiência problemática é assimilada, ou seja, quando o/a cliente cria pontes de significado entre a experiência e a estrutura do Self. Assim, é atribuído significado à experiência, permitindo a sua integração no Self de forma harmoniosa, repondo a coerência e o equilíbrio interno. Esta conexão favorece o retorno ao bemestar psicológico e o

funcionamento adaptativo (Honos-Webb & Stiles, 1998; Honos-Webb et al., 1999; Stiles & Brinegar, 2007; Stiles, 2011). Para que isto aconteça, em psicoterapia, a experiência problemática é trazida à consciência, clarificada, compreendida e, posteriormente, assimilada. Esta gradual integração da experiência problemática ocorre numa progressiva sequência de oito estádios, desde o evitamento da experiência até à completa assimilação e mestria do problema (Caro Gabalda & Stiles, 2009; Stiles, 1999; Stiles et al. 1991).

O interesse por este modelo prende-se, fundamentalmente, com dois aspetos. Um deles é o facto deste modelo ser transteórico (e.g., Osatuke et al., 2005), ou seja, ocorre independentemente do modelo psicoterapêutico utilizado, o que nos proporciona maior probabilidade de os resultados encontrados serem generalizáveis a outras terapias. O outro aspeto é o facto de o modelo conceptualizar a mudança a partir de uma perspetiva integradora e abrangente, oferecendo uma interpretação mais dinâmica sobre a imersão e o distanciamento. Mais concretamente, o modelo de assimilação sugere que o progresso terapêutico evolui do evitamento da experiência problemática para a imersão profunda à medida que o problema surge (estádio 2), e depois para um maior distanciamento (estádio 3 em diante), atingindo uma perspetiva mais ampla e integrada sobre a experiência anteriormente problemática. Contudo, esta hipótese carece de suporte empírico. Neste sentido, o terceiro estudo propôs-se a analisar a evolução da imersão, do distanciamento e da assimilação de experiências problemáticas num caso de sucesso de terapia focada nas emoções, bem como a associação entre estas perspetivas e os diferentes estádios de mudança terapêutica. À semelhança do primeiro estudo, este trabalho insere-se na perspetiva “theory building case studies”, procurando contribuir para o refinamento da teoria (e.g., Stiles, 2007, 2015).

Tendo em conta os resultados dos estudos anteriores, o quarto estudo baseou-se na teoria dos sistemas dinâmicos para avaliar, a um nível microanalítico, possíveis dinâmicas entre a imersão e o distanciamento. Tal estudo assumiu e testou a relação dinâmica e integradora das perspetivas imersa e distanciada como potencialmente contributivas para o processo de mudança em psicoterapia. Mais precisamente, avaliou a capacidade de transitar de uma perspetiva para a outra, ou seja, o desenvolvimento de uma maior flexibilidade entre perspetivas aquando da reflexão da experiência problemática, como um processo promotor de mudança e bem-estar. Apesar da mudança em psicoterapia sugerir uma evolução progressiva, vários estudos constataam, numa análise mais detalhada, a existência de um padrão irregular (Hayes, Laurenceau, Feldman, Strauss, & Cardaciotto, 2007; Mendes et al., 2016). De acordo com a teoria dos sistemas dinâmicos, períodos de instabilidade, caracterizados por maior flexibilidade na forma como os processos se manifestam, são necessários para quebrar padrões rígidos e desajustados e alcançar uma nova e mais adaptativa configuração do Self (Fisher et al, 2011). Além disso, vários estudos apoiam a associação entre a instabilidade e melhores resultados terapêuticos (e.g., Gumz et al., 2010; Hayes et al., 2007). Sabendo que a reflexão sobre a experiência pode ser desvantajosa quando ficamos presos/as a um processo de pensamento rígido e que isso está associado a várias formas de psicopatologia, como é o caso da depressão (Ciesla & Roberts, 2007; Nolen-Hoeksema et al., 2008; Takagishi et al., 2013), este estudo pretendeu avaliar se maior flexibilidade na reflexão da experiência (capacidade em mover-se de uma perspetiva para a outra) contribui para melhores resultados nos sintomas depressivos. Neste sentido, a imersão e o distanciamento foram analisados momento-a-momento na fase intermédia da terapia (fase de trabalho) numa amostra de 17 casos acompanhados em terapia cognitivo-

comportamental e terapia focada nas emoções. Medidas de flexibilidade foram usadas para essa análise, para, posteriormente, ser calculada a relação entre a flexibilidade entre perspectivas na fase intermédia do processo terapêutico e os sintomas clínicos no final do tratamento.

Serão de seguida apresentados na íntegra os quatro estudos desenvolvidos no âmbito desta dissertação.

ESTUDO 1 - IMMERSION AND DISTANCING ACROSS THE THERAPEUTIC PROCESS: RELATIONSHIP TO SYMPTOMS AND EMOTIONAL AROUSAL

1. Abstract

Objective: This study aims to clarify the roles of immersion and distancing (that is, reflection on an experience from an egocentric point of view or as an observer, respectively) on therapeutic change analyzing (1) the evolution of these two perspectives across the resolution of a clinical problem, and (2) the relationship between immersion/distancing with symptoms and emotional arousal. **Method:** We extracted all the passages of speech pertaining to the most relevant clinical problem of a good outcome case of depression undergoing cognitive-behavioral therapy. We assessed the distancing/immersion of these extracts using the Measure of Immersed and Distanced Speech, and emotional arousal with the Client Emotional Arousal Scale-III. The symptoms were assessed from the Beck Depression Inventory-II and Outcome Questionnaire 10.2. **Results:** Immersion was associated with symptoms and negative emotions, while distancing was associated with clinical well-being and positive emotions. Immersion was still dominant when depressive symptoms were below the clinical threshold. **Conclusions:** Clinical change was associated with a decrease in immersion and an increase in distancing. The dominance of immersion does not necessarily indicate a bad outcome.

Keywords: immersion, distancing, emotional arousal, symptoms, cognitive-behavioral therapy.

2. Introduction

When reflecting on personal experiences, individuals may assume two different perspectives: immersed or distanced (Kross, Gard, Deldin, & Clifton, 2012; Nigro & Neisser, 1983). When immersed, individuals reflect on their experience from a first person perspective, since the experiencing and reflecting selves coincide. The original thoughts, feelings, behaviors and events repeat themselves (e.g., “My boyfriend said he wanted to pursue a new life, so I feel sad and unloved. I’ll never be happy.”). In a distanced perspective, individuals reflect on their experience from an observer stance, i.e., the reflecting self is separated from the self that is experiencing. People can see themselves in the experience (e.g., “I was exposed to lots of humiliations, which made me prone to think that others are better than me, or that I have no value.”).

Several experimental studies have suggested that the perspective adopted in the reflection of negative experiences has different consequences in terms of well-being and mental health (e.g., Bruehlman-Senecal, Ayduk, & John, 2016; Cao & Decker, 2015; Kross et al., 2014; White, Kross, & Dujworth, 2015; Kross et al., 2012; Mischkowski, Kross, & Bushman, 2012; Shepherd, Coifman, Matt, & Fresco, 2016). Mainly, distancing has been conceived as a psychological perspective that facilitates adaptive analysis and favors the capacity of modulating emotional arousal. Specifically, several studies have revealed that reflecting from a distanced perspective is associated with shorter duration of negative episodes (Verduyn, Mechelen, Kross, Chezzi, & Bever, 2012) and attenuation of emotional intensity (Kross et al., 2014; Kross et al., 2012), as well as better self-control in challenging situations (Mischkowski et al., 2012). Moreover, experimental studies have shown that as opposed to immersion, in distancing people focus on the broader and abstract context (e. g., Kross & Ayduk, 2011) and less on the specific feelings, thoughts and events of the experience that would intensify negative affect, allowing one to reconstruct negative feelings and to give meaning to the experience (Ayduk & Kross, 2010b; Kross & Ayduk, 2011; Kross et al., 2012). The distancing has proved beneficial regardless of the person's age (e.g., Grossmann & Kross, 2014). All these results suggest that distancing, when compared with immersion, is associated with greater ability to regulate emotional arousal triggered by negative personal experiences. Accordingly, research on emotion regulation has been proposing the use of reappraisal strategies – which involve an observer stance – as ways of changing the emotional meaning of negative or threatening situations and achieving more adaptive emotional responses (Duckworth, Gendler, & Gross, 2016; Gross, 2015). Distancing has also been presented as a protective mechanism against depression. An experimental study with people with depressive symptoms revealed that, while analyzing negative feelings, changing from an immersed to a distanced perspective engendered lower arousal of emotions, lower frequency of depressotypic thoughts and higher probability of achieving insight and closure (Kross et al., 2012). Often the focus on specific internal states from an immersed perspective involves people in ruminative cycles, which are common in depression, while distancing would reduce rumination (e.g., Ayduk & Kross, 2010a; Kross et al., 2012).

On the basis of these observations, experimental studies consider distancing, in contrast to immersion, as a productive perspective when dealing with negative experiences, which stresses its potential role as a change mechanism in psychotherapy of depression. Indeed, some therapeutic modalities are based on a similar conceptualization of distanced self-reflection from specific interventions. For example, cognitive-behavioral therapy (CBT) encourages clients to assume such a decentered stance towards their personal experiences when restructuring negative thoughts and promoting therapeutic change (e.g., Beck, 2011). More specifically, clients are encouraged to view a belief as a hypothesis rather than as a fact, which involves distancing of oneself from a belief to allow a more broad and objective analysis of it. In this way, clients can progressively arrive at an alternative view of the experience, changing the belief. Consequently, the negative affect is reduced, emotional reactions become understandable, and new and more adaptive behaviors are adopted when they are confronted with day-to-day difficulties (DeRubeis, Webb, Tang, & Beck, 2010). The use of distancing to help clients regulate and modulate their affective reactions, also occur in other therapeutic models, such as emotion-focused therapy (EFT): when a client feels overwhelmed by painful emotions, therapists guide clients to observe inner feelings, while distancing language is encouraged (e.g., using his or her own name instead of 'I') in order to promote emotional regulation (Elliott, Watson, & Greenberg, 2004). Another example in CBT (Beck,

2011), but also in other types of therapy (e.g., Greenberg & Watson, 2006), is the assignment of awareness homeworks, in which the therapist suggests the client to observe his or her emotional reactions or actions between sessions, aiming to promote a better self-understanding and to perceive links between events, feelings, and behaviors.

Overall, immersion on negative contents is expected to be associated with more emotional arousal, while distancing is expected to be associated with less emotional arousal, namely of negative emotions, and so better well-being and more adaptive psychological states. This is in line with what we would expect from a good outcome case in psychotherapy: since the person will in the end be better prepared to deal with the problematic issues, he or she will be less emotionally aroused by them.

However, does this mean that emotional arousal is something to be avoided in therapy? Or does it mean that the decrease of emotional arousal is an expected outcome, but not necessarily a negative process? Several approaches and empirical findings attribute a positive role to emotional arousal. Different psychotherapeutic orientations, ranging from psychodynamic (Fosha, 2000), experiential (Greenberg, 2002), or CBT (Samoilov & Goldfried, 2000), have suggested that, in the initial phases of therapy, emotional arousal and its expression are necessary to promote change. The arousal of emotions has been frequently considered as a process that fosters the arousal of emotional structures and information, allowing for a greater awareness and facilitating the reattribution of meaning (e.g., Greenberg, Rice & Elliott, 1993; Pennebaker & Graybeal, 2001; Smyth, 1998; Wilson & Gilbert, 2008). It is also important to stress that there are experiential and cognitive-behavioral treatments, for example, in which emotional arousal of negative experiences is considered as a central part of a key process of change, namely, emotional processing (Greenberg, 2002; Greenberg & Safran, 1987; Rachman, 1980). Emotional processing involves, firstly, arousing emotions, as well as, experiencing or be in live contact with experience, which suggests immersion in emotional experience. Only then is possible, in emotional processing, the meaning-making of emotional experience, transforming the maladaptive emotions that underlie and influence how the client feels, thinks, and behaves (Elliott, Greenberg, Watson, Timulak, & Freire, 2013; Greenberg & Watson, 2006; Greenberg, 2010). Also Kennedy-Moore and Watson (2001) suggested that immersed emotional expression is beneficial as a first step toward change. Specifically, the contact with painful material leads to greater arousal of negative emotional states, and in several situations this will pave the way for a later understanding of the emotional pain as tolerable and acceptable, and for mastering negative feelings. Consequently, people feel encouraged to evaluate the meaning of the experience. Therefore, it can be argued that immersion may be a productive and necessary therapeutic process involving emotional arousal, and by which therapists and patients gain access to very painful experiences in order to allow further therapeutic work. This seems to be the case, for example, in the narrative retelling of traumatic episodes while working with patients with post-traumatic stress disorder (Foa, Zoellen, Feeny, Hembree, & Alvarez-Conrad, 2002; Jaycox, Foa, & Morral, 1998). This suggestion may seem consistent with some forms of therapy. For example, in CBT, therapists encourage clients to describe emotional events aiming to access their cognitive and emotional components, namely dysfunctional thoughts to be restructured (Beck, 2011). In line, EFT argues that clients need to get in touch with their core maladaptive states, in order to become aware of their internal states, and then to process and transform them. As the EFT motto claims, 'the only way out is through' (Pascual-Leone & Greenberg, 2007).

Moreover, the encouraging of an immersed perspective is a procedure used when emotions are avoided (typically in clients distant from their emotions) (Elliott et al., 2004). Sometimes, people reflect according to a distanced perspective to avoid the psychological distress caused by painful emotions of negative events (e.g., Foa & Kozak, 1986). This strategy may be dysfunctional, once it complicates access to important information about the experience, hindering the long-term resolution of distress (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996; Kashdan, Barrios, Forsyth, Steger, 2006). In this sense, as immersion may be dysfunctional when leads to rumination and excessive negative affect (e.g., Ayduk & Kross, 2010a; Kross et al., 2012), distancing may also not always be adaptive in therapy when used to avoid the experience. In sum, in spite of the general trend accentuating the benefits of distancing and the negative consequences of immersion, there are also other findings suggesting that in some circumstances these effects can be quite the opposite. Thus, the role of immersion and distancing in psychotherapy needs to be further clarified.

Based on this previous research on emotional arousal and therapeutic models, we developed the following global hypothetical theoretical framework. On the one hand, immersion in negative experiences can lead to increase the arousal of painful emotions. On the other hand, the arousal of painful emotions can lead to increase immersion on negative experiences. However, both processes in the initial phase of therapy promote the contact with emotional experience, developing the awareness of the different facets of experience, which may justify, in some cases, an increase of specific or general clinical symptoms. Then, the change in reflection and in arousal is need. On the one hand, the greater awareness about experience may encourage the client to adopt a distanced perspective, leading to less emotional arousal of painful emotions. On the other hand, the reduction of emotional arousal of painful emotions, i.e., better ability of emotional regulation, facilitates the distancing when reflecting on negative experiences. Regardless of the process involved, we hypothesize greater distancing accompanied by less emotional arousal of negative emotions at a later stage of therapy. In a more general vein, one of the first steps of psychotherapy is sharing the content of negative experiences. This will create a high level of negative arousal and immersion while paving the way to the creation of a new awareness of one's own experience – and therefore, promoting distancing in the later stages of therapy. However, this view still needs empirical support.

Furthermore, there are some key issues left unaddressed by previous experimental studies. First, most of these studies did not use clinical samples, and there has been no study focused on psychotherapy and its effects. Second, in these studies participants were assessed only once or over a period of a week or less (e.g., Mischkowski et al., 2012). Thus, it is important to develop longitudinal studies of psychotherapy cases analyzing immersed and distanced perspectives over longer periods of time, in order to test the relationship of these perspectives with emotional arousal and clinical change. Finally, previous studies assessed immersion and distancing using a self-report scale among participants after a reflection task of an experience (e.g., Kross et al., 2012; Mischkowski et al., 2012), or experimental manipulation from instructions provided to participants (e.g., Wang, Lin, Huang, & Yeh, 2012). We still lack an observational measure of distancing and immersion in order to study the therapeutic client's discourse as it unfolds.

In this single case study, we aimed to analyze the development of immersion and distancing throughout a therapeutic process, as well as the relationship of both these perspectives with emotional arousal and depressive symptoms, using an observational

measure based on procedures and characteristics of immersion and distancing extracted from previous studies. We selected a good outcome case of CBT, since, in this type of therapy, an observer stance towards personal experiences is promoted by the repeated reality testing of dysfunctional automatic thoughts (Beck, 2011). Therefore, we expected an increase of distancing over time, and a decrease of immersion. However, we had no specific anticipated hypothesis regarding the relative frequency of these two perspectives. In a perhaps simplistic reading of previous experimental studies, immersion can be regarded as a dysfunctional perspective (associated with rumination and high levels of negative affect), and therefore, we may expect a good outcome to be associated with very low frequency by the end of the therapy; on the other hand, therapy sessions may always involve some degree of immersion in problematic states. Therefore, it may be the case that some degree of immersion may always be needed. Thus, from the Simulation Modelling Analysis (SMA; Borckardt & Nash, 2014), as an advanced statistical program that uses a bootstrap sampling method allowing the control of autocorrelation, we will test the following main hypothesis: a) if, generally, immersion is associated with clinical problems, and distancing with overcoming those problems, then we expect to find high levels of immersion at beginning of therapy, and an increase of distancing throughout therapy, as well as a positive relationship between this pattern of evolution and symptomatic improvement; b) However, if immersion may be used in a productive way during therapy, then we expect to find high levels of immersion in different phases of therapy; c) Moreover, if distancing is associated with greater emotional control than immersion, then we expect that arousal of negative emotions to be negatively related with distancing and positively related with immersion.

3. Method

3.1. Client

Laura (pseudonym), a 33 year old woman, married, with one daughter, was unemployed at the time of her participation in the ISMAI Depression Project (“Decentering and Change in Psychotherapy”) funded by the Portuguese Foundation for Science and Technology (Salgado, 2014). This is a randomized clinical trial that compared CBT and EFT for major depressive disorder (MDD). The following inclusion criteria were set: diagnosis of major depressive disorder, a global assessment of functioning higher than 50, and no medication. Exclusion criteria were: being under another form of treatment for depression; current or previous diagnosis of at least one of the following DSM–IV Axis I disorders: panic, substance abuse, psychosis, bipolar, eating disorder; or one of the following DSM–IV Axis II disorders: borderline, antisocial, or schizotypal personality disorder; or high risk of suicide. All these criteria were assessed by the Structural Clinical Interviews for the DSM-IV-TR I (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 2002) and II (First, Gibbon, Spitzer, Williams & Benjamin, 1997) and the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) for the Portuguese population (Coelho, Martins, & Barros, 2002). Laura was diagnosed with moderate MDD and no other disorders, meeting all the inclusion criteria and none of the exclusion criteria of the clinical trial. She was randomly assigned to CBT and attended 16 weekly sessions plus follow-up sessions at 1, 3, 6, 9 and 12 months. As defined by the clinical trial protocol, all sessions were video recorded.

Psychological treatment, as well as the collection and processing of data for research purposes followed principles and standards included in the ethics code (American Psychological Association's – APA - Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct, as

well as the Code of Ethics of Portuguese Psychologists). In this sense, after receiving information about the purposes and procedures of the clinical trial, all clients gave their written consent for using their data in scientific publications.

At treatment termination, Laura had recovered and showed reliable and clinically significant change (Comer & Kendall, 2013) according to the cut-off score of 13 points on the Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II; Coelho et al., 2002) and the Reliable Change Index of 7.75, calculated from the psychometric information on the BDI-II. More specifically, her pre-therapy BDI-II score was 31, which had dropped to zero by the end of therapy. This score on the BDI-II was maintained across all the available follow-up sessions, namely at 1, 3, 6 and 9 months after concluding therapy.

3.2. Therapist

Laura's therapist was female, with 12 years of experience as a psychotherapist. She had a CBT background, and had received further training in the treatment manual used in this trial before starting to treat Laura. She also received weekly supervision for this case. The supervision was carried out in a group, made up of all the clinical trial's therapists who followed the CBT protocol, and was led by the most experienced CBT therapist.

She followed a CBT protocol for the treatment of the depression (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). The 16-session protocol is based on the principle that the interpretations or cognitions about reality determine emotions and behaviors; consequently, dysfunctional interpretations of reality promote emotional disorders. This protocol includes cognitive and behavioral techniques. The purpose is to promote changes in emotions and behaviors by changing biased ways of seeing the world. This therapist received further training in the treatment manual and she also received weekly supervision for this case.

3.3. Process measures

3.3.1. Assimilation of Problematic Experiences Scale (APES). This scale is used to assess the degree of resolution of a clinical problem measured by assimilation levels of the problematic experience, ranging from level 0 (the client is unaware of the problem) to level 7 (the client successfully uses solutions in new situations). Higher levels of assimilation mean higher levels of resolution (see Caro Gabalda & Stiles, 2009; Basto, Pinheiro, Stiles, Rijo, & Salgado, 2016). In this study, APES was used in order to ensure that immersion and distancing were analyzed across the therapeutic change of a clinical problem (from unresolved to resolved problem). See more details in Procedures ("selection of the main clinical problem").

A study performed with a sample of 22 Portuguese clients diagnosed with major depression disorder, showed a high interrater reliability (Cicchetti, 1994) on APES ratings (Intraclass Correlation Coefficient [ICC] ranged from ICC [2,2] = 0.81 to ICC (2,2) = 0.96).

3.3.2. Measure of Immersed and Distanced Speech (MIDS). The MIDS was based on theoretical definition and relevant prior research for the identification of immersion and distancing from client speech. This is an observational measure that assesses immersion and distancing from client speech in transcribed sessions. The client's speech is categorized

according to five mutually exclusive categories: *what statements and attributive statements* (that represent immersed speech), *insight statements and closure statements* (distancing speech), and *other statements* (in situations in which none of the previous categories are applicable), as described in Table 2.

The study about MIDS' validation is under preparation. Preliminary results revealed a high internal consistency for both immersion ($\alpha = .95$) and distancing ($\alpha = .91$). The interrater reliability for raters' pairs was good to strong (Cohen's Kappa ranged from .75 to .96).

Tabela II - Brief description of immersed and distanced speech categories

| Type of speech | Categories | Contents | Examples |
|----------------|------------------------|---|---|
| Immersed | What statements | Client describes a specific chain of events. | "He yelled at me and treated me badly." |
| | | Client describes specific and original thoughts or behaviors. | "I went to my room and cried for a long time." |
| | Attributive statements | Client ascribes characteristics to self or others. Client describes feelings or other internal states. | "He was mean." "I was kind of stupid." "I feel sad." "I feel happy." |
| Distanced | Insight statements | Client describes the causes underlying the event, his or her feelings, behaviors and cognitions. Client establishes relations between behaviors, feelings or cognitions. | "He does not respect me because I never established any limits." "Maybe I reacted that way because I felt he rejected me." |
| | Closure statements | Client indicates he or she assesses a past experience from a broad perspective, taking into account past and current experiences to make sense of feelings and experiences. | "I look back and I see that suffering had to do with how I interpreted criticisms. Now I know that critical remarks can be constructive and it does not mean that others do not like me." |
| | | Client establishes relations (contrasts or similitudes) between past and present behaviors, feelings or cognitions. | "Today I know that I'm valued by my father." "Today I barely hugged my father, whereas before we were like brothers". |

3.3.3. Client Emotional Arousal Scale-III (CEAS-III). The CEAS-III (Warwar & Greenberg, 1999) was developed to identify and assess the emergence of emotions based on the evaluation of audio or videotaped psychotherapy sessions. To assess the emotion and its valence, the client's primary emotion in the session segment under evaluation was identified

and categorized according to a list of 15 emotion categories, taking into account the client's voice and body expressions.

Warwar and Greenberg (2000) found interrater reliability coefficients of .70 for modal and of 0.73 for peak arousal ratings.

3.4. Outcome measures

3.4.1. BDI-II. The BDI-II (Beck, Steer, & Brown, 1996; Portuguese version by Coelho et al., 2002) is a self-report inventory designed to measure the severity of depression. Scores above 13 signify clinically significant levels of depression. This measure has an internal consistency (Cronbach's alpha) of .89. The psychometrics qualities found in the Portuguese version and American version were consistent (Coelho et al., 2002).

3.4.2. Outcome Questionnaire-10.2 (OQ-10.2). The OQ-10.2 (Lambert et al., 1998) is a self-report inventory intended to assess general clinical outcome. This measure is a brief version (with 10 items) of OQ-45.2, which was translated and adapted to Portuguese by Machado and Fassnacht (2014). The total score may range from 0 to 40. Higher scores indicate greater severity of clinical problems. This measure has an internal consistency (Cronbach's alpha) of .88 (Seelert, 1997) and a test-retest reliability of .62 (Lambert, Finch, Okiishi, & Burlingame, 2005).

The scores of the Portuguese OQ-10 for the entire sample of the clinical trial (n=64; Salgado, 2014), from which the case for this study was selected, show an internal consistency of .88 (Cronbach's Alpha) and a test-retest reliability of .74 over a 1-week interval.

3.5. Procedures

3.5.1. Selection of the main clinical problem. Our analysis was restricted to the moments pertaining to the main clinical problem which was solved across therapy, since only this would allow us to focus on occasions during which negative contents were directly or indirectly involved from unresolved to resolved. Two judges were involved in this task: a PhD student and a Master's degree student in clinical psychology with training and experience in CBT. Initially, they participated in a training phase that included reading and discussing journal articles and previous rating manuals, and practicing the coding procedures. This phase lasted about two months and was guided by a researcher who was expert in this type of procedure. The training phase was deemed concluded when the judges reached the reliability criterion in coding procedure, namely an Intraclass Correlation Coefficient (ICC; Shrout & Fleiss, 1979) higher than .70 (considered high reliability by Hill & Lambert, 2004).

After a training phase, the judges catalogued the main problematic experiences reported by Laura and identified the passages that pertained to each clinical problem. The passages were delimited by two judges jointly from transcripts sessions. Raters independently identified the level of assimilation for each passage. Problems that reached at least level 4 in the APES at the end of the process were considered solved (e.g., Detert, Llewelyn, Hardy, Barkham, & Stiles, 2006). We found a single clinical problem that was defined as perfectionism. It comprised 74.5% of her sessions (measured in terms of the proportion of

number of words). Laura presented a main maladaptive scheme of perfectionism that provided a sense of failure when she was not able to meet her expectations. This perception of herself was present in many areas of her life, such as body image, occupational performance, and her relationship with her mother. This problem was quite improved across the process. At the beginning of therapy, Laura was not able to clearly formulate her problem, expressing overgeneralized distressing thoughts, revealing an overall perception of herself as "incompetent", and psychological pain around her main areas of concern (e.g., eating habits, performance). At the middle of therapy, Laura worked on her cognitive scheme of worthlessness and she began considering other perspectives about her clinical problem. At the end of therapy, Laura already assumed a new understanding of her problem and reality (e.g., "I am no better or worse than anyone else", "I do not have to be perfect") and showed a positive affective tone. She was capable of a metacognitive position, understanding the change process from the beginning to the end of treatment. The clinical problem was present in all 16 sessions of the therapeutic process. The average level of assimilation ranged from 2.2 (session 1) to 5.4 (session 16), indicating that this clinical problem went from unresolved, at the beginning of therapy, to resolved at the end of therapy.

3.5.2. Analysis of the main clinical problem

3.5.2.1. Unitizing. The unitizing process involved two steps. Firstly, two judges (a PhD student and a Master's student in clinical psychology) received training on the unitizing procedure. For that, the judges followed the guidelines described by Hill and O'Brien (1999) until reaching an agreement of above 90% in three training sessions. After a training phase, the pair of judges divided the passages pertaining to perfectionism into units of analysis. These units corresponded to independent grammatical sentences, allowing detect small changes in the client's speech. For example, in the Laura turn-taking pertaining to perfectionism: "I cannot explain why I have such a need to be perfect. Why am I so afraid of the possibility of other people judging or evaluating me?", the judges found two units of analysis: "I cannot explain why I have such a need to be perfect" and "Why am I so afraid of the possibility of other people judging or evaluating me?".

3.5.2.2. Immersed and distanced speech. Following the unitizing of the passages pertaining to the main clinical problem, each unit of analysis was analyzed with the MIDS to assess the presence of immersed and distanced speech. Initially, the same judges that were involved in the unitizing process underwent intensive training about immersed and distancing speech that consisted of reading relevant articles and manuals, and practicing the coding procedures in a therapeutic case. Should be noted that one of judges (PhD student) was expert in this type of procedure. This phase lasted about three months and was deemed concluded once the judges reached an acceptable Cohen's kappa (Cohen's kappa $\geq .75$) (Hill & Lambert, 2004).

Then, these judges independently coded each unit of analysis for the presence or absence of five mutually exclusive categories (*what statements, attributive, insight statements, closure statements and other statements*).

3.5.2.3. Emotional arousal and valence. Four judges (three PhD students, and one Master's student in clinical psychology) used the CEAS-III. The CEAS-III assessed the presence of emotional arousal and identified its affective valence, classifying the emotion as positive or negative. The training phase consisted of approximately 40 hours in which videotapes were viewed and discussed until an acceptable agreement (Cohen's kappa = .75) among four raters was reached (Hill & Lambert, 2004). Then, two teams of two judges were created. Sessions were distributed randomly for each team. The judges watched the video recording of each session in order to identify, by consensus, emotional episodes (EEs) pertaining to perfectionism. The identification of the EEs was carried out in this study in order to detect the segments of psychotherapy where the client experienced an emotion, following the procedures adopted in previous relevant studies regarding the identification of emotional responses or action tendencies. Thus, all EEs within clinical problem was consider, once that the EEs give the moments in which the client expresses an emotion in response to some situation or context (Greenberg & Korman, 1993). The beginning of the EE was defined when an emotion emerged regarding a thematic content. The end of EE was noted as when at least one of the following situations occurred: the emotion identified finished, a new emotional response was expressed, or the thematic content changed (see Greenberg & Korman, 1993). Judges independently classified the emotion contained in each one of the EEs. Finally, these emotions were grouped according to their affective valence (positive or negative). The following segment illustrates an EE pertaining to perfectionism classified with negative valence:

“or to say ‘look I really got fat’ I am very ashamed about that and those people who do not see me for some time. I think – I almost panic to find someone, because it really is... because it’s a big difference, if I showed you a picture before and after the difference is huge, twenty kilos of difference, it really is. So ah, this is how I feel, I feel bad, I can’t see myself in the mirror”.

The arousal of positive and negative emotions was measured by the relative frequency of units of analysis belonging to each emotional valence.

3.5.3. Reliability. The average reliability calculated by the ICC (Gwet, 2014) for assimilation levels coding process was high, ICC (2,1) = .93. In the unitizing procedures judges reached an agreement above 90%, as recommended by Hill and O'Brien (1999). The global Cohen's kappa for immersion/distancing and for emotional arousal coding processes was .83 and .80, respectively, which showed a strong interrater reliability (Gwet, 2014). Disagreements in all measures were solved by consensus (see Hill et al., 2005). The application of each scale (APES, MIDS and CEAS-III) was performed by different judges who were blind to the results obtained with the other scales.

3.5.4. Outcome assessment. The depressive symptoms were assessed by the BDI-II in sessions 1, 4, 8, 12 and 16 (sessions where the BDI-II was applied in accordance with the assessment protocol of the clinical trial). The clinical symptoms were assessed by OQ-10.2 in all sessions.

3.5.5. Quantitative analysis. Spearman's rho correlations, computed on the basis of SMA (Borckardt & Nash, 2014), were used to analyze the evolution of immersed and distancing speech in terms of occurrence over time and slope vector (that is, the trend direction), and to analyze the relationship between immersion/distancing with emotional arousal and general clinical symptoms. SMA was developed to deal with the statistical problems caused by casebased time series studies and it uses a bootstrap sampling method, controlling for autocorrelation. The correlation between immersed/distanced speech and BDI-II was not carried out due to the restricted number of observations with BDI-II.

4. Results

4.1. Immersion and distancing

The relative frequency of immersed speech was substantially higher than the relative frequency of distanced speech in all phases, except for the last two sessions (see Figure 1 and Table 3). This revealed that immersion was the dominant perspective in the therapeutic process. A significant decrease was observed in immersed speech from the initial to the middle phase, both in terms of relative frequency, $rs(11) = -.64$, $p = .028$, and slope vector, $rs(11) = -.71$, $p = .014$. From the middle to final phase, there were no significant differences in relative frequency, $rs(11) = -.41$, $p = .179$, or in the slope vector, $rs(11) = -.44$, $p = .184$, for this type of speech, suggesting stability of immersed speech from the middle phase onwards. Regarding distanced speech, significant increases were observed from the initial phase to the middle phase, both in terms of relative frequency, $rs(11) = .58$, $p = .049$, and slope vector, $rs(11) = .65$, $p = .033$. From the middle to final phase, there were no significant differences in terms of relative frequency, $rs(11) = .46$, $p = .223$, or slope vector, $rs(11) = .55$, $p = .121$, for this type of speech, also suggesting stability of distanced speech from the middle phase onwards.

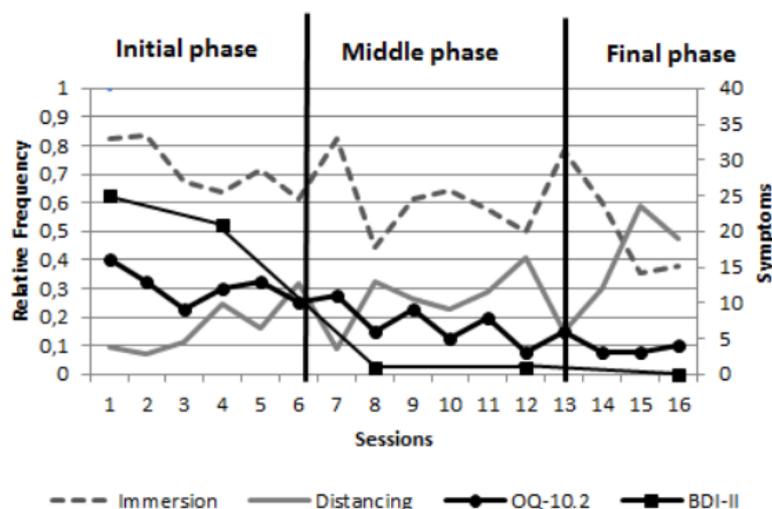


Figura 1 - Relative frequency of immersion and distancing and clinical symptoms throughout therapy

Tabela III - Relative frequency of type of speech and emotional arousal by phase of treatment

| | Initial phase | | Middle phase | | Final phase | | Total | |
|-------------------|---------------|-----|--------------|-----|-------------|-----|-------|-----|
| | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD |
| Immersed speech | .74 | .07 | .62 | .12 | .52 | .18 | .63 | .15 |
| Distanced speech | .14 | .07 | .25 | .09 | .38 | .17 | .26 | .15 |
| Negative emotions | .37 | .13 | .17 | .11 | .14 | .17 | .22 | .17 |
| Positive emotions | .09 | .09 | .22 | .13 | .28 | .15 | .20 | .15 |

The following passages illustrate the change from an immersed speech to a distanced speech regarding her experience of unemployment. In the first passage (session 3, initial phase) Laura adopted an immersed speech, while in the second passage (session 16, final phase) Laura adopted a distanced speech.

Therapist: What do you think about what others think about this situation?

Laura: I think others think 'she is unemployed because she is not competent in what she does and therefore she was fired' or 'she is unemployed because she has a good life, she is financially sustained by her husband.' This is what I think. [...]

Therapist: And for this reason you must feel shame, isn't it?

Laura: I don't know, but that's what I feel. (session 3)

Laura: [...] I felt guilty because I thought I had failed, right? As a person I had failed.

Therapist: Hm-hm.

Laura: I failed because I could not stand the pressure and I got sick [...] and I think maybe the key was to realize that I am like other people. (session 16)

4.2. Immersion/distancing and clinical outcome

There was a significant positive relationship between immersed speech and general clinical outcome (OQ-10.2), $rs(16) = .75$, $p = .001$. Conversely, a negative relationship was observed between distanced speech and general clinical outcome, $rs(16) = -.74$, $p = .0001$. According to Figure 1, depressive symptoms at the beginning of therapy were moderate (BDI-II = 25), decreased in the following assessments, and disappeared in the last session (BDI-II = 0). General clinical outcome improved across sessions, reaching no clinical relevance at the end of therapy (OQ-10.2 = 4). Immersion was still the most prevalent speech when the BDI-II scores were already under the clinical threshold (sessions 8 and 12).

4.3. Immersion/distancing and emotional arousal

One hundred and seventy-five EEs were identified, corresponding to 41.5% of the client's speech. According to Table 3, there was a decrease of negative emotions and an

increase of positive emotions across the therapeutic process. A significant positive relationship between immersed speech and negative emotions, $r_s(16) = .80$, $p = .0001$, and distanced speech and positive emotions, $r_s(16) = .73$, $p = .0001$, and a significant negative relationship between immersion and positive emotions, $r_s(16) = -.69$, $p = .001$, and distancing and negative emotions, $r_s(16) = -.87$, $p = .0001$, were observed.

5. Discussion

This longitudinal analysis revealed a pattern of immersion and distancing throughout the therapeutic resolution of a clinical problem: immersion decreased and distancing increased, especially from the initial to the middle phase of the therapy. Moreover, in the last two sessions, we witnessed a dominance reversal, in which distancing became more frequent than immersion. We can find links between the cognitive behavior therapy, namely the intervention protocol for depression (Beck et al., 1979), and these results. According to this therapeutic approach, from the beginning of the middle or “working” phase is common to apply cognitive techniques, which encourage the clients to analyze and adopt new perceptions of the reality, i.e., clients are encouraged to focus less in their initial point of view about experience (first-person perspective) and seek new alternatives through an observer position of life experiences. For example, specific cognitive techniques to help the client challenge negative automatic thoughts involves distancing of oneself from a belief to allow a more broad and objective analysis of it, typically in cognitive restructuring (DeRubeis et al., 2010), which seems consistent with significant decrease of immersion and increase of distancing. Should be noted that these techniques are closely associated with the metacognitive functioning (Dobson & Dozois, 2010). Specifically, to decenter from thoughts, and thereby view thoughts as events in the mind, allowing to understand one’s own cognitive processes as well as other’s minds, is a metacognitive ability (Segal et al., 2002, 2013). In this sense, distancing may be the one of the steps involved in the metacognitive process. Regarding the dominance of distancing in the last two sessions, it also seems to be in accordance to the intervention CBT protocol for depression (Beck et al., 1979), in which therapists help client to analyze the changes across therapeutic process and to assume an observer position (the client is prompted to assess a past experience from a broad perspective, taking into account past and current experiences).

This pattern of decreasing of immersion and increasing of distancing was related with a decrease to a non-clinical level of symptoms. These results are consistent with experimental studies that consider distancing as an important perspective in reconstruction of the experience (Ayduk & Kross, 2010b; Kross & Ayduk, 2011; Kross et al., 2012) and well-being (e.g., Bruehlman-Senecal; Mischkowski et al., 2012). In addition, we observed a positive relationship between immersion and negative emotions, and between distancing and positive emotions, which is also consistent with the view that immersion on problematic states tends to support negative affect, while more distancing feeds more positive states (e.g., Kross et al., 2014; Kross et al., 2012; Verduyn et al., 2012). Thus, the high immersion and low distancing may be associated with depressive states, emotional distress and unresolved problems in therapy. Some cautions should be taken while considering these results. Our results are basically correlational, and therefore, it is necessary to consider other possible explanations (e.g., the significant increase of distancing may have been a result of the symptomatic change, and not the reversal, or even caused by a third variable).

One important finding in our study was that immersion was dominant in different phases of the resolution of the clinical problem, showing that a high frequency of immersion does not impair the prospects of a good outcome at case level. The dominance of immersion throughout the different phases of the treatment make us suspect that immersed speech is the type of speech requested more often in therapy. Clients need to provide the therapist with context about their personal view on their experience, spending more time in immersion than in distancing. Moreover, we found therapy sessions in which the depressive symptoms were below the clinical threshold, even when immersion was the dominant perspective. In light of this result, the legitimacy of considering immersion as a maladaptive perspective is not completely clear. Immersion and negative emotional arousal can be interpreted as parts of a first step in therapy sessions, especially in the first phase of the process. In our case, this was the developmental pathway of the client: she started by bringing and expressing negative material, in an immersed way, and then progressively became better able to deal with that material in a more distanced and productive way. Therefore, change may be more a feature of the general variation of immersion/distancing (decrease of immersion and increase of distancing across therapy) than of their absolute presence or even dominance. Our observations are also congruent with clinical premises of CBT: initially, the client is expected to retell the problem according to her/his personal perspective, and afterwards, by applying several strategies, such as cognitive restructuring, an observer stance is developed (e.g., Beck, 2011). However, there are some possibilities that should be considered. First, the evolution pattern found in this case may be due to the evolution of the emotional arousal across therapy, i. e., the increase of negative emotions may lead to an immersed reflection on negative experience and the increase of positive emotions may facilitate a distanced reflection on negative experience. Second, we found immersion as the dominant speech during therapy, with exception of the two last sessions. This result points to the possibility that immersion is the perspective most used by clients in psychotherapy. In this context, clients need to recount their problematic experience, describing thoughts, feelings, behaviors and events, in order to be worked on later. This type of reflection may demand more time in therapy than distancing. Third, the high immersion did not prevent the therapeutic success. Probably, therapy, being a safe and controlled context, facilitates the immersed expression without both rumination and excessive emotional arousal of negative emotions.

6. Conclusions

Overall, the longitudinal analysis seems to shed some light on the process. The present study emphasizes the importance of more self-reflection regarding the problematic experience, from an observer perspective, towards higher adaptive integration of the experience, higher capacity of emotional regulation, and well-being. This evolution from high immersion at initial phase to more distancing across therapy suggests implications for clinical practice: a regular pattern characterized by constant immersed speech across the therapy may signal that the client is not progressing as desired, and may benefit from techniques that promote distancing. However, the polarized perspective of immersion and distancing seems unable to fully explain the change in clinical problems. Thus, based on the present study, we are proposing that these two processes may be both important in a good outcome. Immersion may also be necessary in the therapeutic process, since it is balanced with distancing moments.

However, we are in need of more empirical studies with larger clinical samples, including contrasting studies with poor outcome cases. We could then observe if different therapies present a similar pattern in terms of immersion and distancing evolution, and if emotional arousal varies according to the type of therapy applied. Although clients with depression may have a similar evolution pattern of immersion and distancing in different types of therapy, probably the time spent in each perspective may be different. For example, it is possible that in solution-focused therapy clients are more encouraged to take a distanced perspective rather than in emotion-focused therapy. In addition, studies on immersion and distancing in the treatment of different disorders are necessary. Do clients with anxiety present the same evolution pattern of immersion and distancing as clients with depression? People with anxiety tend to avoid contact with some experiences. It is possible that these clients take a distanced perspective as an avoidance mechanism, which probably would require immersion as a first step in psychotherapy.

Furthermore, there are some issues that should be studied. For CBT (e.g., Beck, 2011) and literature on the role of cognitive reappraisal in emotional regulation (Duckworth, Gendler, & Gross, 2016; Gross, 2015), change in psychological well-being is associated with change in how the client thinks and responds to the experience, rather than an increase in distancing alone. Finally, it would also be important to test the influence of the therapist in the client's speech.

ESTUDO 2 – HOW AND WHEN IMMERSION AND DISTANCING ARE USEFUL IN EMOTION FOCUSED THERAPY FOR DEPRESSION

1. Abstract

Objective: (...)

ESTUDO 3 – IMMERSION AND DISTANCING DURING ASSIMILATION OF PROBLEMATIC EXPERIENCES IN A GOOD-OUTCOME CASE OF EMOTION-FOCUSED THERAPY

1. Abstract

Objective: (...)

ESTUDO 4 – FLEXIBILITY BETWEEN IMMERSION AND DISTANCING: A DYNAMIC PATTERN THAT BENEFITS SYMPTOMATIC IMPROVEMENT IN DEPRESSION

1. Abstract

(...)

CONCLUSÃO

1. Discussão integrada dos principais resultados da presente dissertação

A presente dissertação teve como objetivo primordial clarificar o papel da imersão e do distanciamento em psicoterapia. Este objetivo decorreu das dúvidas existentes quanto aos efeitos de cada uma destas perspetivas neste tipo de contexto. Sabendo do potencial da imersão/distanciamento para o desenvolvimento, manutenção e recuperação de estados psicopatológicos (e.g., Ayduk & Kross, 2010b; Gross, 2007; Kross, 2009; Kross & Ayduk, 2008), estudos nesta área são particularmente importantes para conhecer as condições em que estas perspetivas podem ser benéficas no tratamento psicológico. A investigação prévia na área não se enquadra completamente nas necessidades e características de um processo terapêutico, quer em termos de procedimentos metodológicos envolvidos, quer em termos de avaliação da eficácia destas perspetivas. Sendo assim, foram realizados os quatro estudos apresentados ao longo desta dissertação, através dos quais se procurou testar uma visão mais flexível e longitudinal sobre estes fenómenos, enquadrando-se na investigação de processo-resultado em contexto psicoterapêutico. A investigação de processo-resultado defende que a forma de compreender como a psicoterapia é eficaz implica o estudo dos fenómenos ou processos que promovem melhores resultados terapêuticos e mudança clínica (Llewelyn et al., 2016). Assim, estudos sobre imersão e distanciamento no âmbito da investigação de processo-resultado mostraram-se úteis no sentido de conhecer se estas perspetivas estão envolvidas na mudança psicoterapêutica, contribuindo com conhecimento para aprimorar a qualidade da prática clínica.

Os estudos presentes nesta dissertação incidiram sobre o tratamento da perturbação depressiva major, uma perturbação incapacitante e com elevada prevalência a nível mundial (WHO, 2018), merecendo, por isso, a atenção clínica e científica a fim de melhorar a eficácia dos seus tratamentos. Além disso, é das problemáticas mais vulneráveis ao afeto negativo e à ruminação (Ciesla & Roberts, 2007; Nolen-Hoeksema et al., 2008; Takagishi et al., 2013), sendo esperado que o distanciamento, em oposição à imersão, seja benéfico na melhoria desta condição clínica (Kross, 2009; Kross & Ayduk, 2009; Kross et al., 2012; Wisco & Nolen-Hoeksema, 2011). Seguindo as conclusões retiradas dos estudos anteriores, estas perspetivas são opostas e independentes, levando a resultados contrastantes (e.g., Kross & Ayduk, 2008, Kross, 2009). Neste sentido, aumentar o distanciamento na reflexão de experiências negativas seria vantajoso para a diminuição da ativação emocional de emoções negativas e consequente bem-estar (e.g., Kross et al., 2014; Verduyn et al., 2012), bem como para a criação de novos significados e reconstrução dessas experiências (e.g., Ayduk & Kross, 2008, 2010b). Pelo contrário, a imersão poderia ser motivadora de maior ruminação (e.g., Ayduk & Kross, 2010a; Kross, Ayduk, & Mischel, 2005), ativação de emoções negativas e consequente mal-estar (Kross et al., 2014; Kross et al., 2012; Verduyn et al., 2012), mantendo ou potenciando o estado psicopatológico (Brosschot et al., 2006; Bushman, 2002; Nolen-Hoeksema et al., 2008). Estes resultados sugerem que incentivar o distanciamento e evitar a imersão serão estratégias úteis no tratamento psicológico.

Globalmente, os estudos elaborados no âmbito desta dissertação parecem corroborar os resultados anteriores quanto à importância do aumento do distanciamento para mudança e bemestar. Contudo, em psicoterapia, isso não invalida o papel positivo da imersão na mudança clínica, nomeadamente no tratamento da depressão. Aliás, alguns resultados apontam para desvantagens do distanciamento em determinadas circunstâncias

do processo terapêutico. Uma ação coordenada e integrada destes fenômenos parece ser vantajosa para a mudança clínica, o que se contrapõe a uma visão destas perspectivas como opostas e independentes. Estas considerações serão de seguida discutidas e integradas dentro de dois grandes temas que julgamos caracterizar os resultados dos estudos desta dissertação, nomeadamente o padrão de evolução da imersão e do distanciamento associado à mudança clínica; e a imersão e o distanciamento como mecanismos coordenados e dinâmicos envolvidos no processo de mudança terapêutica.

1.1. Padrão de evolução da imersão e do distanciamento associado à mudança clínica

Esta tese representa um esforço pioneiro sistemático em explorar, empiricamente e num formato longitudinal, a imersão e o distanciamento em psicoterapia. Este tipo de metodologia proporcionou alguma clareza sobre a forma como cada perspectiva pode manifestar-se durante o tratamento da depressão e sobre a sua relação com a mudança clínica. Um dos resultados mais relevantes diz respeito ao padrão comum de evolução da imersão e do distanciamento encontrado nos casos de sucesso analisados (estudos 1, 2 e 3), nomeadamente a diminuição da imersão e o aumento do distanciamento ao longo do processo psicoterapêutico, sugerindo uma transição progressiva de maior imersão, dominante sobretudo na fase inicial, para maior distanciamento, mais frequentemente observado na fase final do processo. Esta tendência revelou-se transversal aos dois modelos de intervenção estudados: na terapia cognitivo-comportamental (estudo 1) e na terapia focada nas emoções (estudos 2 e 3). Embora o estudo 1 seja apenas um estudo de caso, estes resultados lançam a possibilidade desta evolução ser um padrão comum de mudança, independentemente do modelo terapêutico aplicado. A relação positiva entre o padrão de evolução referido e a diminuição dos sintomas (estudos 1 e 2) é consistente com os estudos prévios quanto aos benefícios do distanciamento, em oposição à imersão, para o alívio sintomatológico (Ayduk & Kross, 2008, 2010b; Kross & Ayduk, 2008; Kross et al., 2005, 2012; Verduyn et al., 2012). Contudo, também de acordo com os estudos 1 e 2, para que o sucesso terapêutico ocorra a diminuição da imersão e o aumento do distanciamento ao longo do processo deverão ser significativos, i.e., a pessoa deverá apresentar uma marcada mudança no padrão de reflexão da experiência, passando de uma perspectiva imersa para um aumento substancial da perspectiva distanciada. Aliás, o estudo 2 mostrou que a mudança na perspectiva estava relacionada positivamente com a mudança dos sintomas depressivos em terapia focada nas emoções. Esta observação sugere que, quanto maior for a mudança na perspectiva (de imersa para mais distanciada), mais efetiva é a mudança em termos sintomatológicos. Os casos de insucesso analisados (estudo 2), embora tenham manifestado a mesma tendência que os casos de sucesso (diminuição da imersão e aumento do distanciamento), apresentaram tal tendência de forma ligeira, ou seja, uma alteração não significativa em termos estatísticos. Tais casos tiveram, assim, um padrão mais estável na reflexão da experiência pessoal problemática, caracterizado por elevada imersão e baixo distanciamento ao longo de todo o processo. Sendo assim, e tendo por base os resultados dos estudos 1 e 2 sobre a associação das perspectivas com a severidade dos sintomas, bem como a literatura quanto aos efeitos da imersão nos sintomas depressivos (e.g., Kross & Ayduk, 2009), sai reforçada a tese de que a imersão contínua está associada a uma ativação persistente dos sintomas, mantendo-se o estado psicopatológico e potenciando-se, portanto, o insucesso terapêutico.

Globalmente, os resultados até agora discutidos são coerentes com os estudos experimentais/laboratoriais quanto à associação entre imersão e estados psicopatológicos ou negativos, como a depressão (e.g., Kross & Ayduk, 2009; Kross et al., 2009; Kross et al., 2012), e quanto aos efeitos positivos em mudar da perspectiva imersa para a perspectiva distanciada (Kross, 2009; Kross & Ayduk, 2009; Kross et al., 2012; Wisco & Nolen-Hoeksema, 2011) ao longo do processo terapêutico neste tipo de perturbação. Simultaneamente apoiam duas das hipóteses lançadas no início desta tese, nomeadamente: (1) o excessivo foco na experiência negativa a partir de uma perspectiva imersa está associado ao insucesso e compromete o resultado terapêutico; bem como (2) existe uma associação entre aumento da reflexão da experiência segundo uma perspectiva distanciada e o sucesso terapêutico.

A atribuição da imersão a estados negativos e do distanciamento a estados de maior bemestar psicológico em psicoterapia para a depressão é reforçada com os resultados do estudo 1 referentes à ativação emocional. De facto, tal como era expectável, o estudo 1 revelou uma relação positiva entre imersão e a ativação emocional de emoções negativas e entre o distanciamento e a ativação emocional de emoções positivas, sendo coerente com a visão de que, face a experiências negativas, a imersão potencia a ativação emocional de conteúdo negativo (e.g., Kross, 2009; Kross & Ayduk, 2009; Kross et al., 2012; Wisco & Nolen-Hoeksema, 2011), enquanto o distanciamento alimenta estados mais positivos. Tendo em consideração os padrões de reflexão da experiência obtidos nos casos de insucesso e nos casos de sucesso (estudo 2), a excessiva e contínua imersão poderá ativar o afeto negativo para níveis extremamente dolorosos, alimentando círculos de ruminação e sofrimento (Ayduk & Kross, 2010a; Kross et al., 2005). Do ponto de vista clínico, faz sentido admitir que o aumento do distanciamento é útil na promoção de uma maior capacidade de regulação emocional quando ativado material afetivamente negativo. Isto é coerente com as modalidades terapêuticas que estiveram na base dos estudos desta dissertação quando estas usam estratégias que sugerem distanciamento com vista a obter um melhor controlo emocional. Por exemplo, a observação do problema de modo mais afastado (na gíria desta terapia, criar “uma distância de trabalho”), tal como é sugerido pela tarefa “limpar o espaço” em terapia focada nas emoções (Elliott et al., 2004); ou a reavaliação cognitiva, no sentido de mudar o significado criado em situações negativas, tal como é sugerido na “reestruturação cognitiva” em terapia cognitivo-comportamental (Beck, 1970). Portanto, os resultados parecem apoiar a premissa de que o aumento da perspectiva distanciada pode funcionar como um mecanismo eficaz na redução da ativação de emoções negativas (e.g., Kross et al., 2014; Verduyn et al., 2012), ou seja, o distanciamento como promotor de maior controlo emocional.

Os benefícios do distanciamento foram também encontrados na integração e resolução da experiência problemática. Especificamente, o padrão de evolução, caracterizado pela diminuição da imersão e aumento do distanciamento ao longo do processo terapêutico, revelou estar associado ao aumento dos níveis de assimilação da experiência negativa no caso de sucesso analisado no estudo 3. Mais uma vez, esta observação é coerente com os estudos que consideram o distanciamento como uma perspectiva importante na reconstrução da experiência negativa (Ayduk & Kross, 2010b; Kross & Ayduk, 2011; Kross et al., 2012).

Em suma, a interpretação dos resultados dos estudos desenvolvidos no âmbito desta dissertação, tendo por base a relação de cada uma das perspectivas com a sintomatologia depressiva, ativação emocional, e integração e resolução de experiências problemáticas, sugerem que a elevada imersão e o baixo distanciamento podem ser prejudiciais pela sua associação a estados depressivos, sofrimento emocional e problemas não resolvidos em

psicoterapia para a depressão. Sendo assim, aumentar a reflexão sobre a experiência problemática do ponto de vista do observador pode ser benéfico pela sua associação a uma maior integração da experiência, maior capacidade de regulação emocional e bem-estar. Estas conclusões vão ao encontro da visão do distanciamento como uma perspectiva adaptativa na reflexão de experiências negativas (e.g., Ayduk & Kross, 2010b; Etzel, 2017; Kross & Ayduk, 2011; Kross et al., 2012). Numa ótica dos estudos experimentais/laboratoriais, estes seriam dados suficientes para considerar a imersão como uma perspectiva desadaptativa. Contudo, esta leitura, embora aparentemente seja coerente com as observações realizadas, parece ser demasiado redutora e simplista no que concerne ao papel da imersão em psicoterapia. Mais concretamente, existem outras observações que sugerem que a imersão pode ser um elemento importante no processo de mudança.

Em primeiro lugar, a imersão foi, de um modo global, a perspectiva dominante mesmo nos casos de sucesso (estudos 1, 2 e 3), mostrando que a sua elevada frequência não impede resultados terapêuticos favoráveis. O domínio da imersão ao longo das diferentes fases do tratamento leva a considerar a hipótese de que a imersão é o tipo de perspectiva mais solicitada em terapia. Os/as clientes necessitam de partilhar com o/a terapeuta/a a visão pessoal sobre a experiência (pensamentos, sentimentos, comportamentos, eventos) de forma a contextualizar e fornecer a sua perceção sobre a realidade. Sendo assim, este tipo de perspectiva pode exigir mais tempo em terapia do que o distanciamento.

Em segundo lugar, mesmo quando a imersão era a perspectiva dominante, ou seja, continuava elevada quando comparada com a perspectiva distanciada, nalgumas sessões terapêuticas os sintomas apresentaram níveis subclínicos (estudos 1 e 2). Estes resultados revelam que, mesmo com elevada imersão, é possível apresentar níveis sintomatológicos satisfatórios e progredir favoravelmente em psicoterapia. Aliás, no caso analisado no estudo 3, frequências substanciais de imersão coocorreram com o distanciamento em todos os níveis de mudança terapêutica, sendo mesmo a perspectiva mais elevada num dos últimos níveis de mudança, nomeadamente no nível 5 em que o afeto tende a ser positivo (numa escala de 0 a 7). Estas observações indicam que elevada imersão pode não representar um mecanismo negativo associado a estados psicológicos desfavoráveis, mesmo na depressão; pelo contrário, pode ser indicador de progresso terapêutico, dependendo do estado de mudança em que o/a cliente se encontra.

Em terceiro lugar, um outro resultado curioso, que também aponta no sentido da importância da imersão no processo de mudança, foi a presença de maior frequência de distanciamento na primeira sessão no grupo de insucesso do que no grupo de sucesso (estudo 2). Este resultado sugere que mais distanciamento no início da terapia não é necessariamente um preditor de bom resultado terapêutico. Pelo contrário, estes dados, sendo lidos à luz da importância do envolvimento e ativação emocional em terapia (e.g., Fosha, 2000; Greenberg, 2002; Samoilov & Goldfried, 2000), sugerem que, sobretudo numa fase inicial, refletir sobre experiências pessoais problemáticas a partir de uma perspectiva imersa pode ser uma parte importante do processo terapêutico. O estudo 3 apoia este pressuposto ao revelar que a imersão foi inferior ao distanciamento no nível 1 de mudança (evitamento da experiência) e mais elevada do que o distanciamento no nível 2 (consciência do problema) e 3 (clarificação do problema) no caso analisado. Especificamente, maior distanciamento, numa fase precoce de mudança, poderá estar associado a processos de evitamento prejudiciais para o progresso terapêutico; enquanto a elevada imersão, embora envolva estados dolorosos (níveis 1 e 2

associados a afeto negativo), parece ser um mecanismo adaptativo associado à superação do evitamento da experiência negativa e à emergência e clarificação do problema na consciência.

Neste sentido, assumimos a imersão simultaneamente como uma perspectiva associada ao sofrimento psicológico, mas também como parte do processo de promoção do bem-estar. Aliás, no estudo 1, a elevada imersão apresentada, bem como a elevada frequência de emoções negativas, sobretudo na fase inicial da terapia, não foram impeditivas do sucesso terapêutico. Portanto, tudo indica que devemos ter cuidado quando associamos a imersão e as emoções negativas a estados problemáticos em psicoterapia, porque podem funcionar como uma importante ferramenta para o tratamento, fazendo parte do processo de mudança. Estes pressupostos estão em linha com os modelos de intervenção que estiveram na base desta dissertação.

Em terapia focada nas emoções, o início do tratamento passa por incentivar o/a cliente a contactar com os seus estados emocionais desadaptativos e que causam sofrimento, de modo a ativá-los, tornando-os conscientes para posteriormente serem processados e transformados. O contacto com esses estados pode ser feito a partir de uma reflexão focada nos seus sentimentos, estados físicos e percepção de si mesmo/a, o mais aproximadamente possível da sua experiência, o que sugere uma perspectiva imersa sobre essa mesma experiência (Elliott et al., 2004; Greenberg, 2002; Greenberg & Watson, 2006). Por sua vez, na terapia cognitivo-comportamental, um dos primeiros passos do tratamento passa por solicitar ao/a cliente a descrição dos eventos dolorosos tal como foram percebidos por si na altura em que ocorreram, ou seja, na perspectiva de primeira pessoa. Desta forma, é possível aceder a pensamentos disfuncionais, com o objetivo de os tornar conscientes, o que é fundamental para a posterior criação de visões alternativas mais realistas sobre a experiência (e.g., Beck, 1970, 1979; Young, Rygh, Weinberger, & Beck, 2014).

Sendo assim, os resultados dos estudos desta dissertação, apoiados nos modelos teóricos subjacentes (e.g., Beck, 1970; Elliott et al., 2004), bem como na literatura sobre a importância da ativação emocional (e.g., Elliott et al., 2013; Greenberg et al., 1993; Pennebaker & Graybeal, 2001; Smyth, 1998; Wilson & Gilbert, 2008), apoiam a possibilidade da imersão ser promotora de envolvimento emocional com conteúdos mentais geradores de respostas afetivas negativas, tornando o problema consciente e claro para a posterior criação de novos significados. Considerando estes achados juntamente com os padrões de evolução de imersão e distanciamento que distinguem os casos de sucesso e os de insucesso (estudo 2) e o predomínio do distanciamento em detrimento da imersão no nível 4 de mudança do modelo de assimilação (nível de emergência de novos significados – estudo 3), a imersão parece ser útil em terapia desde que seja seguida do aumento substancial do distanciamento. Caso contrário, a imersão será excessiva e contínua, podendo ser sinal de falta de progresso terapêutico.

Embora os resultados desta dissertação necessitem de mais apoio empírico, estes sustentam a hipótese de que a imersão tem efeitos terapêuticos positivos, mais precisamente quando não ocorre de forma contínua e indefinida. O/A cliente pode começar por expressar o material negativo a partir de uma perspectiva imersa, promovendo o aumento da consciencialização e o contacto com os afetos envolvidos nos problemas em decurso. Esse contacto mais sustentado com tais conteúdos poderá progressivamente diminuir evitamentos automáticos e aumentar a capacidade de lidar com os conteúdos envolvidos. Se tal acontecer, é legítimo esperar-se que isto torne o/a cliente cada vez mais capaz de refletir sobre esse material de forma distanciada, potenciando-se a criação de novos significados.

Esta possibilidade é coerente com dados empíricos que mostram que o contacto com a experiência negativa na perspetiva de primeira pessoa permite aceder, tolerar e aceitar essa mesma experiência, facilitando a emergência de significados alternativos (Greenberg, 2004). Também é provável que o progressivo aumento do distanciamento favoreça o controlo emocional sobre a experiência potencialmente dolorosa, impedindo que a imersão se manifeste de forma descontrolada e persistente. Esta possibilidade é coerente com os estudos experimentais/laboratoriais (e.g., Kross et al., 2014; Verduyn, Mechelen, Kross, Chezzi, & Bever, 2012), bem como com os modelos terapêuticos envolvidos nesta dissertação (e.g., Beck, 1970; Greenberg & Watson, 2006) no que concerne aos benefícios do distanciamento na regulação emocional.

O benefício do aumento do distanciamento no tratamento da depressão parece ser inegável, e, de acordo com o estudo 1, este aumento poderá ser mais favorável da fase inicial para a intermédia. Apesar deste resultado dever ser lido com cuidado, por derivar apenas de um estudo de caso, é consistente com diferentes modelos terapêuticos, pois a fase intermédia tende a ser a fase de trabalho, em que as técnicas que exigem maior desafio à experiência problemática são aplicadas e, por isso, uma perspetiva mais abrangente e distanciada pode ser exigida (e.g., Beck, 1970; Greenberg & Watson, 2006). No caso da terapia cognitivo-comportamental para a depressão (terapia subjacente no estudo referido), da fase inicial para a fase intermédia várias técnicas cognitivas são normalmente aplicadas no sentido de incentivar o/a cliente a adotar uma nova perceção sobre a realidade. Por exemplo, estratégias de reestruturação cognitiva são frequentemente usadas neste período, desafiando pensamentos automáticos associados a um ponto de vista de primeira pessoa. Para tal, o/a terapeuta auxilia o/a cliente no desafio desses pensamentos a partir do distanciamento da própria crença, com o objetivo de obter uma perceção mais abrangente e, por isso, mais rica que permita a criação de novos significados, mais ajustados à realidade (Beck, 1970; Ma & Teasdale, 2004). Na terapia focada nas emoções (terapia subjacente aos estudos 2 e 3), também são aplicadas estratégias, sobretudo na fase intermédia da terapia, que são consistentes com o uso da perspetiva distanciada. Por exemplo, de acordo com os princípios deste modelo terapêutico, nesta fase da terapia é comum o/a terapeuta facilitar a criação de novos significados sobre a experiência a partir do exercício de trabalho de cadeiras. Esta tarefa implica a diferenciação do Self no sentido do/a cliente observar as diversas partes de si mesmo/a (Greenberg & Watson, 2006), o que é coerente com a perspetiva distanciada (Nigro & Neisser, 1983; Robinson & Swanson, 1993).

Em síntese, os estudos realizados no âmbito desta dissertação, nomeadamente os estudos 1, 2 e 3, sugerem que um padrão de evolução, caracterizado por maior imersão inicial e posterior aumento substancial do distanciamento ao longo da terapia, corresponde a um progresso favorável no tratamento da depressão, associado à mudança clínica. Esta evolução parece envolver uma ação coordenada entre as perspetivas, na medida em que uma está mais associada a envolvimento emocional e consciencialização do problema (imersão), mais comum no início da terapia, e a outra a uma fase posterior de observação, análise e criação de novos significados (distanciamento).

1.2. Imersão e distanciamento como mecanismos coordenados e dinâmicos envolvidos no processo de mudança terapêutica

Nos estudos 3 e 4 foram realizadas análises a um nível mais detalhado que permitiram observar que a imersão e o distanciamento podem atuar de forma coordenada e dinâmica no processo de mudança terapêutica. Em particular, o estudo 3 usou o modelo de assimilação de experiências problemáticas como modelo desenvolvimental de mudança em psicoterapia, procurando perceber a associação destas perspectivas aos diferentes níveis de mudança. Embora o distanciamento, inversamente à imersão, se tenha revelado positivamente associado ao aumento dos níveis de assimilação – sugerindo que a mudança está associada a uma evolução linear de imersão para distanciamento com o avançar da terapia –, a análise destas perspectivas dentro de cada nível de mudança demonstrou um padrão de imersão e distanciamento que se modificou sistematicamente à medida que houve progressão para níveis mais elevados. Estes resultados sugerem que, a um nível mais micro, a evolução das perspectivas ao longo da mudança pode ser descontínua. Alguns dos dados que mostram esta descontinuidade já foram apresentados e debatidos no ponto anterior quando foi mencionado o facto de, em níveis mais precoces de mudança, ser encontrado mais distanciamento do que imersão associado a processos de evitamento (nível 1), e o aumento da imersão poder superar esse evitamento, bem como facilitar a consciência (nível 2) e clarificação do problema (nível 3). Adicionalmente, este estudo mostrou que maiores frequências de distanciamento do que de imersão poderão ser necessárias na compreensão e insight sobre diferentes facetas do problema (nível 4). Novamente, maior frequência de imersão poderá ser útil na aplicação das novas compreensões no sentido de resolver o problema (nível 5). Posteriormente, maior distanciamento parece ser necessário para a resolução efetiva do problema (nível 6). Estes resultados sugerem importantes reflexões quanto ao papel da imersão e do distanciamento em psicoterapia, sendo estas de seguida discutidas em 5 pontos distintos:

(1) A imersão e o distanciamento poderão estar ambos associados a evitamento.

Embora o evitamento permita um alívio imediato, restituindo o nível de funcionalidade (e.g., Gross, 2007; Kennedy-Moore & Watson, 2001), a médio-longo prazo pode trazer consequências devastadoras, pois impede a resolução efetiva do problema (Kashdan et al., 2006), e potencia a preocupação sobre o mesmo e a persistência de crenças desajustadas à realidade (e.g., Akbari & Khanipour, 2018), estando, muitas vezes, na base do desenvolvimento e manutenção de estados psicopatológicos (Gross, 2007; Moroz & Dunkley, 2019). Sendo assim, a imersão e o distanciamento podem manifestar-se como mecanismos prejudiciais quando usados como forma de evitar o contacto emocional com a experiência que causa sofrimento. Este estudo, pela presença de distanciamento e imersão no nível 1 de mudança (evitamento), apoia a literatura sobre a relação entre o distanciamento e o evitamento (e.g., Mclsaac & Eich 2004), mas acrescenta ainda que também a imersão pode estar associada a este processo. No caso analisado, o evitamento manifestou-se na imersão quando a cliente se focou no medo em explorar um dos seus principais problemas, evitando envolver-se em conteúdos mais centrais. No distanciamento ocorreu pela reflexão apenas periférica de conteúdos ligados à experiência, impedindo o envolvimento emocional. Em conjunto, a imersão e o distanciamento parecem ter contribuído para o evitamento.

(2) A imersão surge associada à superação do evitamento inicial nos níveis 2 e 3 de assimilação.

As elevadas frequências de imersão encontradas nos níveis 2 e 3 de mudança sugerem que esta perspetiva pode ser útil para aceder a pensamentos e a emoções associados ao problema e que causam sofrimento (consciencialização do problema – nível 2), sendo que o seu foco e expressão pode favorecer uma melhor definição do problema (clarificação do problema – nível 3). Simultaneamente, os benefícios do aumento da imersão estendem-se à superação do evitamento. Isto leva a considerar que, numa fase precoce de mudança, a imersão deverá ser elevada para provocar o envolvimento emocional necessário. Portanto, fomentar a imersão, em detrimento do distanciamento poderá ser útil.

(3) O aumento do distanciamento surge ligado a uma nova compreensão de si e dos problemas.

Numa fase posterior do processo, o aumento do distanciamento e a diminuição da imersão aparecem associados à atribuição de significado à experiência (compreensão/insight – nível 4), fundamental para o equilíbrio emocional (afeto neutro) e homeostasia do Self (Basto et al., 2017; Stiles, 2011; Stiles, Osatuke, Glick, Mackay, 2004) – resultado também coerente com os estudos que associam o distanciamento à regulação emocional (e.g., Kross et al., 2014; Kross et al., 2012; Verduyn et al., 2012) e à reconstrução da experiência (e.g., Etzel, 2017; Kross et al., 2012).

(4) A passagem dessa nova compreensão para esforços práticos de resolução do problema corresponde a um aumento da imersão.

Num nível posterior, o aumento da imersão sobre o distanciamento poderá ser útil na aplicação das novas compreensões como primeiros esforços para a resolução do problema (aplicação/trabalho sobre o problema – nível 5). O predomínio da imersão num nível elevado de assimilação, adicionado ao facto do nível 5 ser caracterizado pela emergência de maior afeto positivo, não era um resultado expectável, quer tendo em conta o modelo de assimilação (Caro Gabalda & Stiles, 2009; Stiles, 2011; Stiles et al. 1991), quer os estudos que associam a imersão ao afeto negativo (e.g., Kross et al., 2014; Kross et al., 2012; Verduyn et al., 2012). De acordo com o caso analisado, neste nível, a perspetiva imersa manifestou-se pela descrição de ações, pensamentos e sentimentos que ocorreram diariamente, ilustrativos da parcial resolução do problema. Neste sentido, uma possibilidade explicativa deste fenómeno é que, neste nível, a imersão ocorreu sobre facetas positivas da experiência, podendo ter sustentado estados emocionais positivos (Verduyn et al., 2012). Uma outra hipótese é que a aplicação das novas compreensões da vida diária é alcançada fora da terapia e em terapia é solicitado que ela seja relatada a partir da sua descrição, implicando uma perspetiva imersa. Contudo, isto não parece invalidar a importância da imersão em terapia, pois a expressão de novas conquistas permite sistematizar e integrar as mudanças alcançadas (Gonçalves, Ribeiro, Mendes, Matos, & Santos, 2011).

(5) A resolução do problema clínico surge associada a maior distanciamento. Posteriormente, uma reflexão sobretudo distanciada poderá ser benéfica para a efetiva resolução do problema, compreendendo as diferenças entre o passado e o presente e o processo nele envolvido. Isto é convergente com os estudos experimentais/laboratoriais que associam o distanciamento à resolução de problemas (e.g., Ayduk & Kross, 2008, 2010b).

Portanto, o estudo 3 oferece indicações sobre como a imersão e o distanciamento podem estar envolvidos em diferentes etapas do processo de mudança terapêutica. Os resultados obtidos sugerem a existência de um padrão irregular, caracterizado por oscilações no predomínio de cada perspectiva com o progresso para níveis de mudança mais elevados. Estas observações revelam evidência empírica de que (1) também a imersão pode estar associada a diferentes níveis de mudança, mesmo nos níveis mais avançados (e.g., nível 5); (2) ambas as perspectivas podem exercer papéis importantes para a mudança psicoterapêutica; (3) embora cada perspectiva seja divergente na sua associação ao nível de mudança, podem convergir no sentido da mudança, exercendo papéis complementares. Aliás, a partir do nível 3, foram detetadas transições frequentes e coordenadas entre imersão e distanciamento dentro de cada nível de mudança, gerando visões mais adaptativas da realidade. Por exemplo, no nível 4, a cliente em estudo descreveu diferentes experiências que ilustravam o seu problema a partir de uma perspectiva imersa, e estabeleceu possíveis ligações entre essas experiências a partir de uma perspectiva distanciada. Foi neste nível que foram detetadas transições mais frequentes que, coincidentemente, é o nível a partir do qual se distinguem os casos de sucesso dos de insucesso (Brinegar et al., 2008). Mais precisamente, os estudos que se enquadram dentro do modelo de assimilação de experiências problemáticas têm mostrado que os casos de sucesso terapêutico progredem para níveis mais elevados do que os de insucesso terapêutico (nível 4 ou superior). Portanto, em conjunto, os resultados sugerem que imersão e o distanciamento podem atuar de forma coordenada e dinâmica em terapia, e isso é favorável ao sucesso terapêutico.

Esta premissa é apoiada pelo estudo 4, mostrando que maior flexibilidade entre perspectivas, caracterizada por transições frequentes e rápidas entre imersão e distanciamento, na fase intermédia da terapia, esteve associada negativamente aos sintomas depressivos no final do tratamento, independentemente da abordagem terapêutica aplicada (terapia cognitivo comportamental ou terapia focada nas emoções). Mais concretamente, o aumento da frequência das mudanças entre perspectivas numa fase intermédia da terapia prediz a diminuição dos sintomas depressivos alcançado no término do processo. Assim, a capacidade em alternar frequentemente entre refletir sobre a experiência numa perspectiva imersa para uma perspectiva distanciada poderá ser útil para o progresso favorável da sintomatologia. Além disso, os resultados parecem apontar para a importância dos/as clientes diagnosticados/as com depressão, numa fase intermédia, despendem curtos períodos de tempo em cada perspectiva à medida que refletem sobre a sua experiência problemática, o que pressupõe um padrão flexível e, por isso, dinâmico de funcionamento destas perspectivas.

A depressão é caracterizada por padrões rígidos que contribuem para manter a sintomatologia (Ciesla & Roberts, 2007; Nolen-Hoeksema et al., 2008; Takagishi et al., 2013). A teoria dos sistemas dinâmicos, por seu turno, defende a importância da flexibilidade para quebrar padrões rígidos de configuração do Self (Fisher et al., 2011) e este estudo vai na mesma direção, ao mostrar que o aumento da flexibilidade entre imersão e distanciamento gera flutuações na forma como a pessoa perspectiva a experiência, flutuações essas que quebram com padrões rígidos e desadaptativos. Assim, rápidas e frequentes transições entre imersão e distanciamento na fase intermédia do processo terapêutico parecem representar uma forma adaptativa de reflexão da experiência problemática na depressão. Aliás, tendo em consideração os resultados associados aos casos de insucesso com depressão, nomeadamente um padrão contínuo e estável sobretudo de imersão (estudo 2), bem como

a associação do distanciamento a estados de evitamento (estudo 3), um padrão flexível entre perspectivas pode impedir ou quebrar processos negativos provenientes de longos períodos de imersão, bem como processos de evitamento resultantes de períodos de distanciamento desadaptativo. Repetidos ciclos de imersão e distanciamento poderão ser necessários para obter uma melhor regulação emocional e promover a mudança na forma como a pessoa representa cognitivamente a experiência, contribuindo para um maior bem-estar. Teoricamente, ciclos repetidos alimentam a produção de mais ciclos (Gonçalves et al., 2011; Mergenthaler, 2000). Portanto, possivelmente, maior flexibilidade entre perspectivas promove influências recíprocas, aumentando a capacidade em transitar de uma perspectiva para a outra e, consecutivamente, alimentando novos ciclos de imersão e distanciamento. Por outras palavras, a pessoa começa por refletir a partir de uma perspectiva imersa, mas, entretanto, muda de perspectiva, adotando uma posição de observador, o que cria uma nova reflexão imersa que, por sua vez, alimenta novas formas de distanciamento, e assim por diante. Isto é análogo ao que é proposto pelo modelo de ciclos terapêuticos, que defende que o envolvimento emocional e a abstração podem ocorrer de forma conexa, ou seja, o/a cliente é capaz de expressar-se emocionalmente e seguidamente elaborar sobre o conteúdo expressado, criando insight (Mergenthaler, 1996, 2000).

Sumariamente, o padrão linear de evolução associado ao sucesso terapêutico, caracterizado por maior imersão inicial seguida do aumento substancial de distanciamento (estudos 1 e 2), parece representar uma visão global de um modelo irregular de transição entre imersão e distanciamento, para alcançar uma reflexão mais adaptativa e estável. Estas considerações vão ao encontro da teoria dos sistemas dinâmicos que defende que maior flexibilidade permite a destabilização do sistema pessoal, fundamental para posterior configuração mais adaptativa e estável do Self (Fisher et al., 2011) e mudança clínica (e.g., Gumz et al., 2010; Hayes et al., 2007). Esta visão sobre a imersão e o distanciamento apoia também a hipótese de que estas perspectivas podem não atuar de forma oposta e independente em psicoterapia. Pelo contrário, há evidências de que a imersão e o distanciamento podem funcionar como mecanismos coordenados e dinâmicos na mudança psicoterapêutica (estudos 3 e 4).

2. Limitações e estudos futuros

Os estudos realizados no âmbito desta dissertação apresentam um conjunto de limitações que condicionam a interpretação dos resultados alcançados, bem como a generalização dos mesmos.

Uma das principais limitações prende-se com o tamanho e características das amostras recolhidas. Foram utilizados estudos de caso e estudos com amostras pequenas ($n=6$ e $n=17$). O reduzido número de casos analisados deve-se essencialmente a constrangimentos no processo de codificação de imersão e distanciamento, bem como de outras variáveis usadas, como a assimilação de experiências problemáticas (estudo 3). O processo de codificação destas medidas é bastante moroso, pois implica várias fases (e.g., estudo, treino e aplicação da medida) e está dependente do acordo inter-juizes. O tempo despendido em cada caso dificulta a constituição de uma amostra substancial, sendo comum encontrar amostras pequenas em estudos que englobam este tipo de procedimentos (e.g., Basto, Stiles, Rijo, & Salgado, 2017; Mendes et al., 2016). Contudo, a opção por este tipo de medidas prende-se com a possibilidade de aceder a microprocessos do/a cliente em contexto

psicoterapêutico, aumentando a riqueza e a profundidade das observações obtidas. Os estudos de caso seguiram esta abordagem mais minuciosa, pelo que os resultados devem ser lidos para o caso específico analisado, não sendo generalizáveis. No entanto, isso não retira a importância deste tipo de estudos, dado que as observações alcançadas numa análise exaustiva de casos clínicos podem ser acomodadas à teoria existente, o que favorece o seu aperfeiçoamento (e.g., Stiles, 2007, 2015).

Relativamente às características da amostra, é de salientar que os casos recolhidos foram acompanhados no âmbito de um ensaio clínico, nomeadamente o Estudo de depressão do ISMAI (Salgado, 2014), o que, embora tenha sido vantajoso para a elaboração dos estudos aqui apresentados, tornam a amostra restrita no que respeita às características sociodemográficas e motivação para o processo, e também homogénea no que respeita ao diagnóstico (e.g., perturbação depressiva major). Apesar de ser nosso objetivo focar os estudos especificamente no tratamento da depressão dada a pertinência político-social envolvida, coloca-se a questão: será que outro tipo de perturbação exigiria uma evolução diferente em termos de imersão e distanciamento ao longo do processo de mudança psicoterapêutica? Clientes com depressão tendem a refletir a partir de uma perspetiva imersa (Kross & Ayduk, 2009; Kross et al., 2009; Kross et al., 2012) e isso foi reforçado pelos estudos desta dissertação. Contudo, outras perturbações podem partir de uma perspetiva diferente. Face a estas limitações, prevê-se fundamental, em investigações futuras, replicar os estudos com amostras maiores e mais heterogéneas, isto é, que abranjam outro tipo de perturbação e população clínica proveniente de um contexto real de atendimento (e.g., contextos de prática de rotina). Desta forma será possível aumentar a validade ecológica dos nossos resultados e perceber se são representativos e generalizáveis à população geral e a diferentes psicopatologias.

A elaboração de estudos com amostras maiores permite o uso de análises estatísticas mais exigentes e, conseqüentemente, resultados mais robustos. Embora tenham sido precavidas algumas situações, como o uso do Simulation Modelling Analysis como forma de minimizar os problemas estatísticos gerados em estudos de séries temporais (autocorrelação e baixo número de observações), os resultados dos estudos desta dissertação devem ser lidos com precaução. Por exemplo, a natureza correlacional dos resultados é uma questão sensível, pois não permite atribuir uma causa direta e, por este motivo, é necessário considerar mais do que uma explicação. É o caso da relação encontrada entre imersão/distanciamento e os sintomas, pois existem duas possíveis formas de interpretação dos resultados: (1) por um lado, é possível que mudanças na perspetiva possam promover mudanças na severidade dos sintomas depressivos e, nesta lógica, a manutenção da perspetiva imersa resulta na manutenção dos sintomas e conseqüente condição psicopatológica; (2) alternativamente, a mudança na severidade dos sintomas depressivos pode provocar mudanças na perspetiva adotada durante a reflexão da experiência negativa. O mesmo pode ser considerado no caso da ativação emocional: (1) por um lado, o aumento da imersão pode gerar ativação emocional de emoções negativas e o aumento do distanciamento a ativação emocional de emoções positivas; (2) por outro lado, o aumento das emoções negativas pode levar a uma reflexão imersa sobre a experiência negativa e o aumento das emoções positivas pode facilitar uma reflexão distanciada sobre a mesma. Portanto, importa clarificar estas questões com mais estudos que usem amostras substancialmente maiores.

Dada a complexidade na aplicação das medidas de processo, como a MIDS, antevê-se dificuldades na constituição de amostras com elevado número de participantes. Por esta razão, atualmente está a ser validada uma nova medida, baseada na MIDS, que permite a identificação da imersão e do distanciamento a partir do discurso transcrito de uma forma computadorizada (Sousa et al., 2017). O objetivo deste método é tornar a codificação mais rápida, mantendo o rigor científico na identificação das perspetivas. Uma outra solução, que poderá também contornar o constrangimento relativo à morosidade da aplicação da MIDS e, adicionalmente, ultrapassar a questão da existência de transcrições, é a elaboração de uma medida observacional.

Uma outra questão metodológica a notar nos estudos desta dissertação, é facto de um dos juízes envolvidos na análise qualitativa dos dados ter tido conhecimento dos resultados clínicos dos casos analisados. Isto pode ser visto como uma limitação pelo potencial enviesamento dos resultados obtidos. No entanto, reduzimos esse potencial efeito através de dois procedimentos: tendo sempre um/a segundo/a juiz/juíza cego/a aos resultados; os/as dois/duas juízes/as envolvidos/as em cada caso analisado codificaram 100% do material. Acrescenta-se, ainda, que os valores kappa de Cohen também revelaram um acordo satisfatório, o que credibiliza o processo de codificação.

No que respeita a eventuais investigações futuras, um outro aspeto a considerar é o efeito da terapia e do/a terapeuta na perspetiva adotada pelo/a cliente. Em relação à terapia, os estudos desta dissertação procuraram informar mais sobre a questão da transversalidade dos resultados encontrados, a partir da análise da imersão e do distanciamento em duas modalidades terapêuticas contrastantes (terapia cognitivo-comportamental e terapia focada nas emoções). Embora o padrão de evolução encontrado seja similar (e.g., estudo 1 e estudos 2/3), provavelmente o tempo gasto em cada perspetiva é diferente. Esta questão poderá ser dissipada em estudos futuros envolvendo estas e outras modalidades terapêuticas.

Em relação ao/à terapeuta, a contribuição dele/dela na perspetiva adotada pelo/a cliente julga-se pertinente para a prática clínica. Ao longo da elaboração desta dissertação, esta questão de investigação foi sendo explorada num outro estudo. Esse estudo não foi incluído neste trabalho, uma vez que foi liderado por uma outra investigadora. Os resultados do referido estudo sugerem implicações do/a terapeuta na perspetiva do/a cliente, em particular na flexibilidade do seu discurso ao evidenciar diferentes tipos de competências do/a terapeuta que acompanharam a alternância entre os dois tipos de perspetivas no/a cliente (Couto et al., 2016). Tendo por base o estudo 4, que apontou para a flexibilidade entre perspetivas no/a cliente como importante para a mudança clínica, estudos que sustentem os resultados encontrados e clarifiquem esta relação são pertinentes, no sentido em que estas informações podem ser usadas na formação dos/as profissionais, sendo úteis para melhorar a prática e a eficácia terapêutica.

Ainda no que respeita à flexibilidade entre perspetivas, consideramos também pertinente explorar a evolução das transições entre imersão e distanciamento na fase inicial e final da terapia, com o objetivo de verificar se, também nestas fases, a imersão e o distanciamento se mostram coerentes com o modelo dos sistemas dinâmicos. Mais concretamente, testar a existência de um padrão de reflexão rígido, caracterizado pelo predomínio da perspetiva imersa na fase inicial da terapia, evoluindo para maior flexibilidade entre imersão e distanciamento na fase intermédia e, culminando num padrão de reflexão mais estável, caracterizado pelo predomínio da perspetiva distanciada na fase final da terapia (Fisher et al., 2011).

3. Implicações para a prática clínica

A presente dissertação salienta a importância da perspectiva adotada na reflexão de experiências pessoais problemáticas ao longo do tratamento da depressão. A sua relação com a mudança psicoterapêutica parece indicar que as perspectivas imersa e distanciada têm um papel relevante em psicoterapia, sugerindo implicações para a prática clínica. Ao elucidar sobre quando e como estas perspectivas podem ser úteis e prejudiciais em contexto terapêutico, este trabalho evidencia que ambas as perspectivas podem ser usadas em prol da mudança ou poderão servir de mecanismos que mantêm o estado psicopatológico. Por isso, julgamos que quando e como estas perspectivas se manifestam ao longo do processo terapêutico devem ser alvo de atenção clínica. Conhecer como cada uma delas pode atuar de forma produtiva/não produtiva poderá ajudar o/a terapeuta a orientar a sua intervenção no sentido de promover a perspectiva que melhor se adequa à fase do processo em que o/a cliente se encontra, aumentando assim a probabilidade de eficácia do tratamento.

Vários aspetos dos resultados alcançados nesta dissertação podem ser apontados a este nível. Um deles prende-se com o padrão de evolução das perspectivas imersa e distanciada que se revelou associado à mudança, quer no que respeita à assimilação de experiências problemáticas, quer à mudança sintomatológica e emocional. Neste sentido, poderá ser favorável para o sucesso terapêutico, o/a terapeuta ajudar o/a cliente no desenvolvimento de um padrão de evolução caracterizado por maior imersão inicial e posterior aumento do distanciamento. A presença de um padrão estável, marcado sobretudo pela perspectiva imersa ao longo do processo, pode sinalizar que o/a cliente não está a progredir favoravelmente, beneficiando de técnicas promotoras de distanciamento. O contrário também pode acontecer, ou seja, a presença de elevado distanciamento no início da terapia, em que o/a cliente se foca em conteúdos periféricos da experiência, pode ser sinal de evitamento. Fomentar a perspectiva imersa poderá ser uma ação terapêutica útil no alcance de níveis de mudança superiores.

Um outro aspeto refere-se à importância da flexibilidade entre perspectivas na fase intermédia da terapia para o resultado final em termos de sintomas depressivos. Assim, a atenção do/a terapeuta dada a este fenómeno parece relevante. Poderá ser vantajoso o uso de estratégias que fomentem transições frequentes e rápidas entre imersão e distanciamento na fase intermédia da terapia, de modo a promover maior flexibilidade na reflexão da experiência problemática.

Tendo por base as implicações para a prática clínica até agora abordadas, estas parecem fundamentar, em primeira instância, a importância de o/a terapeuta ser capaz de identificar a perspectiva usada pelo/a cliente. A elaboração e validação de uma medida de autorrelato preenchida pelo/a cliente, que permita avaliar em cada sessão este fenómeno, poderá ser uma solução rápida e prática de aceder às perspectivas. Do mesmo modo, a elaboração e validação de uma medida preenchida pelo/a terapeuta poderá ser importante. Aliás, a conjugação das duas medidas pode ser interessante, fornecendo informação sobre a percepção dos diferentes intervenientes sobre o mesmo fenómeno. Estas medidas permitiriam obter o nível de imersão/distanciamento global. Contudo, também poderá ser vantajoso conseguir perceber no momento (*in loco*) quando o/a cliente está a refletir segundo uma perspectiva imersa e distanciada. Este processo seria facilitado com a elaboração de um conjunto de indicadores, ou seja, sinais ou pistas observáveis, que caracterizam cada uma das perspectivas.

Obviamente que será necessário conhecer de forma mais clara quais as estratégias que melhor se adequam à promoção de cada uma das perspectivas, tendo em conta o nível de mudança e fase do processo terapêutico em que o/a cliente se encontra. Portanto, poderá ser um passo importante na melhoria da prática clínica no tratamento da depressão incentivar os/as terapeutas a prestar atenção à perspectiva usada na reflexão de experiências problemáticas, criando ferramentas que os/as ajudem na identificação de cada perspectiva e na devolução de respostas adequadas ao desenvolvimento positivo das mesmas ao longo da terapia. Este passo pode ser útil no sentido de fomentar o processo de mudança e bem-estar clínico.

4. Conclusões e considerações finais

A presente dissertação salienta a importância da imersão e do distanciamento no processo de mudança psicoterapêutica na depressão, contribuindo para ampliar a compreensão sobre os processos promotores da eficácia neste contexto. Em conjunto, os resultados dos diferentes estudos tornam legítimo extrair a possibilidade de um modelo representativo da imersão e do distanciamento no sucesso terapêutico de clientes diagnosticados/as com depressão. Um padrão marcado por mais imersão na fase inicial da terapia, seguido de maior flexibilidade entre perspectivas, sobretudo na fase intermédia, acompanhado do aumento substancial do distanciamento, poderá ser um modelo desenvolvimental útil pela sua associação à mudança clínica e emocional. Este modelo assume a imersão e o distanciamento como mecanismos coordenados e dinâmicos, integrados no processo de mudança. Neste sentido, acreditamos que refletir sobre a experiência pessoal problemática de forma adaptativa, não é apenas um resultado, mas sim um processo complexo entre a perspectiva imersa e distanciada que decorre ao longo do tratamento psicoterapêutico.

Seguindo esta linha de raciocínio, salientam-se algumas considerações acerca da importância de cada uma das perspectivas de acordo com o momento do processo terapêutico em que se manifestam, as quais refletem as principais conclusões desta dissertação: (1) a imersão sobre experiências negativas numa fase inicial da terapia pode ser entendida como um movimento no sentido da mudança, mesmo que isso não implique elevados níveis de bem-estar; (2) parece ser importante o aumento significativo do distanciamento a partir desta fase, uma vez que a imersão elevada de forma contínua e indefinida torna-se excessiva e prejudicial. Assim, a diminuição da imersão poderá ser considerada como um processo esperado, mas não propriamente negativo. Por sua vez, o aumento do distanciamento poderá ser útil e favorável à criação de novos significados; (3) o papel positivo da imersão poderá estender-se também a uma fase de mudança mais tardia, nomeadamente quando o/a cliente reflete sobre a aplicação das novas compreensões no sentido de resolver o problema; (4) o desenvolvimento de uma reflexão mais distanciada poderá ser útil para a resolução efetiva do problema numa fase final do processo terapêutico. Contudo, isto não significa que elevado distanciamento em psicoterapia seja produtivo, pois mais distanciamento numa fase inicial pode representar evitamento da experiência dolorosa; (5) a flexibilidade entre perspectivas numa fase intermédia poderá constituir um momento-chave para a mudança psicoterapêutica. Este fenómeno, sendo transversal aos modelos teóricos subjacentes a esta dissertação, sugere que a flexibilidade entre perspectivas é um processo abrangente que traduz mudanças na forma como a pessoa reflete sobre a sua experiência, quebrando padrões

rígidos e inflexíveis, e isso está diretamente associado ao bem-estar atingido no final do tratamento. Neste sentido, o processo de evolução das perspectivas quando analisadas a um nível mais detalhado é descontínuo e instável, sugerindo um processo dinâmico como visão complementar ao movimento linear de imersão para distanciamento.

Numa apreciação global desta dissertação, existem ainda outros aspetos que se julgam relevantes considerar. Em primeiro lugar, é de realçar a importância da elaboração da MIDS, permitindo a observação longitudinal das variáveis em estudo.

Em segundo lugar, este trabalho não se restringe à avaliação de mudança ao nível de sintomatologia de uma determinada categoria de diagnóstico. Foi usado, por exemplo, o modelo de assimilação que permite avaliar o funcionamento global (cognitivo, emocional e comportamental) em relação a uma experiência negativa (Caro Gabalda & Stiles, 2009; Stiles, 2011; Stiles et al. 1991) e, por isso, os resultados tornam-se mais próximos e coerentes com a complexidade da mudança em psicoterapia e funcionamento humano.

Por último, ainda que devam ser consideradas algumas limitações, esta dissertação constitui o primeiro esforço em estudar a imersão e o distanciamento de forma sistemática em Imersão e Distanciamento em Psicoterapia para a Depressão 160 psicoterapia, adotando uma perspectiva longitudinal e integradora sobre estes fenómenos. Esta abordagem permitiu obter resultados que reforçam a teoria existente, mas também outros resultados que sugerem novas leituras sobre o potencial de cada perspectiva e das perspectivas em conjunto, nomeadamente na mudança sintomatológica e emocional e na assimilação de experiências problemáticas. Assim, este trabalho constitui um pequeno incremento no reforço, mas também no refinamento da teoria existente. Além disso, acreditamos que o seu contributo se estenda a nível clínico, pelas indicações obtidas sobre quando e como a imersão e o distanciamento podem ser úteis/prejudiciais em psicoterapia para a depressão. Acreditamos que estas informações merecem atenção clínica por parte dos/as terapeutas, pois podem constituir uma ferramenta importante no sentido de promover a perspectiva que melhor se adequa à fase em que o/a cliente se encontra e, conseqüentemente, facilitar a mudança e fomentar a eficácia terapêutica.

WEBGRAFIA

[Microsoft Word - TESE-EunicaBarbosa-2011190895.docx \(uc.pt\)](#)