

**La investigación sobre el proceso de cambio en psicoterapia y los  
diferentes enfoques terapéuticos: un análisis de los mecanismos  
cognitivos y emocionales**

Isabel Basto

Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra

[lsalbasto@gmail.com](mailto:lsalbasto@gmail.com)

João Salgado

Instituto Universitário da Maia

[jsalgado@docentes.ismai.pt](mailto:jsalgado@docentes.ismai.pt)

Dirección para correspondencia:

João Salgado

ISMAI - Instituto Universitário da Maia

Av. Carlos Oliveira Campos - Castelo da Maia

4475-690 Maia

## Resumen

Actualmente, la investigación sobre la efectividad de los diferentes tipos de psicoterapia demuestra que la psicoterapia funciona para distintos tipos de trastornos. Sin embargo, todavía hay varios problemas que siguen sin resolverse, por ejemplo, los casos que no responden al tratamiento así como casos de deterioro. Con esta finalidad, es necesario complementar la investigación de eficacia con estudios de proceso (investigación de proceso y proceso-resultado). Así este trabajo tiene como objetivos: efectuar una breve síntesis del estado actual de la investigación sobre los mecanismos de cambio (emocionales y cognitivos) en la psicoterapia; y analizar cómo la investigación del proceso de cambio se ha articulado con los modelos teóricos. El análisis de los diferentes estudios parece validar empíricamente el papel mediador de diferentes mecanismos en la promoción del cambio terapéutico. Sin embargo, parece ser más difícil confirmar la especificidad de los mecanismos a las terapias que los suscitan específicamente. Se discutirá las implicaciones de estos resultados para investigaciones futuras sobre el cambio terapéutico.

Palabras-Clave: Psicoterapia; Cambio terapéutico; Investigación Proceso-resultado; mecanismos de cambio.

## Abstract

Currently, research on the effectiveness of different types of psychotherapy shows that psychotherapy works for different types of disorders. However, there are still several issues that remain to be solved, for example, cases that do not respond to treatment, as well as cases of deterioration. For this purpose, it is necessary to complement research about the effectiveness of therapy with process studies (process and process-outcome research). So this paper aims to: make a brief summary of the current state of research on the mechanisms of change (emotional and cognitive) in psychotherapy; analyze how process research has been articulated with theoretical models. The analysis of different studies seems to empirically validate the role of mediation that several mechanisms seem to have in promoting therapeutic change. However, it seems

more difficult to confirm the hypothesis that these mechanisms are specific to therapies that intentionally promote them. The implications of these results for future research on therapeutic change will be discussed.

Keywords: Psychotherapy; therapeutic change process; process-outcome research; change Mechanisms

## **La investigación sobre el proceso de cambio en psicoterapia y los diferentes enfoques terapéuticos: un análisis de los mecanismos cognitivos y emocionales**

Recientemente se celebró los 50 años de la publicación en la revista *Psychotherapy* de la famosa polémica entre Hans Jurgen Eysenck y Hans Herrman Strupp, sobre la supuesta ineficacia de las psicoterapias psicodinámicas (Eysenck, 1964; Strupp, 1964). En ese momento, permanecía en el aire la duda sobre la validez y la solidez de los tratamientos psicológicos. Hoy, después de estos años, el escenario es, en algunos aspectos, mucho más claro. La psicoterapia funciona, llegando a revelar tamaños del efecto muy elevados. En el estudio de la efectividad de los diferentes tipos de psicoterapia para distintos tipos de disturbios, la lista de tratamientos apoyados empíricamente no ha dejado de aumentar (APA, 2012). Todavía hay más y más tratamientos para cada trastorno existente. Por ejemplo, la división 12 de la APA sostiene que la depresión tiene ahora 13 tratamientos con apoyo empírico. Estudios sobre la relación costo-beneficio de la psicoterapia también han revelado que esta presenta claras ventajas económicas en comparación con otros tratamientos (Dobson et al., 2008).

Sin embargo, todavía hay varios problemas y desafíos, teóricos y prácticos, en el campo de la investigación en psicoterapia. Aunque la eficacia está probada, es todavía evidente que hay tasas relevantes de no respuesta al tratamiento, así como casos de deterioro (Barlow, 2010), siendo nuestra comprensión de estos fenómenos escasa. Por otra parte, no siempre los resultados son sostenidos en el tiempo. Por ejemplo, uno de los mayores desafíos que aún pone en el tratamiento de la depresión es encontrar procedimientos efectivos para la prevención de la recaída (Kuyken et al., 2008).

Probablemente, estos desafíos serán mejor revelados si tenemos una idea más clara sobre cómo funcionan en concreto las terapias. Con este fin, la investigación sobre el resultado (investigación de resultado) necesita ser complementada con la investigación de proceso (investigación de proceso y proceso-resultado). Aquí viene el primer propósito de este trabajo: una breve

síntesis del estado actual de la investigación sobre los procesos de cambio en la psicoterapia.

Un segundo propósito de este trabajo es analizar cómo la investigación del proceso de cambio se ha articulado con los modelos teóricos que informan las terapias. Lo hacemos a partir del análisis de dos tipos específicos de cambio (cambios emocionales y cognitivos), que servirán como indicadores del estado actual de la investigación en este campo. Sabemos que dejamos fuera de nuestro análisis otros tipos de cambio también relevantes (por ejemplo, cambios en el comportamiento o cambios interpersonales), pero para proceder al análisis deseado estos dos tipos son suficientes para ilustrar el estado actual de la investigación.

Nos interesa, particularmente, explorar en este artículo, si los resultados obtenidos por cada tratamiento son debido a los procesos y mecanismos de cambio que supuestamente ese tratamiento promueve. En general se asume que teóricamente cada forma de psicoterapia, a través de sus procesos y técnicas específicas, activa los mecanismos de cambio específicos y coherentes con el modelo. Por ejemplo, dentro de la terapia cognitiva, la reestructuración cognitiva producirá una modificación de los esquemas cognitivos; o bien, en la terapia focalizada en la emoción, la exploración empática de emociones secundarias conduce a la expresión y la conciencia de emociones primarias más nucleares. Por lo tanto, se estipula una relación lineal entre las técnicas y los mecanismos de cambio. Sin embargo, podemos preguntarnos acerca de esta relación lineal.

Por ejemplo, ¿En qué medida el cambio cognitivo es generado por las técnicas y los procesos cognitivos? O ¿en qué medida los cambios emocionales son generados por las técnicas experienciales?

### **Una breve introducción a la investigación sobre el proceso de cambio en psicoterapia**

Aunque en la actualidad existen varios estudios que apoyan y validan claramente diversas formas de psicoterapia como eficaces en el tratamiento de diversas psicopatologías, en realidad, poco se sabe sobre los procesos o mecanismos

por los cuales se produce el cambio en psicoterapia. Como dice provocativamente Kazdin (2009): "Podría decirse que la pregunta más urgente es cómo la terapia conduce a un cambio. En la actualidad, no sabemos las razones, aunque se han propuesto muchas ideas". (p. 418)

Por lo tanto, continúa sin respuesta la pregunta sobre cómo la psicoterapia funciona realmente (Greenberg, Goldman y Korman, 2003).

Varios estudios sobre el cambio en la psicoterapia intentan responder a esta pregunta analizando los procesos involucrados en el éxito terapéutico. Hay un acuerdo en llamar a la investigación sobre los eventos ocurridos durante la psicoterapia como "investigación de proceso". Cuando el proceso de análisis se asocia con los resultados obtenidos en la terapia, se denomina "investigación de proceso-resultado" (Hill, 1993). Sin embargo, la mera asociación de ciertos acontecimientos en la terapia y los resultados, aunque puede apoyar empíricamente una terapia determinada, no garantiza una lectura que permitirá comprender el proceso de desarrollo del cambio. En este sentido, Greenberg (1986) propuso que las investigaciones que tratan de describir dicho proceso de transformación deben denominarse de "investigación del proceso de cambio".

En el campo de convenciones terminológicas, a menudo se hace una distinción entre "procesos de cambio," y "mecanismos de cambio" (Crits-Cristoph, Gibbons y Mukberjee, 2013). Los procesos se refieren a hechos relacionales entre cliente y terapeuta, directos o indirectos, con impacto causal en el resultado, por ejemplo, la aplicación de la técnica de reestructuración cognitiva, la utilización de una técnica de silla vacía, rellenar un diario, etc. Los mecanismos se refieren a cambios en el cliente con impacto causal en el resultado, e.g., cambio de los pensamientos automáticos disfuncionales, cambio del procesamiento emocional, etc.

Dentro de la investigación del proceso, hay una división entre los estudios que tratan de analizar los factores comunes a las distintas formas de psicoterapia y aquellos que se centran en los factores específicos del cambio en cada terapia. La primera se centra en el análisis de los factores transversales, transteóricos, de cualquier forma de psicoterapia. Los estudios que se centran en factores

específicos enfocan su análisis en los "ingredientes" específicos de cada modalidad terapéutica y su posible contribución para el resultado.

Sin ser exhaustivos, podemos señalar como ejemplos de estudios de los factores comunes los estudios sobre la relación terapéutica (por ejemplo, la alianza terapéutica; estudios sobre empatía), estudios sobre el cambio del self (por ejemplo, asimilación de experiencias problemáticas; Caro, 2012; Stiles, 2012; procesos dialógicos, Leiman, 2002) y los estudios sobre el cambio narrativo (Angus, 2012; Gonçalves et al., 2009). Los estudios sobre los procesos específicos son, sin embargo, más frecuentes. Además, parece existir una resistencia en adoptar un enfoque centrado en factores comunes, quizás por ser percibido como una amenaza para la viabilidad y diferenciación de muchos modelos. A priori, dentro de los estudios sobre los procesos de cambio específico en cada tratamiento, podría haber tantos tipos de estudios como tipos de terapia existen, es decir, cientos, sino miles. Sin embargo, en nuestro estudio, nos proponemos organizar este territorio de una manera más simple, en 4 categorías generales de procesos o mecanismos: cognitivo, emocional, conductual e interpersonal. Estas cuatro categorías principales de procesos serán también "familias" de terapias: terapias cognitivas, experienciales, conductuales y psicodinámicas. Este sistema de clasificación está lejos de ser perfecto y respetar la diversidad enorme en el campo, pero nos permite adoptar, al menos, una perspectiva más organizada.

A continuación haremos un breve resumen del estado actual de la investigación sobre los procesos de cambio en psicoterapia, más específicamente sobre los mecanismos cognitivos y emocionales.

### **Estudios sobre mecanismos cognitivos**

En cuanto a los mecanismos cognitivos, Beck et al. (1979) definieron un modelo cognitivo que entiende la psicopatología como asociada a los procesos y contenidos cognitivos desadaptativos, más probables en individuos que han desarrollado a lo largo de su vida esquemas cognitivos depresivos o negativos. Estos esquemas cognitivos siguen "dormidos" durante toda la vida, hasta que un

evento en particular los activa. Cuando se activan, estos esquemas cognitivos negativos sesgan el procesamiento cognitivo el cual influye, a su vez, en el contenido cognitivo (como pensamientos automáticos y actitudes disfuncionales; Dozois, et al., 2009) o que fomenta la aparición de trastornos psicológicos (por ejemplo, depresión). Por lo tanto, tenemos diferentes niveles de profundidad con respecto a los mecanismos cognitivos. En un nivel más profundo tenemos los esquemas cognitivos que, no sólo están conectados al almacenamiento, organización y estructuración de la forma en cómo se procesa la información, sino que también influyen los contenidos cognitivos (Dozois & Beck, 2008). A un nivel más superficial existen los productos cognitivos, que son los que son más accesibles a las personas y que pueden tomar la forma de pensamientos automáticos o actitudes disfuncionales (Dozois, et al., 2009).

Como ya hemos mencionado, aunque sabemos que la terapia es efectiva para producir cambio, a saber, por ejemplo en la depresión, no entendemos claramente cual es el proceso implicado. Con respecto a la terapia cognitivo-conductual, a pesar de ser un tratamiento empíricamente validado en diferentes tipos de psicopatología, no existen estudios confirmando empíricamente qué mecanismos cognitivos median en el cambio (Garratt, Ingram, Sawalani y Rand, 2007). Hay varias propuestas teóricas que ofrecen una conceptualización del cambio especificando los mediadores cognitivos. Uno de estos modelos de cambio sugiere que para que se produzca el cambio terapéutico deben existir modificaciones estructurales en los esquemas cognitivos negativos (Garratt, Ingram, Sawalani y Rand, 2007). Por otra parte, otros autores proponen que no existen cambios estructurales, sino una desactivación del esquema cognitivo durante el proceso terapéutico (Ingram y Hollon, 1986). Finalmente, existe un modelo de cambio cognitivo que propone que la terapia no cambia el esquema cognitivo, pero apoya al cliente en la creación de esquemas compensatorios que ayudan en situaciones difíciles (Garratt, Ingram, Sawalani y Rand, 2007; Hollon et al., 1990). A pesar de que los diferentes modelos sostienen que el elemento central del cambio es el esquema cognitivo (un proceso cognitivo profundo), la mayoría de los estudios sobre los mecanismos de cambio cognitivo se centran en las cogniciones más superficiales tales como pensamientos automáticos y

actitudes disfuncionales. Ello es debido a que es difícil acceder a los esquemas cognitivos, al contrario de lo que ocurre con las cogniciones más superficiales.

Así pues examinaremos las revisiones de la literatura sobre los mecanismos de cambio cognitivo, así como los meta-análisis que se han producido en los últimos 15 años. Nuestro análisis está dividido por el tipo de enfoque de los estudios: (1) Focalizados en mecanismos cognitivos más superficiales, como pensamientos automáticos o actitudes disfuncionales, y (2) Centrados en cogniciones más profundas como los esquemas cognitivos. También se tendrá en consideración los estudios que examinan la influencia de la mediación cognitiva en el proceso de cambio de los síntomas durante el proceso terapéutico y su especificidad en las terapias cognitivo-conductuales.

Con respecto a los estudios sobre mecanismos cognitivos más superficiales y su influencia en el cambio sintomático, nos apoyamos en una revisión de la literatura (Garratt, Ingram, Sawalani y Rand, 2007) que informa sobre los resultados de 31 estudios sobre el tratamiento de la depresión. En términos generales, los diversos estudios confirman que la terapia cognitivo-conductual afecta el cambio en los mecanismos cognitivos, que a su vez permiten una disminución de la sintomatología clínica depresiva. Por ejemplo, en el estudio realizado por Kwon y Owei (2003), con 35 clientes de terapia cognitiva verificaron que una disminución de pensamientos automáticos en una etapa inicial del proceso terapéutico se relacionaba con la disminución de síntomas depresivos al final del proceso terapéutico.

Kuyken (2004), en un estudio que se realizó en terapia cognitiva con una muestra de 122 personas, encontró que los cambios en la desesperanza en etapas iniciales del proceso terapéutico predijeron una mejora en la sintomatología al final del proceso, con independencia del nivel inicial de síntomas depresivos. Tang y DeRubeis (1999) en un estudio de 61 pacientes en terapia cognitivo-conductual encontraron que los cambios cognitivos significativos ocurridos durante la sesión precedieron a las reducciones repentinas en el nivel de síntomas depresivos. Tang et al. (2005) replicaron el mismo estudio (pero con una muestra de Terapia Cognitivo-Conductual parcial, Terapia Cognitivo-conductual y Terapia Conductual), obteniendo resultados similares. Como se

puede ver en estos estudios, parece haber evidencia a favor de que los mecanismos cognitivos están relacionados con e influyen en los síntomas y el resultado terapéutico.

Con respecto a los estudios sobre mecanismos cognitivos profundos, los esquemas cognitivos, los estudios son más escasos debido a la dificultad en la medición de la variable en cuestión. Sin embargo, los resultados de las investigaciones realizadas permiten apoyar empíricamente los supuestos teóricos relacionados con el papel de esquemas cognitivos en la vulnerabilidad y el mantenimiento de estados depresivos (Dozois et al. 2009).

Seeds y Dozois (2010) han analizado la estabilidad de la organización de los esquemas cognitivos, a través de la comparación de los resultados en dos momentos con 1 año de distancia. Verificaron la existencia de una estabilidad de moderada a alta en los patrones de organización de los esquemas cognitivos. Analizaron también la relación de estos esquemas cognitivos con una mayor vulnerabilidad a la depresión, después de la ocurrencia de eventos negativos en la vida. Confirmaron que los esquemas cognitivos organizados de forma más rígida alrededor de contenido negativo se asociaron con una mayor ocurrencia de sintomatología depresiva después de acontecimientos negativos. Lo mismo ocurrió en relación con esquemas cognitivos organizados de forma difusa alrededor del contenido positivo interpersonal.

También se han realizado estudios con la intención de verificar cómo el uso de estrategias compensatorias tienen un impacto en la reducción sintomatológica. Estrategias compensatorias derivan de esquemas compensatorios e son habilidades promovidas pela terapia cognitiva con objetivo de compensar el esquema cognitivo disfuncional e ayudar a ultrapasar situaciones de vida difíciles que conducirían a la depresión (Hollon et al., 1990). Hablando en términos generales, los diversos estudios (Barber y DeRubeis 2001; Connolly, Gibbons et al., 2009; Strunk, DeRubeis, Chiu y Alvarez, 2007;) han encontrado una asociación entre los niveles más elevados de utilización de estrategias compensatorias y el cambio clínicamente significativo, así como con una disminución en la probabilidad de recaída.

Existen algunos estudios sobre la cuestión de si los resultados obtenidos por la terapia cognitivo-conductual son debido a los procesos y mecanismos de cambio supuestamente activados. En ellos se comparan las terapias cognitivas con otros tratamientos, incluyendo la psicofarmacología, con respecto a la presencia de diferentes mecanismos cognitivos y su impacto en la reducción de los síntomas.

Los resultados de estudios previos (DeRubeis et al. 1990; Fava, Bless, Otto, Pava y Rosenbaum, 1994; McKnight, Nelson-Gray y Barnhill, 1992; Stravynski et al., 1994; Whisman, Miller, Norman y Keitner, 1991;) confirmaron la existencia de una asociación significativa entre un cambio en los mecanismos cognitivos y la reducción de los síntomas. Sin embargo, hay pocos estudios que pueden aclarar el papel específico de la terapia cognitiva en la promoción de una transformación del procesamiento cognitivo, puesto que, de una forma general, no se encuentran diferencias significativas entre el grupo de terapia cognitivo-conductual y la psicofarmacoterapia, con respecto a los cambios en el procesamiento cognitivo (Garratt, Ingram, Sawalani y Rand, 2007).

Teasdale et al. (2001) compararon dos condiciones diferentes de tratamiento: una que combinaba terapia cognitiva, medicación y manejo clínico, y otra que incluía manejo clínico y medicación, pero no terapia cognitiva. Los autores no encontraron diferencias significativas entre los dos grupos, ni en las medidas relativas a los mecanismos cognitivos, ni en las medidas relativas a la sintomatología depresiva. Por otra parte, sí que encontraron diferencias entre los grupos en la forma de rellenar los cuestionarios sobre medidas cognitivas, siendo el grupo sin terapia cognitiva el que puntuaba de forma significativa con valores más extremos, hecho que se mantuvo durante todo el proceso. En cambio, el grupo de terapia cognitivo-conductual disminuyó significativamente el número de puntuaciones extremas en los cuestionarios a lo largo del proceso terapéutico. Encontraron también que, después de la eliminación de los abandonos (casos que se retiraron antes de las 8 semanas), el grupo de terapia cognitiva tenía menos recaídas y promovió, en gran medida, un cambio en ciertos tipos de errores de pensamiento (e.g., pensamiento de tipo absolutista/dicotómico).

Beevers y Miler (2004) compararon grupos con diferentes condiciones: un grupo de medicación, un grupo de medicación más terapia familiar, un grupo de

medicación y terapia cognitiva-conductual y, finalmente, un grupo de medicación más terapia cognitiva-conductual y terapia familiar. No se encontraron diferencias significativas entre ninguno de los grupos, en las diversas medidas relativas a la sintomatología y los mecanismos cognitivos.

En una serie de estudios, Segal et al. (1999, 2006) encontraron resultados distintos de los anteriormente mencionados. Los autores elaboraron un estudio que analizó cómo un estado de depresión temporal influye en la aparición de actitudes disfuncionales en grupos que previamente habían sido tratados por depresión, con terapia cognitiva-conductual y con farmacoterapia, y compararon los resultados de ambos grupos. Verificaron que, en ambos grupos, cuando estaban en un estado de ánimo normal, no presentaban, de una forma significativa, actitudes disfuncionales. Sin embargo, cuando se indujo un estado depresivo, el grupo tratado con psicofarmacoterapia demostró mayor reactividad cognitiva, presentando un número significativamente mayor de actitudes disfuncionales. También se verificó que esta reactividad cognitiva era predictiva de futuras recaídas.

Dozois et al (2009) elaboraron un estudio que comparó un grupo de terapia cognitiva y farmacoterapia, con un grupo de farmacoterapia con respecto a los mecanismos cognitivos (superficiales y profundos) y la sintomatología depresiva. En contraste con estudios previos, encontró resultados que, en parte, apoyan la idea que el cambio en la terapia cognitiva se produce, mediante la modificación de los esquemas cognitivos. En relación a los mecanismos cognitivos superficiales, ambos grupos mostraron una disminución significativa de los síntomas depresivos y una disminución significativa de los pensamientos automáticos y actitudes disfuncionales. Sin embargo, en respecto a los mecanismos cognitivos más profundos, los esquemas cognitivos, sólo existieron cambios significativos en el grupo de terapia cognitiva más farmacoterapia.

Cuando hablamos de la asociación entre la utilización de las estrategias compensatorias y la terapia cognitiva, estudios comparativos con otros tratamientos, no han confirmado la existencia de una asociación positiva entre los niveles más elevados de utilización de estrategias compensatorias y la terapia cognitiva (Connolly-Gibbons et al., 2009).

En resumen, los diversos estudios demuestran que una modificación en los mecanismos cognitivos (pensamientos automáticos, actitudes disfuncionales, esquemas cognitivos o estrategias compensatorios) tiene impacto en la reducción de los síntomas. Sin embargo, pocos son los estudios que son capaces de probar y confirmar la hipótesis de que existe una relación de causa y efecto entre las dos variables. Además, la gran mayoría de los estudios comparativos con otros tratamientos, por ejemplo, farmacoterapia, no son capaces de confirmar la hipótesis de que la terapia cognitiva tiene mayor capacidad para promover cambios cognitivos que otros tratamientos. Varias cuestiones metodológicas pueden haber contribuido a esta situación, a saber: el uso de muestras reducidas que no tienen poder estadístico suficiente para producir diferencias significativas entre grupos; la falta de un grupo de control en los diferentes estudios, que permitiría comparar el impacto real del tratamiento vs el no tratamiento; por último, en la mayoría de los estudios no se controla la existencia del cambio sintomatológico previo al cambio cognitivo, lo cual reduce la posibilidad de confirmar el efecto mediador de los mecanismos cognitivos en el cambio terapéutico (Crits-Cristoph, Gibbons y Mukberjee, 2013).

### **Estudios sobre mecanismos emocionales**

Con respecto a los mecanismos emocionales, son varios los estudios que analizan cómo las emociones influyen en el cambio terapéutico. En primer lugar, vamos a presentar estudios relativos a la activación emocional y después estudios cuyo enfoque es el procesamiento emocional. Aunque se puede argumentar que la activación emocional es parte del procesamiento emocional, existen varios estudios sobre este mecanismo más específico, por lo que nos pareció importante realizar esta división. Los estudios que se presentan seguida continuación sobre la activación emocional están basados en una revisión de la literatura sobre el papel de las emociones en el proceso terapéutico de Greenberg y Pascual-Leone (2006). También se presentarán estudios más recientes sobre la activación emocional, pero, en general, los resultados son convergentes.

Con respecto a los mecanismos emocionales presentes en terapia, la activación emocional parece ser un primer paso, cuando el foco de la intervención son las emociones. Traer a la conciencia la experiencia emocional permite el trabajo terapéutico posterior con emociones descubiertas (Greenberg y Pascual-Leone, 2006). Para superar la evitación y permitir la activación emocional es necesaria la exposición a experiencias evitadas. Diversos estudios en terapia conductual (Foa, Riggs, Massie y Yarczower, 1995; Jaycox, Foa y Morral, 1998) en clientes con trastornos por estrés postraumático, encontraron que la activación emocional del miedo en conjunto con el recuento de los eventos traumáticos durante la primera exposición y con una disminución progresiva del malestar sentido durante las exposiciones durante el proceso terapéutico, funcionaron como predictores del éxito terapéutico. Otro estudio llevado a cabo con los clientes con trastorno por estrés postraumático (Foa, Aparejos, Massie y Yarczower, 1995) encontró que la activación emocional (medida a través de la expresión facial) durante la narración de eventos traumáticos era esencial para permitir el acceso a la "estructura del miedo" que, a la postre, promueve el éxito terapéutico. Un metaanálisis sobre la eficacia de diferentes terapias en el tratamiento del trastorno por estrés postraumático (Foa, Rothbaum y Furr, 2003) concluye que la terapia de exposición (sin ser combinada con otras terapias) es la más eficaz en el tratamiento de este trastorno.

En cambio, los estudios llevados a cabo con terapias experienciales indican que la activación emocional, por sí sola, no es suficiente para promover el cambio terapéutico, siendo necesaria una combinación con la integración cognitiva de la propia experiencia emocional. Un estudio (Warwar y Greenberg, 2000) en una muestra de clientes en terapia focalizada en la emoción para la depresión parece confirmar estos resultados, al tiempo que verifica que la activación emocional en conjunción con la reflexión sobre las emociones activadas en la fase intermedia del proceso terapéutico fueron predictores del éxito terapéutico. Otro estudio (Warwar, 2003) analizó la relación entre la emoción expresada e la emoción experienciada (esta última requiere interpretación cognitiva de la emoción) e el resultado terapéutico. Se verificó que las dúas variables en conjunto fueron mejores predictores del resultado terapéutico, que cuando analizadas solas. Finalmente, un estudio (Missirlan, Toukmanian, Warwar & Greenberg, 2005)

realizado sobre una muestra de 32 clientes en terapia focalizada en la emoción para la depresión verificó que la activación emocional en conjunción con el procesamiento perceptivo son mejores predictores de éxito terapéutico que cualquiera de las variables solas. Los resultados de estos estudios parecen indicar que, no solo es importante la activación de emociones pero también la consciencia e reflexión sobre las mismas. Carryer y Greenberg (2010) realizaron un estudio para determinar la relación entre el tiempo pasado en la expresión de emociones intensas (activación emocional significativa) y el éxito terapéutico. Utilizaron una muestra de 32 clientes en terapia focalizada en la emoción. Los resultados del estudio indicaron que el éxito terapéutico estaba asociado con cantidades moderadas de activación emocional intensa (aproximadamente 25% del tiempo de la terapia, en la fase intermedia y de la fase final). Por lo tanto, parece importante no sólo que el cliente alcance niveles elevados de activación emocional, sino también cuánto tiempo se mantiene en niveles de activación emocional intensa.

Estos estudios parecen indicar que, a pesar de que la activación emocional desempeña un papel muy importante para el proceso terapéutico, por sí sola no parece ser suficientemente eficaz, siendo necesaria una integración cognitiva de la propia experiencia emocional para facilitar el proceso de cambio. O contrario puede también ocurrir, para existir una integración cognitiva apropiada y completa de la experiencia emocional que está siendo trabajada en la terapia, es necesaria la activación eficaz de las emociones agregadas a esa experiencia. Además, durante el proceso terapéutico parece haber una frecuencia ideal (ni demasiado alta ni demasiado baja) de tiempo en la expresión de emociones.

Sobre el estudio de los mecanismos emocionales y el cambio terapéutico, diferentes estudios se centraron en el procesamiento emocional. El procesamiento emocional se define como el proceso mediante el cual se accede a los estados emocionales, se fijan temporalmente en la conciencia de la persona y se transforman en experiencias emocionales más adaptativas y claramente conectadas con las necesidades reales del individuo (Baker et al., 2012). En relación a cómo se produce, un estudio fue diseñado (Pascual-Leone y Greenberg, 2007) para mostrar cómo se lleva a cabo, momento a momento, el procesamiento emocional. Este estudio propone un modelo teórico con las

diferentes fases o pasos de la ocurrencia del procesamiento emocional relacionado con el cambio, el cual fue empíricamente validó en una muestra de 34 clientes. En una etapa inicial del procesamiento emocional, el modelo propone la existencia de emociones indiferenciadas o no procesadas, tales como el malestar general, la rabia agresiva, lo miedo y la vergüenza. Posteriormente y como un paso principal para el cambio, se refiere a la interconexión entre una mayor conciencia de la autoevaluación negativa de sí mismo con las necesidades del self que anteriormente no eran conscientes. Finalmente, el acceso a las emociones como la rabia asertiva, la angustia, el dolor y el auto-apaciguamiento parecen ser pasos más avanzados de procesamiento emocional (Pascual-Leone y Greenberg, 2007).

Varios estudios también analizaron cuál es la relación del procesamiento emocional y el cambio terapéutico, especialmente en terapias experienciales que centran su intervención en la exploración y procesamiento de las experiencias emocionales del cliente. Un estudio (Pos, Greenberg, Goldman y Korman, 2003) realizado con 34 clientes en terapia focalizada en la emoción tuvo como objetivo examinar la relación entre el procesamiento emocional (inicial y tardío) con los síntomas generales, la autoestima y los problemas interpersonales. Se constató, en primer lugar, que el procesamiento emocional mejoró significativamente a lo largo de la terapia y que este aumento producía mejoras sintomáticas. Además, se comprobó que el procesamiento emocional inicial fue mediado por el procesamiento emocional tardío (Pos, Greenberg, Goldman y Korman, 2003). Esto parece indicar que iniciar la terapia con una buena capacidad de procesamiento emocional no es un factor muy importante para el resultado terapéutico, pero lo que parece importante es aumentar esta capacidad a lo largo del proceso terapéutico.

Del mismo modo, otro estudio (Pos, Greenberg y Warwar, 2009) analizó cómo el procesamiento emocional y la alianza terapéutica, en diferentes etapas de la terapia (inicial, intermedia y final), se relacionan con los resultados terapéuticos (sintomatología depresiva y general, autoestima y problemas interpersonales). Para este estudio se utilizó una muestra de 74 clientes en terapia experiencial breve. Como en el estudio anterior, el procesamiento emocional aumentó significativamente durante el proceso terapéutico. Lo mismo ocurrió con la

alianza terapéutica. También se constató que el procesamiento emocional de la fase intermedia fue el mejor predictor del resultado terapéutico con respecto a los síntomas (depresivos y generales) y el procesamiento emocional de la fase final fue el mejor predictor con respecto a la autoestima. También se constató que la alianza terapéutica influía directamente en el procesamiento emocional e indirectamente en los resultados terapéuticos, durante la etapa intermedia y final de la terapia. Un estudio más reciente (Malin y Pos, 2014) destinado a comprobar cómo la empatía expresada por el terapeuta, en la fase inicial del tratamiento, influye en la alianza terapéutica, en el procesamiento emocional (en la fase intermedia de la terapia) y en la sintomatología depresiva (en la fase final de la terapia). Con este fin, se utilizó una muestra de 30 clientes en terapia experiencial breve para la depresión. Se encontró que tanto la alianza terapéutica, como el procesamiento emocional influyeron directamente en los resultados terapéuticos (sintomatología depresiva en las etapas finales). La empatía había influenciado estos dos mecanismos (alianza y procesamiento emocional) directamente e indirectamente en los resultados terapéuticos.

Aunque una proporción significativa de los estudios sobre procesamiento emocional utilizaron muestras de terapias experienciales, también se realizaron estudios en otras terapias cuyo foco terapéutico no es cambiar la experiencia emocional, sino más bien, los mecanismos cognitivos, como por ejemplo la terapia cognitivo-conductual. A través del análisis de estos estudios podremos verificar si la modificación de los mecanismos emocionales es más significativa en las terapias experienciales. Esto podría ayudar a confirmar la posible existencia de una relación de causa-efecto entre las estrategias experienciales y la modificación de los mecanismos emocionales. Castonguay et al. (1996) realizaron un estudio para analizar cómo dos variables comunes a otras terapias (la alianza terapéutica y el procesamiento emocional) y una variable específica de la terapia cognitivo-conductual (las distorsiones cognitivas) influían en el resultado terapéutico. El estudio se realizó sobre una muestra de clientes con depresión tratados con terapia cognitivo-conductual con y sin medicación. Se observó que el aumento de la alianza terapéutica y del procesamiento emocional predecían la mejora sintomática, mientras la disminución de las distorsiones cognitivas no anticipaba la disminución de síntomas. Watson y Bedard (2006)

compararon los niveles de procesamiento emocional de 40 casos de éxito y fracaso en terapia cognitivo-conductual y terapia experiencial. Los resultados ayudaron a demostrar que: (1) en ambos tratamientos el procesamiento emocional aumentó a lo largo de la terapia, de forma más significativa en la fase intermedia del proceso terapéutico; (2) que el grupo de éxito en ambos tratamientos obtuvo niveles de procesamiento emocional significativamente superiores en comparación con el grupo de peores resultados; y (3) que los clientes de terapia cognitivo-conductual llegaron a niveles de procesamiento emocional inferiores en comparación con el grupo de la terapia experiencial. Otro estudio posterior (Baker et al., 2012) comparó los niveles de procesamiento emocional de un grupo de clientes en terapia cognitivo-conductual con un grupo de individuos no clínicos. En la evaluación inicial, se encontró que los niveles de procesamiento emocional del grupo clínico fueron significativamente más bajos que el grupo no clínico. Sin embargo, al final de la terapia, el grupo clínico había alcanzado niveles de procesamiento emocional próximos a los del grupo no clínico.

A pesar de que los diferentes estudios parecen confirmar la importancia de los mecanismos emocionales en el cambio terapéutico, los estudios contienen algunas limitaciones metodológicas que merece la pena señalar. En particular, gran parte de los estudios contaban con muestras reducidas y/o carecían de grupos control. Además, muchos estudios no tenían un control sobre las posibles mejoras en la variable de resultado, antes de medir la variable de proceso. Tales limitaciones dificultan la generalización de los resultados y dificultan la confirmación de la relación entre los mecanismos emocionales y el cambio terapéutico (Crist-Cristophe, Gibbons y Mukberjee, 2013). Además son escasos los estudios que comparan las terapias experienciales con otros tratamientos (como la farmacoterapia) con respecto a los mecanismos emocionales. Esto dificulta la posibilidad de confirmar que el cambio en los mecanismos emocionales es más significativo en las terapias experienciales, lo cual apoyarían la idea de que transformación emocional es promovida, de forma más significativa, por el arsenal técnico y estratégico de dichas psicoterapias.

Sin embargo, a pesar de estas limitaciones, los diferentes estudios son unánimes en afirmar que el procesamiento emocional es un mecanismo clave que influye

en el proceso de cambio en la terapia. Además, esta relación no parece ser específica de terapias cuyo enfoque es la experiencia emocional, como por ejemplo la terapia focalizada en la emoción, sino que también existen en las terapias que se centran en estrategias interrelacionadas con mecanismos cognitivos, como la terapia cognitivo-conductual.

### **Implicaciones para investigaciones futuras sobre el cambio en la terapia**

Después de analizar los resultados de los diferentes estudios sobre los mecanismos emocionales y cognitivos, comprobamos que, en su mayor parte, los estudios validan el papel mediador de dichos mecanismos en la promoción del cambio terapéutico. Sin embargo, no confirman su especificidad al tipo de terapia concreta que supuesta y teóricamente los suscitan. De hecho, parece que el cambio se produce de forma simultánea en diferentes mecanismos, emocionales y cognitivos, incluso cuando no hay estrategias terapéuticas que se dirigen específicamente a cada uno de estos mecanismos, como por ejemplo el tratamiento farmacológico. En efecto, los resultados de los estudios comparativos entre diferentes formas de psicoterapia y la farmacoterapia son sorprendentes, puesto que se producen cambios en los mecanismos emocionales y cognitivos, incluso cuando no se utilizan estrategias que tienen como objetivo su cambio. De hecho, el cambio fisiológico promovido por los psicofármacos también parecen tener un efecto, no sólo en los síntomas, sino también en los mecanismos cognitivos y emocionales. Aunque también es cierto que, como ha sido indicado más arriba, la inexistencia de diferencias entre los distintos tipos de tratamientos con respecto a la especificidad de los mecanismos de cambio, puede deberse de las limitaciones metodológicas de una parte significativa de los estudios (Crist-Cristophe, Gibbons y Mukberjee, 2013). Los estudios con muestras reducidas pueden producir resultados menos claros, puesto que las diferencias que podrían ser significativas en una muestra más grande dejan de ser cuando tenemos una muestra más pequeña. Así, la inexistencia de diferencias significativas entre los diferentes tipos de tratamiento, puede explicarse por la utilización de muestras reducidas que no tienen poder estadístico suficiente para producir diferencias significativas entre los grupos.

No obstante, las limitaciones metodológicas pueden no ser la única explicación para la inexistencia de diferencias significativas entre los diferentes tipos de tratamiento en relación a los procesos psicológicos o mecanismos estudiados. De hecho, nos parece que los diferentes estudios se basan en un modelo teórico lineal o restrictivo sobre el cambio terapéutico y sobre la propia estructura psíquica. En otras palabras, el modelo psicológico y, a su vez, el modelo de cambio terapéutico utilizado por los diferentes estudios están basados en una lógica atomista y lineal, que intenta reducir de una manera simplista fenómenos y estructuras altamente complejos. Por lo tanto, nos parece que para poder entender mejor cómo se produce el cambio terapéutico será necesario adoptar un modelo más complejo del funcionamiento humano, que toma en cuenta los diferentes mecanismos psicológicos (cogniciones, emociones, procesos bioquímicos y fisiológicos, comportamientos) como fenómenos interconectados en un todo que se auto-organiza mediante los inputs del mundo que lo rodea (Feixas, 2003; Procter, 2009). Por lo tanto, será más fácil de entender cómo las estrategias dirigidas a fomentar cambios en un proceso específico (por ejemplo comportamiento), producen cambios sustanciales en otros procesos o mecanismos psicológicos y fisiológicos. Así, cuando se toma una perspectiva de la estructura psíquica como un conjunto de procesos interconectados, con un funcionamiento sincrónico, pero también con influencias diacrónicas, y que se auto-organiza en un todo, es imposible disociar los diversos mecanismos a nivel de su funcionamiento. De esta manera, nos parece importante alcanzar un modelo de cambio terapéutico más integrador y configurado en esta perspectiva sobre los diferentes procesos como interconectados e inseparables. Nos parece que, una aproximación basada en esta visión permitiría lograr una comprensión más clara acerca de lo que sucede durante la terapia y entender qué hace que sea eficaz en la promoción del cambio y el bienestar. Es evidente que las limitaciones metodológicas, particularmente con respecto a la observación y medición de fenómenos tan complejos como los descritos, son, sin duda, un obstáculo difícil de sortear, pero al mismo tiempo un reto que parece ser importante afrontar en el futuro, con el fin de producir una comprensión más clara de los fenómenos y procesos que promueven el éxito terapéutico.



## Referencias

Angus, L. (2012). Toward an integrative understanding of narrative and emotion processes in emotion-focused therapy of depression: Implications for theory, research and practice. *Psychotherapy Research, 22*, 367–380.

APA. (2012). *Recognition of Psychotherapy Effectiveness*. Disponible en: <http://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy.aspx>.

Baker, R., Owens, M., Thomas, S., Whittlesea, A., Abbey G., Gower, P., Tosunlar, L. & Corrigan, E. (2012). Does CBT facilitate emotional processing?. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 40*, 19–37

Barber, J. P., & DeRubeis, R. J. (2001). Change in compensatory skills in cognitive therapy for depression. *Journal of Psychotherapy Practice Research, 10*, 8–13.

Barlow, D.H. (2010). Negative effects from psychological treatments: a perspective. *American Psychological Association, 65*, 13–20

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

Beevers, C. G., & Miller, I. W. (2004). Depression-related negative cognition: Mood-state and trait dependent properties. *Cognitive Therapy and Research, 28*, 293–307.

Carrier, J. R. & Greenberg, L. S. (2010). Optimal levels of emotional arousal in experiential therapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 190–199.

Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Gross Holtforth, M. (2006). The working alliance: where are we and where should we go?. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*, 271–279.

Connolly-Gibbons, M. B. C., Crits-Christoph, P., Barber, J. P., Wiltsey Stirman, S., Gallop, R., Goldstein, L. A. & Ring-Kurtz, S. (2009). Unique and common mechanisms of change across cognitive and dynamic psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 801-813.

Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B. & Mukherjee, D. (2013) Psychotherapy Process-Outcome Research. In M.J. Lambert (Ed). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6<sup>th</sup> Ed, pp. 298-340). New Jersey: Willey.

Dobson K. S., Hollon S. D., Dimidjian S., Schmaling K. B., Kohlenberg R.J., Gallop R.J., Rizvi S.L., Gollan J.K., Dunner D.L. & Jacobson N.S. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 468-77.

Dozois, D. J. A., Bieling, P. J., Patelis-Siotis, I., Hoar, L., Chudzik, S., MacCabe, K. & Westra, H. A. (2009). Changes in self-schema structure in cognitive therapy for major depressive disorder: a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 1078–1088.

Eysenck, H. J. (1964). The outcome problem in psychotherapy: A reply. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 2*, 97–100

Fava, M., Bless, E., Otto, M. W., Pava, J. A., & Rosenbaum, J. F.(1994). Dysfunctional attitudes in major depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 182*, 45–49

Feixas, G. (2003). Una perspectiva constructivista de la cognición: Implicaciones para las terapias cognitivas. *Revista de Psicoterapia, 56*, 107-112.

Foa, E.B., Riggs, D.S., Massie, E.D., & Yarczower, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for PTSD. *Behavior Therapy, 26*, 487–499.

Foa, E.B., Rothbaum, B.O., & Furr, J.M. (2003). Augmenting exposure therapy with other CBT procedures. *Psychiatric Annals, 33*, 47–53.

Garratt, G., Ingram, R. E., Rand, K. L., & Sawalani, G. (2007). Cognitive processes in cognitive therapy: Evaluation of the mechanisms of change in the treatment of depression. *Clinical Psychology: Science and Practice, 14*, 224-239.

Greenberg, L. S. & Pascual-Leone, A. (2006). Emotion in psychotherapy: a practice-friendly research review. *Journal Of Clinical Psychology, 62*(5), 611–630.

Gonçalves, M. M., Matos, M. & Santos, A. (2009). Narrative therapies and the nature of “unique outcomes” in the construction of change. *Journal of Constructive Psychology, 22*, 1-23

Hill, C. (1993). A perspective on the history of process and outcome research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology, 40*, 3-24.

Hollon, S. D., Evans, M. D., & DeRubeis, R. J. (1990). Cognitive mediation of relapse prevention following treatment for depression: Implications of differential risk. In R. E. Ingram (Ed.), *Contemporary psychological approaches to depression: Theory, research, and treatment* (pp. 117–136). New York: Plenum Press.

Ingram, R. E., & Hollon, S. D. (1986). Cognitive therapy for depression from an information processing perspective. In R. E. Ingram (Ed.), *Information processing approaches to clinical psychology* (pp. 255–281). San Diego, CA: Academic Press.

Jaycox, L.H., Foa, E.B., & Morral, A.R. (1998). Influence of emotional engagement and habituation on exposure therapy for PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 185–192.

Kazdin, A.E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research, 19*, 418-428

Kwon, S., & Oei, T. P. S. (2003). Cognitive change processes in a group cognitive behavior therapy of depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 34*, 73–85.

Kuyken, W. (2004). Cognitive therapy outcome: The effects of hopelessness in a naturalistic outcome study. *Behavior Research and Therapy, 42*, 631–646.

Kuyken W., Byford S., Taylor R. S., Watkins E., Holden E., White K., Barrett B., Byng R., Evans A., Mullan E. & Teasdale J.D. (2008). Mindfulness-based

cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 966-78.

Leiman, M. (2002). Toward semiotic dialogism: The role of sign mediation in the dialogical self. *Theory & Psychology, 12*, 221-235

Malin A. J. & Pos, A. E. (2014). The impact of early empathy on alliance building, emotional processing, and outcome during experiential treatment of depression. *Psychotherapy Research, 1-15*.

Missirlan, T.M., Toukmanian, S. G., Warwar, S. H. & Greenberg, L. S. (2005). Emotional Arousal, Client Perceptual Processing, and the Working Alliance in Experiential Psychotherapy for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 861–871.

McKnight, D. L., Nelson-Gray, R. O., & Barnhill, J. (1992). Dexamethasone suppression test and response to cognitive therapy and antidepressant medication. *Behavior Therapy, 23*, 99–111.

Pascual-Leone A. & Greenberg, L.S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: why “the only way out is through”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 875–887.

Pavio, S. C. (2013). Essential processes in emotion-focused therapy. *Psychotherapy, 50*, 341–345.

Pos, A. E., Greenberg, L.S., Goldman R. N. & Korman, L. M. (2003). Emotional Processing During Experiential Treatment of Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 1007–1016.

Pos, A. E., Greenberg, L.S. & Warwar, S. H. (2009). Testing a Model of Change in the Experiential Treatment of Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 1055–1066.

Procter, H. G. (2009). The construct. In R. J. Butler, (Ed.) *Reflections in Personal Construct Theory*. Chichester: Wiley- Blackwell

Segal, Z. V., Gemar, M., Williams, S. (1999). Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology, 108*, 3–10.

Segal, Z. V., Kennedy, M. D., Gemar, M., Hood, K., Pedersen, R., Buis, T., et al. (2006). Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse. *Archives of General Psychiatry, 63*, 749–755.

Seeds, P. M. & Dozois, D. J. A. (2010). Prospective evaluation of a cognitive vulnerability-stress model for depression: the interaction of schema self-structures and negative life events. *Journal of Clinical Psychology, 66*, 1307--1323

Stravynski, A., Verreault, R., Gaudette, G., Langlois, R., Gagnier, S., Larose, M., et al. (1994). The treatment of depression with group behavioral-cognitive therapy and Imipramine. *Canadian Journal of Psychiatry, 39*, 387–390.

Strunk, D. R., DeRubeis, R. J., Chiu, A. W. & Alvarez, J. (2007). Patients' Competence in and Performance of Cognitive Therapy Skills: Relation to the Reduction of Relapse Risk Following Treatment for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 523–530.

Strupp, H. H. (1963). The outcome problem in psychotherapy revisited. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 1*, 1–13.

Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 894–904.

Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., Beberman, R., & Pham, T. (2005). Cognitive changes, critical sessions, and sudden gains in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 168–172.

Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Paykel, E. S., Scott, J., Pope, M., et al. (2001). How does cognitive therapy prevent relapse in residual depression? Evidence from a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 347–357.

Watson, J. C. & Bedard, D. L. (2006). Clients' Emotional Processing in Psychotherapy: A Comparison Between Cognitive-Behavioral and Process-Experiential Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 152–159.

Warwar, S. (2003). *Relating emotional arousal to outcome in the treatment of depression*. Unpublished doctoral dissertation, York University, Toronto, Ontario, Canada.

Warwar, N. & Greenberg, L. (2000). *Catharsis is not enough: Changes in Emotional Processing related to Psychotherapy outcome*. Paper presented at the International Society for Psychotherapy Research Annual Meeting. June, Indian Hills, Chicago.

Whisman, M. A., Miller, I. W., Norman, W. H., & Keitner, G. I. (1991). Cognitive therapy with depressed inpatients: Specific effects on dysfunctional cognitions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 282–288.