

Universidade da Maia  
Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



Dissertação

Expressar a dor: uma análise da ativação emocional de enlutados  
na tarefa da cadeira vazia

Vinicius Contin Carabolante, nº 040672

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientação: Professora Doutora Daniela Nogueira

setembro/2023



## RESUMO

A Perturbação de Luto Prolongado (PLP) indica uma experiência não saudável do processo de luto, que provoca sofrimento. A vivência intensa das emoções pressupõe a importância da ativação e expressão emocional para este processo. Neste contexto, a Terapia Focada nas Emoções pode proporcionar um aporte teórico-técnico significativo para o trabalho com a PLP, principalmente através da Técnica da Cadeira Vazia para assuntos não resolvidos. Entretanto, não há estudos que abordem a ativação emocional na PLP nesta modalidade de intervenção. **Objetivo:** o presente estudo misto tem por objetivo principal analisar a transformação da intensidade da ativação emocional (*arousal*) nas sessões de tarefa da cadeira vazia em TFE com pacientes diagnosticados com luto prolongado. **Método:** quatro sessões de tarefa de cadeira vazia em TFE foram analisadas através da CEAS-III, CAMS e a própria narrativa das participantes, mulheres entre 40 e 61 anos. **Resultados:** os resultados apontam que o padrão da ativação emocional é idiossincrático, único para cada participante. Entretanto, as elevações tendem a ocorrer nos momentos de expressão da dor relacionada à perda. Além disso, as participantes tenderam a iniciar a sequência emocional através do Luto, sem necessariamente aceder a emoções desadaptativas. **Conclusão:** a expressão das emoções dolorosas, com uma elevação na ativação emocional, indicou ser facilitadora do acesso a emoções ainda mais adaptativas e diferentes. Todavia, não parece ser suficiente para a resolução dos objetivos propostos pela intervenção da cadeira vazia, se não vier acompanhada de reflexão e transformação dos significados.

**Palavras-Chave:** Luto Prolongado; Cadeira Vazia; Ativação Emocional; Sequenciação Emocional.

## ABSTRACT

Prolonged Grief Disorder (PLD) indicates an unhealthy experience of the grieving process that causes suffering. The intense experience of emotions presupposes the importance of emotional activation and expression for this process. In this context, Emotion Focused Therapy can provide significant theoretical and technical support for working with PLD, mainly through the Empty Chair Technique for unresolved issues. However, there are no studies that address emotional activation in PLD in this intervention. **Objective:** the main aim of this mixed study is to analyze the transformation of the intensity of emotional activation (arousal) in empty chair task sessions in FET with patients diagnosed with prolonged bereavement. **Method:** four empty chair task sessions in FET were analyzed using the CEAS-III, CAMS and the participants' own narrative, women aged between 40 and 61. **Results:** The results show that the pattern of emotional activation is idiosyncratic, unique to each participant. However, elevations used to occur at moments of expression of grief related to loss. In addition, the participants tended to start the emotional sequence through Grief, without necessarily accessing maladaptive emotions. **Conclusion:** the expression of painful emotions, with an increase in emotional activation, has been shown to facilitate access to even more adaptive and different emotions. However, it does not seem to be enough to resolve the objectives proposed by the empty chair intervention if it is not accompanied by reflection and transformation of meanings.

**Keywords:** Prolonged Grief; Empty Chair; Emotional Activation; Emotional Sequencing.

## INTRODUÇÃO

O luto é um processo humano, universal, natural e adaptativo, que se configura como um conjunto de reações a partir da perda de um ente querido. Apesar da sua universalidade, sabe-se que a vivência desse processo é idiossincrática, influenciada por uma diversidade de fatores, como a cultura na qual a pessoa se insere, a natureza do vínculo e o contexto em que ocorreu a morte (Lundorff et al., 2017; Franco, 2021; Moreira et al., 2022; Hilberdink et al., 2023, Gonçalves & Bittar, 2016; Ramos, 2016). Assim, Pascual-Leone e Greenberg (2007), quando dissertam sobre a emoção Luto e Dor, ressaltam a necessidade desse estado ser explorado diante das singularidades e significados que ele pode ter para cada indivíduo.

Algumas reações são esperadas ao longo do processo de luto, sendo elas de natureza emocional, cognitiva, física, comportamental e existencial. Relativamente às emoções, é comum que as pessoas sintam choque, insegurança, entorpecimento, raiva, culpa, medo, ansiedade, saudade e tristeza. Cognitivamente, pode haver ruminação, confusão, dificuldade de concentração, entre outras. No aspecto físico, podem existir mudanças no apetite, problemas em relação ao sono e dores de estômago. Já ao nível do comportamento, os enlutados podem ficar isolados socialmente, ter agitação, passar a depender dos outros e desenvolver certos rituais. Por fim, as questões existenciais perpassam a perda de identidade e de significado e a sensação de injustiça (Fujisawa et al., 2010; Guldin, 2019; Hilberdink et al., 2023; Prigerson et al., 1999; Prigerson et al., 1995; Stroebe et al., 2000; Stroebe et al., 2001).

Entendendo que a vivência do luto, por si só, pressupõe a vivência de emoções diversas de intensidade muitas vezes avassaladora, que pode influenciar a vida cotidiana do enlutado, a Terapia Focada nas Emoções (TFE) pode oferecer um bom aporte teórico-técnico para as intervenções com pessoas em situação de luto, pois auxilia na simbolização das emoções e na ativação dos sentimentos relacionados à perda (Sharbanee & Greenberg, 2022).

Esta abordagem compreende a vivência emocional como uma fonte importante sinalizadora das necessidades individuais e, portanto, uma grande aliada da compreensão psíquica e do processo psicoterapêutico (Elliott & Greenberg, 2021).

Assim, Elliott e Greenberg (2021) afirmam que as emoções podem ser divididas em primárias adaptativas, primárias mal adaptadas, secundárias e instrumentais. As emoções primárias são aquelas sentidas logo em uma primeira reação a uma situação e que movem a pessoa em direção à ação para satisfazer suas necessidades básicas. No luto, a tristeza relacionada à perda, por exemplo, auxilia na expressão da dor e na compreensão da sua causa. A zanga, por sua vez, pode facilitar a resolução do processo, por ser uma reação primária que auxilia no equilíbrio da intensidade das emoções sentidas (Sayar & Hjeltness, 2021).

Por outro lado, as emoções primárias mal adaptativas são aquelas reações iniciais às vivências que não possibilitam a satisfação das necessidades básicas individuais. Configuram-se como emoções dolorosas e rígidas, que colocam a pessoa em situação vulnerável (Elliott & Greenberg, 2021). A vergonha, por exemplo, pode ser experimentada por enlutados diante da interiorização da forma adequada que a sociedade espera que reajam à perda (Sharbanee & Greenberg, 2022). Segundo Boss et al., 2021, a vergonha engendra a necessidade de se retirar, o que prejudica a inserção social das pessoas em um momento em que a rede de apoio é de imensa importância.

As emoções secundárias são aquelas que encobrem as emoções primárias, o que dificulta a compreensão das reais necessidades individuais. Nos casos de luto, de acordo com Sharbanee e Greenberg (2022), a raiva reativa pode com frequência ser uma emoção secundária, assim como a desesperança na depressão. Por fim, as emoções instrumentais podem ser expressas para manipular o contexto e conseguir algumas necessidades individuais. A tristeza, por exemplo, pode ser utilizada para garantir ajuda ou conforto de

outra pessoa. No processo psicoterapêutico, o psicólogo auxilia o cliente a substituir as emoções instrumentais por pedidos sinceros sobre as suas necessidades (Greenberg, 2011).

Na perspectiva da TFE, o processamento emocional é um dos principais mecanismos de mudança, as emoções precisam ser ativadas, ou seja, acessadas e expressadas, para que os pacientes possam explorá-las e vivenciá-las. Assim, a ativação emocional é um componente primordial no processamento (Greenberg & Watson, 2006; Pos et al., 2017).

Logo após a perda, os enlutados tendem a vivenciar um período de emoções intensas, com uma alta ativação, chamado de luto agudo. Nesta etapa, a elevada ativação emocional (*arousal* emocional) possibilita a expressão das emoções relacionadas ao luto, o que auxilia nos desdobramentos emocionais ao longo do processo (Bonanno & Kaltman, 1999; Shear et al., 2011). Lane et al., 2015, afirmam que a ativação emocional é essencial para o sucesso terapêutico de diversas abordagens.

Algumas investigações apontaram o alto *arousal* como relevante para a produção de bons resultados terapêuticos. O estudo de Missirlian e colegas (2005), realizado com 32 clientes que realizaram terapias de natureza experienciais para depressão, indicou que a alta ativação emocional durante a psicoterapia relacionou-se positivamente com a diminuição dos sintomas depressivos e psicopatológicos, além de propiciar o aumento da autoestima. Na mesma direção, Boritz et al. (2010) também estudaram a relação entre um alto *arousal* e sucesso terapêutico em 34 pacientes com sintomas depressivos em psicoterapia em TFE e Terapia Centrada no Cliente (TCC). Os resultados sugeriram que os pacientes que mais expressaram suas emoções com alta ativação emocional tiveram melhoria nos sintomas depressivos. Além destes, os resultados da investigação realizada por Warwar (2003), também numa amostra de 32 pessoas com quadro depressivo, com intervenção em TFE e TCC (Terapia Centrada no Cliente), reforça que o médio e alto nível de ativação emocional

tem significativa relação estatística com melhorias nos quadros clínicos, expressas na diminuição da pontuação no Inventário de Depressão de Beck (BDI).

Em contraponto, outras investigações apontaram para a mediana ativação emocional como relacionada com bons resultados terapêuticos. Carryer e Greenberg (2010) sugerem que as emoções precisam ser ativadas 25% do tempo e que tanto ativação demasiado elevada, ou demasiado baixa, não eram tão produtivas para o trabalho em TFE, o que também dialoga com Greenberg (2002), que propõe a ativação média como a ideal para um bom processo terapêutico. Nesse contexto, o estudo de Pos et al. (2017), que visa compreender a relação entre o aumento da ativação emocional e o sucesso na terapia experiencial, também indica que o médio *arousal* emocional contribui indiretamente para bons resultados terapêuticos, porque facilita a experiência emocional. Estes estudos reforçam a necessidade de compreensão do processo de ativação emocional nas diversas abordagens e psicopatologias, o que ainda não foi explorado em contextos interventivos com pessoas em luto prolongado.

Apesar de todas essas investigações, os estudos de Greenberg (2002), Greenberg e Paivio (1997), Whelton, (2004) e Wiser e Arnou (2001) ressaltam a necessidade de que as medidas de *arousal* emocional sejam sempre acompanhadas de outras variáveis, porque o processamento emocional e a transformação ao longo das sessões é complexa e exige maior cautela na análise. Assim, os significados atribuídos pelos pacientes e as emoções que emergem no processo terapêutico são igualmente importantes e, em conjunto com o *arousal* emocional, constroem um bom resultado terapêutico. No caso do luto, o intenso *arousal* emocional da fase aguda tende a suavizar-se ao longo do tempo, tornando as emoções menos desorganizadoras e confusas. Ainda, segundo o modelo de processamento emocional proposto por Pascual-Leone e Greenberg (2007), o Luto e Dor aparece como um estado em que o *arousal* emocional faz-se presente e que auxilia a pessoa no processo de cura (healing).

Estima-se que por volta de 80% das pessoas atravessam o processo de luto de forma saudável e adaptada, a culminar em resoluções positivas e uma reorganização interna benéfica e curativa (Lenferink et al., 2020; Nielsen et al., 2019). Entretanto, 10 a 20% da população pode experienciar um processo de luto com reações que se complicam, podendo levar a Perturbação de Luto Prolongado (PLP). Segundo a última versão da Classificação Internacional de Doenças, 11ª Revisão - CID-11-CM (Organização Mundial da Saúde, 2022), a PLP se expressa da seguinte forma:

A perturbação de luto prolongado é uma perturbação na qual, após a morte de um parceiro, pai, filho ou outra pessoa próxima ao enlutado, há uma resposta de luto persistente e generalizada caracterizada pelo desejo pelo falecido ou pela preocupação constante com o falecido, acompanhada de intensa dor emocional (como tristeza, culpa, raiva, negação, culpabilização, dificuldade em aceitar a morte, sensação de ter perdido uma parte de si mesmo, incapacidade de experimentar emoções positivas, entorpecimento emocional, dificuldade em se envolver em atividades sociais ou outras). A resposta de luto persistiu por um período atipicamente longo após a perda (mais de 6 meses no mínimo) e claramente excede as normas sociais, culturais ou religiosas esperadas para a cultura e contexto do indivíduo. Reações de luto que persistiram por períodos mais longos, mas que estão dentro de um período normativo de luto de acordo com o contexto cultural e religioso da pessoa, são consideradas respostas normais ao luto e não recebem um diagnóstico. A perturbação causa um prejuízo significativo nas áreas pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou em outras áreas importantes de funcionamento (CID-11-CM, 2022, <https://icd.who.int/browse11/1-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1183832314>).

Além da CID-11, a quinta edição com texto revisto do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR), de 2022, define a PLP como um desejo intenso e demasiada saudade do falecido, que pode ser acompanhada de tristeza e dor emocional intensas, além de uma demasiada preocupação com pensamentos e memórias do morto (APA, 2022). Em um contexto social, Maccallum e Bryant (2019) ressaltam que a PLP é uma

questão de saúde pública, pois pressupõe a diminuição na qualidade de vida. As pessoas que sofrem com sintomas de luto prolongado também podem enfrentar o estigma social, reforçado pela investigação realizada por Gonschor e colegas (2020), que indica uma estigmatização estatisticamente significativa quanto às reações dos próprios enlutados.

Para a TFE, existe uma diferenciação entre uma expressão complicada e normal das emoções no luto. Na vivência de luto saudável, o indivíduo expressa uma tristeza que indica a perda de alguém ou algo significativo, o que impele à busca por apoio e, assim, facilita a emergência do sentimento mútuo de compaixão. Essa emoção possibilita o início de um processo de cura, que também perpassa o aspeto simbólico do vínculo entre o enlutado e o falecido (Sharbanee & Greenberg, 2022). Entretanto, quando prolongado, a emoção natural do luto, relacionada à tristeza pela perda, pode ser bloqueada por uma outra mal adaptativa, que impede o indivíduo de expressar e vivenciar esse processo de forma saudável. Portanto, para a TFE, a diferença entre o luto normal e o complicado decorre do bloqueio emocional e a impossibilidade de expressar e ativar as emoções intrínsecas a essa realidade (Sharbanee & Greenberg, 2022).

Neste sentido, Sharbanee e Greenberg (2022) propõem duas sequências emocionais possíveis para casos não normais de luto. Na primeira, o acesso e a expressão das emoções são possíveis após ultrapassar o bloqueio emocional e as emoções secundárias, o que possibilita uma elaboração do luto e o surgimento de emoções adaptativas (como gratidão, nostalgia e compaixão). Na segunda, a dor do luto pode ser expressa após a elaboração das feridas históricas das pessoas, ou seja, das emoções primárias mal adaptativas. A compreensão da sequenciação emocional e da ativação e expressão das emoções, então, é de suma relevância para o processo psicoterapêutico.

Bonanno et al. (2008) afirmam que a expressão da dor do luto é de profunda importância para uma melhor adaptação à vida sem o falecido, o que auxilia na integração da

perda e aceitação da nova realidade, a imensa dificuldade nos casos de luto prolongado. Greenberg (2002), ainda, salienta que a ativação de emoções dolorosas pode propiciar uma reorganização interna benéfica e saudável. Assim, as pessoas que passam pelo processo de luto e sentem a dor tendem a adaptar-se de melhor forma do que as que não se permitem vivenciá-la.

A TFE procura auxiliar os enlutados a vivenciar de maneira mais saudável a tristeza e a dor emocional, transformando a relação com o ente perdido em algo adaptado e integrado à realidade, permitindo um significativo crescimento pessoal (Rosner et al., 2011; Sharbanee & Greenberg, 2022; Kramer & Pascual-Leone, 2015). Um estudo realizado por Pinheiro et. al (2021) comparou um caso de sucesso e outro de insucesso de pessoas enlutadas com reações de luto complicado, que participaram num ensaio clínico com psicoterapia de reconstrução de significado. Neste estudo, as autoras sublinham a relação entre uma alta capacidade de processamento emocional, a transformação de emoções mal-adaptativas e a melhoria dos sintomas de luto complicado.

A partir disso, o trabalho com a cadeira vazia, utilizada frequentemente nas intervenções em TFE, pode ser uma imensa aliada no processamento emocional no luto prolongado, porque facilita a expressão das emoções por meio da ação (Boelen et al., 2021; Bryant et al., 2014; Doka, 1987; Goldman et al., 2006; Holland et al., 2018; Kramer & Pascual-Leone, 2013; Pascual-Leone & Greenberg, 2006; Rosner et al., 2011). Esta técnica experiencial possibilita que o enlutado dialogue com o ente significativo (morto), imaginando-o na cadeira vazia, de forma a ativar as emoções relacionadas à perda, o que também pode facilitar a resolução de questões ainda não resolvidas, frequentes em casos de luto prolongado (Larson et al., 2013; Sharbanee & Greenberg, 2022). Neste contexto, nota-se que a produção de mais investigações sobre a presença da ativação emocional nas sessões com pessoas enlutadas pode ser de imenso valor para o sucesso terapêutico em TFE.

Em suma, a TFE tem um aporte teórico-técnico muito fértil para o trabalho com enlutados, pois permite a expressão, simbolização e a transformação das emoções inerentes ao processo de luto, reorganizando a relação entre o enlutado e o morto. Entretanto, poucos estudos analisam a população de luto prolongado em intervenções desta abordagem, carecendo de maior compreensão da sequência emocional do luto à luz da TFE (Sharbanee & Greenberg, 2022; Pinheiro et. al, 2021).

Além disso, sabe-se da imensa importância da ativação e expressão emocional para a vivência do luto e diversas evidências apontam para a relação entre o *arousal* emocional e bons resultados terapêuticos. Todavia nenhuma investigação se propõe a discutir a sua transformação em intervenções em TFE com pacientes enlutados, especialmente nas que utilizam a técnica da cadeira vazia, que buscam a própria ativação das emoções e a resolução de assuntos inacabados.

Assim, este estudo tem o objetivo de analisar a transformação da intensidade da ativação emocional (*arousal*) nas sessões de tarefa da cadeira vazia em TFE com pacientes diagnosticados com luto prolongado. Especificamente, objetiva-se perceber a associação do nível do *arousal* com a sequenciação emocional presente em pacientes com luto prolongado e explorar a relação da intensidade emocional com as narrativas de clientes enlutados em sessões de cadeira vazia na TFE.

## MÉTODOS

O presente estudo enquadra-se metodologicamente como misto e de carácter observacional. A investigação mista constitui uma abordagem metodológica que incorpora tanto dados numéricos e mensuráveis quanto informações descritivas e interpretativas. Com esta modalidade de investigação, almejou-se obter uma compreensão mais aprofundada e

abrangente do fenômeno da ativação emocional em pacientes com luto prolongado, que tendem a apresentar imensa complexidade (Tashakkori & Teddlie, 2010).

A investigação de natureza observacional, por sua vez, trata-se da observação e registo do comportamento de indivíduos ou grupos em contextos reais, com o intuito de perceber os padrões comportamentais, interações sociais e dinâmicas emocionais, o que é valioso para o objetivo deste estudo, uma vez que a ativação emocional manifesta-se também através das expressões corporais das pessoas e da forma que elas evocam suas narrativas no momento em que experienciam as emoções.

Os estudos observacionais envolvem também a codificação, criando categorias objetivas para classificar as ações observadas. No atual estudo, utilizou-se a observação estruturada, que visa criar situações específicas para desencadear comportamentos específicos, o que torna possível a comparação de diferentes participantes em condições semelhantes. Neste caso, na intervenção da cadeira vazia em TFE (Creswell & Clark, 2017).

## **Participantes**

A presente investigação inclui os casos de Marina, Sofia, Inês e Clara (nomes fictícios), as quais foram selecionadas aleatoriamente entre os casos do ensaio clínico realizado por Larripa no âmbito do seu projeto de doutoramento que consistiam em três sessões online (2023).

Os investigadores chegaram aos participantes após a divulgação do estudo em diversas redes sociais, clínicas e instituições que pudessem aceder pessoas enlutadas. Após as inscrições, procedeu-se ao contacto com todos os candidatos. Aqueles que aceitaram participar foram submetidos a entrevistas com o intuito de verificar se atendiam aos critérios de inclusão e exclusão (Larripa, 2023).

Os critérios de inclusão adotados foram os seguintes: estar a vivenciar reações complicadas de luto, consentir a gravação das sessões, o falecimento do ente significativo ter ocorrido há mais de um ano, ter idade igual ou superior a 18 anos e apresentar facilidade em expressar emoções. Essa última condição foi avaliada durante a pré-entrevista para determinar se o participante vivenciava a emoção com suficiente intensidade, demonstrando visível choro ou emoção ao falar sobre o falecido. Devido à curta duração do processo, a capacidade de trabalhar com auto interrupções ou bloqueios emocionais não foi possível e, portanto, tal aspeto foi levado em consideração na seleção dos participantes.

Os critérios de exclusão abrangeram as seguintes condições: ausência de luto prolongado, presença de distúrbios alimentares ou perturbações psicóticas, dependência de substâncias psicoativas, utilização de medicação ansiolítica, inacessibilidade a um computador com câmera e conexão estável, bem como falta de privacidade adequada no local das sessões. Ademais, participantes que não consentiram com a gravação das sessões também foram excluídos.

Além disso, aqueles que estavam em processo de psicoterapia e apresentavam dificuldades em expressar afetos foram igualmente excluídos. Este critério foi verificado através das entrevistas prévias, onde se observou que, ao falar sobre a pessoa falecida, tais indivíduos não demonstraram visível emoção, inexistindo ativação emocional ou ausência de lágrimas, o que indicou uma carência de conexão emocional com o falecido.

Com o propósito de avaliar as reações de luto prolongadas, adotaram-se os critérios estabelecidos por Prigerson et al. (1995) no desenvolvimento da medida denominada ICG (Inventário de Complicações do Luto), que é reconhecida e aceita no meio científico (Barbosa et al., 2014; Kentish-Barnes et al., 2017; Villacieros et al., 2014). Assim, a amostra final do doutoramento totalizou 30 participantes, que preencheram um questionário

sociodemográfico e o consentimento informado. Já os casos que foram selecionados pelo presente estudo totalizam quatro (Larripa, 2023).

A caracterização sociodemográfica das participantes pode ser observada no quadro 1.

### Quadro 1.

#### *Caracterização sociodemográfica das participantes do estudo*

<b>Nome</b>	<b>Sofia</b>	<b>Inês</b>	<b>Clara</b>	<b>Marina</b>
<b>Gênero</b>	Feminino	feminino	Feminino	feminino
<b>Idade</b>	46	40	47	61
<b>Escolaridade</b>	Licenciada	licenciada	Licenciada	licenciada
<b>Estado Civil</b>	Viúva	casada	Casada	casada
<b>Com quem vive</b>	Família	família	Família	família
<b>Filhos</b>	sim (1)	sim (1)	sim (2)	não
<b>Rede de apoio</b>	Neutra	neutra	Boa	má
<b>Nacionalidade</b>	Espanhola	venezuelana	Espanhola	espanhola
<b>Quem faleceu</b>	Marido	pai	Mãe	mãe
<b>Já recebeu apoio psiquiátrico?</b>	sim, no passado	não	Não	sim, no passado
<b>Já tomou medicamentos psiquiátricos?</b>	sim, no passado	não	Não	sim, no passado
<b>Há quanto tempo faleceu?</b>	2 anos e 10 meses	1 ano	5 anos	13 anos

### Terapeutas e codificadores

Os terapeutas que participaram da intervenção possuíam formação em Mestrado em Psicoterapia Humanista Experiencial e Terapia Focada nas Emoções na Universidade Pontifícia Comillas de Madrid, com pelo menos 4 anos de experiência clínica nessa abordagem (N=4). Os supervisores tinham 15 anos de experiência clínica nessa terapia, sendo

que um deles é o diretor do mencionado mestrado e é formador da ISEFT (Sociedade Internacional de TFE).

Os codificadores, incluindo o mestrando da presente tese, eram finalistas do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Maia (N=2). Além disso, realizaram uma formação de 30 horas, que abordou a *Classification of Affective Meaning States (CAMS)* e a *Client Expressed Emotional Arousal Scale III (CEAS)* aplicadas ao contexto de luto prolongado. O formador tinha Mestrado em Psicoterapia Humanista Experiencial e Terapia Focada nas Emoções na Universidade Pontifícia Comillas de Madrid e era doutorando da mesma universidade.

Durante o treino, os dois investigadores adquiriram conhecimentos sobre a fundamentação teórica que sustenta a temática em questão, além de participarem de atividades práticas de codificação de sessões em vídeo. Tais exercícios foram conduzidos tanto em grupo quanto de maneira individual, permitindo o desenvolvimento das competências analíticas e a oportunidade de compartilhar eventuais dúvidas e percepções acerca dos instrumentos utilizados. Este programa de formação ocorreu entre os meses de janeiro e março de 2023. O treino teve fim quando foi atingido um grau de fiabilidade inter-codificadores considerado adequado, nomeadamente de .87 (ICC= .87).

### **Intervenção**

A intervenção organizou-se em três sessões, na abordagem da Terapia Focada nas Emoções. Durante a primeira, o terapeuta dedicou-se ao estabelecimento do vínculo, à exploração e à focalização da problemática do luto e dos assuntos inacabados, o que possibilitou a formulação e a discussão de um enfoque específico para ser abordado na segunda sessão.

Na segunda sessão, a intervenção foi conduzida empregando a técnica da cadeira vazia para tratar das questões não resolvidas com o enlutado. Nesta abordagem, convida-se o

cliente a imaginar que a pessoa ou emoção com a qual tem questões pendentes na cadeira vazia. Para questões não resolvidas, ou seja, pendências com o outro indivíduo, o cliente o imagina sentado na cadeira e o diálogo entre eles é incentivado pelo(a) terapeuta.

Este pode expressar, de modo livre, os seus sentimentos, pensamentos, necessidades e desejos perante tal presença, frequentemente dialogando diretamente com a cadeira como se a pessoa estivesse efetivamente presente (Goldman et al., 2006; Greenberg et al., 2008).

Este método proporciona um espaço seguro para a libertação de emoções profundas, para a confrontação de preocupações pendentes e para a exploração de áreas sensíveis. (Greenberg & Malcolm, 2002). Por último, realizou-se uma terceira sessão para concluir o processo e promover reflexões sobre o mesmo, bem como foram apresentadas diversas opções de recursos terapêuticos, caso a pessoa desejasse dar continuidade ao processo terapêutico.

O presente estudo focalizou-se na segunda sessão, a da cadeira vazia, que foi vídeo gravada e permitiu a captação das emoções e consequentes ativações em cada uma das participantes. Além disso, após a intervenção, os terapeutas utilizaram a Escala de Resolução da Cadeira Vazia para Assuntos Não Resolvidos (Lourenço, 2021), para verificar se as participantes do presente estudo atingiram algumas das resoluções propostas pela intervenção da segunda sessão, consideradas importantes na transformação terapêuticas em casos de LP (expressão da necessidade; mudança da representação do falecido; afirmação e deixar ir), apresentadas no quadro 2.

**Quadro 2.***A resolução do exercício de cadeira vazia por participante*

<b>Participante</b>	<b>Nível 4 (necessidade)</b>	<b>Nível 5 (mudança da representação)</b>	<b>Nível 6 (afirmação e deixar ir)</b>
<b>Marina</b>	atingiu	Atingiu	não atingiu
<b>Sofia</b>	atingiu	não atingiu	não atingiu
<b>Inês</b>	atingiu	não atingiu	atingiu
<b>Clara</b>	não atingiu	não atingiu	não atingiu

Além da avaliação da intervenção da cadeira vazia por si só, os investigadores também avaliaram a sintomatologia de PLP nas participantes antes da intervenção, imediatamente depois da intervenção e um follow-up de 2 meses, através do ICG. O quadro 3 apresenta os dados obtidos.

**Quadro 3.***Medidas de ICG de cada participante*

<b>Participante</b>	<b>Pré</b>	<b>Pós</b>	<b>Follow-up</b>
<b>Marina</b>	27	26	29
<b>Sofia</b>	67	72	66
<b>Inês</b>	46	39	27
<b>Clara</b>	37	32	22

**Proteção dos dados**

É importante ressaltar que as sessões foram realizadas em uma plataforma de vídeo encriptada ponta a ponta, para que existisse a garantia do sigilo. As gravações e outros dados resultantes da investigação ficaram salvaguardados em drives online, com senha, cujo acesso

somente seria possível através da autorização prévia. Com isso, pretendeu-se garantir a preservação da confidencialidade e a identidade dos participantes, um dever ético de toda investigação em Psicologia.

## **Instrumentos**

### ***Client Expressed Emotional Arousal Scale III (CEAS)***

A ativação emocional, central na presente investigação, foi mensurada através da Client Expressed Emotional Arousal Scale III (CEAS), escala proposta por Warwar e Greenberg, (1999). As classificações CEAS são baseadas numa escala de 7 pontos, em que os níveis superiores indicam uma ativação mais intensa e elevada e os níveis inferiores indicam restrição da expressão emocional.

Nesta classificação, a expressão emocional no discurso, denominada ‘voz emocional’, é percebida através da atenção ao padrão de acentuação, regularidade do ritmo, contornos terminais e se houve uma rutura dos padrões de discurso. Ela pode ser indicada por padrões irregulares de acentuação e ritmo e contornos inesperados, o que sugere o acesso a alguns sentimentos (Rice et al.,1979). Os critérios utilizados para a mensuração da ativação emocional estão presentes no quadro 4.

## **Quadro 4.**

### *Critérios utilizados para a mensuração da ativação emocional*

#### **Critérios da CEAS-III**

- |          |  |
|----------|--|
| <b>1</b> | A pessoa não expressa emoções, sem voz e gestos que esboçam ativação emocional.  |
| <b>2</b> | A pessoa consegue reconhecer alguma emoção, mas há uma baixa excitação tanto na voz como no corpo.<br>Não há qualquer perturbação nos padrões gerais do discurso.<br>Qualquer excitação emocional está quase completamente desativada. |

- 
- 3** Neste nível de ativação, bem como em níveis mais elevados, a pessoa reconhece as suas emoções.  
A ativação é baixa, tanto na voz como no corpo.  
Baixo extravasamento emocional.  
Qualquer excitação emocional é quase completamente desativada.  
Os padrões habituais de discurso são apenas ligeiramente interrompidos.
- 4** A excitação é moderada na voz e no corpo.  
A voz emocional está presente: os padrões de discurso habituais são moderadamente perturbados pelo excesso emocional representado por alterações nos padrões de acentuação, irregularidade no ritmo, alterações no tom.  
Embora exista alguma liberdade de controlo e contenção, a ativação pode ainda ser algo restrita.
- 5** A ativação é bastante intensa e plena na voz e no corpo.  
A emoção está a transbordar e é reconhecida no padrão de discurso que se desvia da linha de base do cliente e é fragmentado ou quebrado.  
A intensidade e o volume são elevados  
A ativação parece bastante libertada
- 6** A ativação é muito intensa e extremamente plena, pois a pessoa exprime livremente as suas emoções, com a voz e o corpo.  
Os padrões habituais de discurso são muito alterados, como indicado por mudanças nos padrões de acentuação, irregularidade do ritmo, mudanças no tom e volume ou força da voz.  
A expressão emocional é espontânea e quase não há sensação de restrição.
- 7** A excitação é extremamente intensa e completa no corpo e na voz:  
Os padrões de fala habituais são completamente interrompidos pelo transbordamento emocional.  
A expressão emocional é completamente espontânea e sem restrições.  
A ativação parece incontrolável e duradoura.  
Qualidade de desmoronamento: Embora a ativação possa ser uma experiência terapêutica sem restrições, também pode ser uma experiência negativa perturbadora em que os clientes sentem que se estão a desmoronar.
- 

### ***Classification Affective Meaning States:***

A transformação emocional é central na intervenção em Terapia Focada nas Emoções, pois possibilita o acesso às emoções mais saudáveis e adaptativas. Nesse contexto, o cliente precisa experimentar algumas para aceder e transformar outras, processo em que Pascual-Leone resume na frase transformar emoção com emoção (Pascual-Leone, 2017). Assim, a avaliação da transformação emocional nas intervenções é fundamental para a compreensão dos seus funcionamentos e efetividades. Neste estudo, especificamente, é importante para que se possa perceber de forma mais abrangente como a ativação emocional acompanha o sequenciamento emocional nas sessões da cadeira vazia em TFE para pacientes em luto prolongado.

Nesse contexto, Pascual-Leone e Greenberg (2005) conceberam a “Classification of Affective Meaning States” (CAMS). Este instrumento oferece uma taxonomia detalhada das

experiências emocionais dos indivíduos, permitindo a classificação e observação sistemática das diversas manifestações afetivas que emergem durante intervenções terapêuticas ou situações emocionais diversas.

A CAMS possui dez códigos com critérios observacionais: mal-estar global (representado por MG), raiva reativa (representado por IR), vergonha e medo (MV, que contém dois estados representados num único código), avaliação negativa de si mesmo (EN), necessidade existencial (NE), Alívio (AL), raiva assertiva (IR), autocompaixão (AC), luto e dor (representado por DD, dois estados presentes num código único) e aceitação e agência (AA, também com duas emoções representadas em um só código). Além disso, nas codificações foi acrescentado o código “sem emoção” (Pascual-Leone & Greenberg, 2005).

Esses códigos são classificados com base nos critérios estabelecidos por Pascual-Leone e Greenberg (2005), que abarcam o processamento emocional, incluindo sua ativação, consciencialização, regulação, cognições associadas e, principalmente, a forma pela qual se transformam em cada indivíduo ao longo do tratamento.

Diversos estudos sobre a temática têm utilizado amplamente este instrumento. Algumas investigações utilizaram a CAMS para compreender o desenvolvimento de intervenções com patologias específicas (Berthoud et al., 2017; Choi et al., 2015; Dillon et al., 2016; Khayyat-Abuaita et al., 2019; Kramer et al., 2014(a); Kramer et al., 2014(b); Singh et al., 2020). Outras, para compreender o papel de determinadas emoções nos contextos psicoterapêuticos (Kramer et. al, 2015; Kramer & Pascual-Leone, 2015; Kramer et al., 2017). O presente estudo utiliza-se da CAMS como um instrumento valioso na compreensão da relação entre a expressividade emocional e a classificação das emoções em pacientes enlutados.

A justificativa para a escolha deste instrumento não é aleatória. O propósito de se utilizar a CAMS se dá pela intenção de complementar a análise da ativação emocional

momento a momento, uma vez que ela possibilita um desenho da sequência emocional ao longo de toda a sessão. Isso é importante para que se possa alcançar o objetivo específico da investigação, que se foca na relação entre as emoções e a ativação nas sessões.

### **Procedimentos**

O pesquisador responsável pela presente investigação, juntamente com outra investigadora, realizaram um treino de três meses, oferecido por um doutorando da Universidade Pontifícia Comillas de Madrid, para aprender sobre a aplicação da CAMS e CEAS em contexto de luto prolongado. Depois, tiveram acesso a vários vídeos que deveriam ser codificados nos meses seguintes, autorizados pelos responsáveis na Universidade Pontifícia Comillas de Madrid. Individualmente, assistiram os vídeos diversas vezes e codificaram as emoções e *arousal* minuto a minuto, que foram anotados em uma grelha que continha o tempo das sessões. O Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC) foi realizado em ambos os instrumentos, para certificar de que os codificadores tinham concordância nas análises. Os ICC foram considerados bom e muito bom (Warwar e Greenberg, 1999; ICC CAMS = .807; ICC CEAS = .922).

Após as primeiras codificações, o investigador do presente estudo transcreveu as cinco sessões integralmente, o que possibilitou também uma nova revisão das análises já realizadas. Considerando que as participantes e os terapeutas eram falantes da língua espanhola, foi necessário recorrer a métodos de tradução online em algumas expressões linguísticas por forma a manter o significado original. Os codificadores reuniram-se para discutir e acordar sobre os códigos atribuídos, com o intuito de ampliar a consistência das análises e revisar novamente o que foi feito.

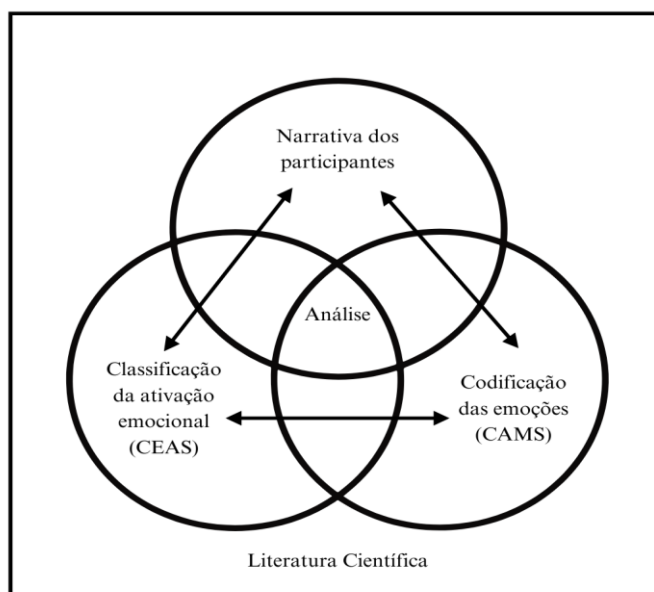
Depois, o investigador responsável uniu todas as codificações em grelhas e transformou-as em correspondentes numéricos. A seguir, produziu os gráficos relacionados à transformação das emoções e suas ativações. Reunindo os gráficos da transformação

emocional, *arousal* e as transcrições das sessões, seguiu-se, assim, uma análise baseada na relação entre todos os dados obtidos, uma vez que estão relacionados mutuamente e imbricados no processo de transformação da expressividade emocional, que é complexo, dinâmico e plástico (Elliott et al., 2004). Pautou-se no que foi chamada de “triangulação” entre as três fontes de informação (sua correlação) (Creswell & Clark, 2017). O investigador produziu o texto científico em um processo lento, orgânico e gradual.

Os resultados foram discutidos e vinculados à toda literatura presente na Terapia Focada nas Emoções e no campo do luto, em diálogo constante. A figura a seguir é uma tentativa de resumir os componentes da análise do presente estudo.

### Figura 1.

*Processo de triangulação da análise. A Narrativa dos participantes, Classificação da ativação emocional e Codificação das emoções correlacionam-se e baseiam-se na literatura científica.*



## RESULTADOS

A CEAS, juntamente com a CAMS, possibilitaram uma maior compreensão de como as sessões da cadeira vazia para pacientes com luto prolongado transcorrem em termos de ativação emocional, sequenciamento emocional e suas relações com as narrativas das participantes. Os resultados foram divididos primeiramente pelos dados gerais, mais a frente, os dados de cada caso, individualmente.

### **1.1 Arousal e emoções gerais**

Nas sessões, Marina e Clara apresentaram uma média de ativação nível 3, fraca. Neste nível, a ativação é baixa, com escassa manifestação emocional e praticamente ausência de excitação, ou seja, uma postura muito controlada, quando os padrões habituais de discurso são apenas ligeiramente interrompidos.

Inês e Sofia, por outro lado, apresentaram ativação emocional nível 4, mediano. Neste valor (4), a presença da voz emocional é notável, os padrões de fala usuais são levemente interrompidos pela intensidade emocional manifestada através de variações nos padrões das narrativas, irregularidades no ritmo e mudanças no tom. Então, percebe-se uma margem de liberdade, entretanto a expressão ainda pode estar um pouco contida e restrita.

As participantes expressaram, ao longo da sessão, alguns picos emocionais que, em dois casos, chegaram ao nível 6. Estes foram associados aos sentimentos de luto e dor que ocorreram, principalmente, quando direcionaram suas falas aos falecidos, ou quando se conectaram com a sua dor central (*core pain*) relacionada à perda. A sequenciação da ativação emocional foi acompanhada da codificação e sequenciação emocional produzida pela CAMS, que teve em destaque as emoções Luto e Dor (DD=61,6%), seguido de Autocompaixão (AC=10,9%) e Alívio (AL=7,4%). Em menor quantidade, surgiram Desprezo (em somente um dos casos) e Raiva Assertiva (também em somente um dos casos).

Três participantes iniciaram a sequenciação com DD (Sofia, Inês e Clara) e depois diferiram nas expressões emocionais. Sofia aceitou à Autocompaixão e Raiva Assertiva, Inês aceitou à Autocompaixão e ainda foi a única a expressar Agência e Aceitação, seguida de Alívio. Clara, também aceitou à Autocompaixão por um breve momento e, ao fim da sessão, também manifestou Alívio. Marina, entretanto, logo expressou uma emoção mal adaptativa, Medo e Vergonha, que foi seguida pelo acesso ao Luto e Dor, Autocompaixão e, por fim, o Alívio.

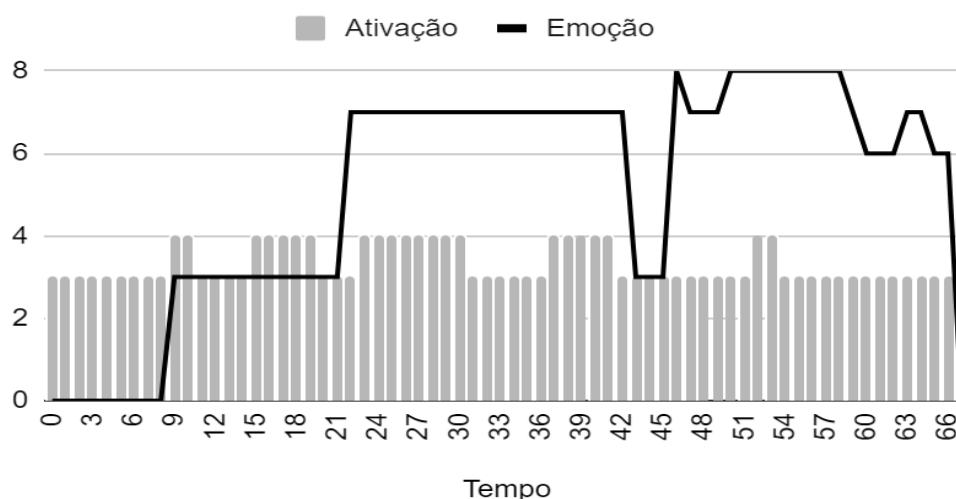
Para os objetivos deste estudo, que focaliza na ativação emocional nas sessões e a sua relação com as emoções e narrativas, os resultados a seguir apresentam, caso a caso, os gráficos com a sequência da ativação emocional (as barras cinzas) e o sequenciamento emocional (linhas em preto). Logo depois, os momentos que mais se destacaram em cada participante estão descritos, relacionados com as narrativas.

## 1.2. Arousal e emoções individuais

### 1.2.1. Caso Marina

#### Figura 2.

*Codificação da Ativação Emocional e das Emoções no Caso da Participante Marina*



*Nota. As emoções dos gráficos estão distribuídas conforme a classificação*

*emocional proposta por Pascual-Leone e Greenberg (2005), Greenberg (2015) e Pascual-Leone, 2017), das emoções menos adaptativas (0), às mais adaptativas (9): 1. MG (Mal-Estar Global); 2. IR (Raiva Reativa); 3. MV (Medo e Vergonha); 3. Desprezo; 4. EN (Avaliação Negativa); 5. NE (Necessidade Existencial); 6. AL (Alívio); 7. DD (Luto e dor); 8. AC (Autocompaixão); 8. EA (Raiva assertiva) e 9. AA (Agência e Aceitação). No caso de Marina, as emoções marcadas como 3, entre os minutos 9 e 21, são Medo e Vergonha, depois, nos minutos 43 a 45, Desprezo. As emoções caracterizadas como 8 relacionam-se à Autocompaixão.*

No caso de Marina, destacam-se DD (61,5%) e AC (15,4%). O Desprezo foi a emoção menos manifestada, mas presente, com 4,6%. A participante logo iniciou a sessão a dizer 'não sei se vou conseguir fazer isso' (SIC) e depois 'é como eu se precisasse atravessar uma parede' (SIC), como se estivesse a evitar o contato com a dor. Marina apresenta uma sequência emocional que, logo no início, acede ao Medo e Vergonha, depois, através da cadeira vazia e com a facilitação do terapeuta, pode atingir Luto e Dor, conectando-se com a saudade da mãe. A troca de cadeiras a possibilita, ainda, aceder ao Desprezo e à Autocompaixão. Mais ao fim da sessão, a participante ainda acede ao Alívio.

Percebe-se que a participante se manteve com a ativação emocional, na maior parte do tempo, com uma intensidade de média considerada 3, ou seja, baixa, com expressão quase imperceptível e discurso ligeiramente interrompido. A ativação mais alta foi de intensidade 4, nos momentos em que a participante demonstrou um princípio de choro e irregularidades no ritmo da narrativa.

Os momentos com maior *arousal* foram: do minuto 9 ao minuto 10, 15 ao 19, 23-30 e 37-41. Os dois primeiros relacionaram-se com Medo e Vergonha (MV), já os outros dois à Luto e Dor (DD). Nos minutos de MV, a narrativa de culpabilização mostrou-se muito presente, principalmente atrelada à impossibilidade de estar junto da mãe em seus últimos momentos de vida, devido a uma operação no coração que havia acabado de realizar. Apesar de também referir-se à morte da mãe, a narrativa de Marina fala muito mais sobre si mesma, expressando elevada autocrítica. Assim, ela diz, direcionada à mãe, na cadeira vazia:

Eu falhei contigo, mamá, deveria ter estado ao teu lado.

[Medo e Vergonha]

Nos minutos 39 e 40, especificamente, a participante pôde conectar-se, também, com a dor da perda (*core pain*), expressada pelo choro, alteração do tom e algumas pausas mais prolongadas, que remetem a uma maior conexão consigo mesma e o seu sofrimento. Além disso, ela experimentou uma sensação de solidão, que se expressa no corpo, através do choro.

Sinto um vazio à minha frente.

[Luto e Dor]

Sinto-me sozinha nesta dor e em todas as outras.

[Luto e Dor]

Diferentemente das outras participantes, Marina foi a única que demonstrou desprezo dentre as emoções ao longo da sessão. Os minutos caracterizados pelo Desprezo (43, 44 e 45) foram aqueles nos quais a participante direcionou-se a si mesma, quando na cadeira da falecida. As frases proferidas por Marina sugerem uma culpabilização sobre ter deixado a mãe sozinha no final da vida, como se a tivesse abandonado. Neste contexto, ela disse:

Tu tomaste uma série de decisões que foram erradas. Foste avisada. Foste informada. Mas sempre tiveste o ego muito elevado. E não deste ouvidos a muitas coisas.

[Desprezo]

Os minutos 52 e 53, com ativação nível 4, vinculam-se à Autocompaixão que, em suas palavras, atenuou sua sensação de culpa. Nesse contexto, ela diz:

Há uma coisa que acredito que alivia um pouco o meu sentimento de culpa, sou bastante insistente, sabe? Mas nunca houve má intenção da minha parte em magoá-la, em causar-lhe mal. Foi inconsciente.

[Autocompaixão]

Marina, então, expressou emoções mal adaptadas, como o desprezo, mas também, no final da sessão, conseguiu sentir Alívio, emoção mais adaptativa e que surge diante da possibilidade de poder expressar os seus sentimentos com relação à mãe. Nesse aspeto, ela diz:

Agora sinto-me um pouco liberta. Sinto-me mais tranquila, como mencionaste antes. Um pouco mais calma, um pouco mais livre. Pensei que ia ser muito difícil, que ia ficar completamente exausta. Mas não, não estou.

[Alívio]

Um aspeto relevante da sessão de Marina foi a possibilidade da participante também alterar a sua perceção com relação à representação da mãe e sua morte. Ela reconhece que o 'morrer' pode ter sido um descanso para a mesma.

O mais fácil e suportável teria sido se tu pudesses estar aqui, mas ao mesmo tempo, há algo que também me conforta, e é que tu eras uma pessoa que sofria muito, que se preocupava muito com os filhos e se preocupava muito comigo. Se tivesses visto tudo o que passei nestes anos... Terias morrido. Terias sofrido tanto que teria sido horrível para ti. Portanto, de alguma forma, também acho que a maldita doença de Alzheimer é muito dura. Mas ao mesmo tempo, é uma bênção, dependendo de como a encarar. Permite-te libertar do peso da vida.

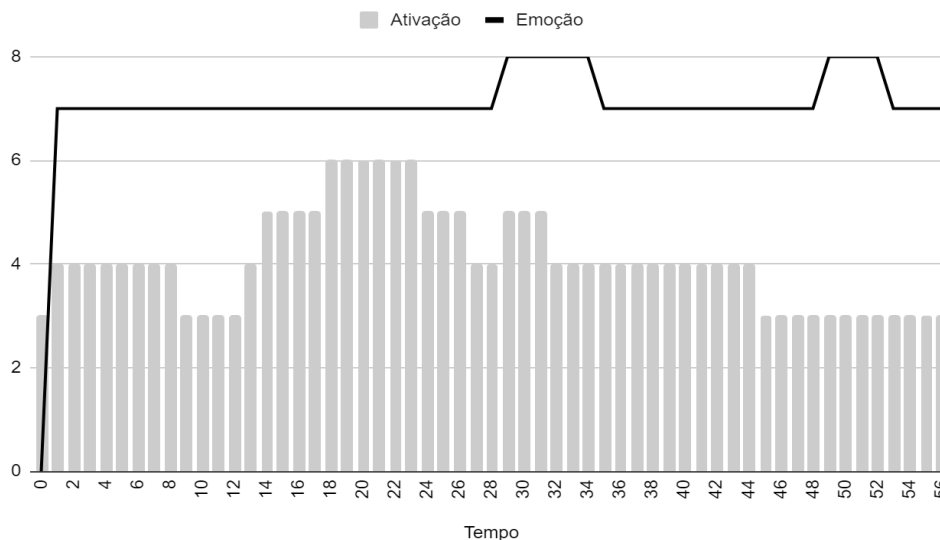
[Luto e Dor]

De forma geral, Marina manteve um arousal baixo, quase inativado, de nível 3. Os momentos de ativação mais elevada aparecem ligados à perceção da sua solidão e a sensação de culpa perante a morte da mãe, a qual não pôde estar presente. Por outro lado, o último momento de maior ativação emocional expressa uma Autocompaixão diante das suas falhas, o que atenuou a culpa e foi seguido da expressão de Alívio.

### *1.2.3. Caso Sofia*

#### **Figura 3.**

*Codificação da Ativação Emocional e das Emoções no Caso da Participante Sofia*



*Nota. No caso de Sofia, os minutos 29 a 34 referem-se à Autocompaixão e os minutos 49 a 51 referem-se à Luto e Dor.*

No caso de Sofia, as emoções Luto e dor (82,1%) e Autocompaixão (10,7%) destacam-se. Com relação à sequenciação emocional, o gráfico acima indica que a participante, inicialmente, mantém-se quase todo tempo em Luto e dor, com algumas variações no *arousal* (de 4 para 3, de 4 para 5 e 5 para 6), expressando a todo momento intensa saudade do marido. Entre os minutos 29 e 34, entretanto, ocorre a troca de cadeiras da sessão, onde ela incorpora o marido e consegue acessar Autocompaixão, uma emoção mais adaptativa, com um momento de elevação da ativação emocional (nível 5). Depois de retornar a sua cadeira, Sofia mantém-se em Luto e Dor e, nos momentos finais (minutos 49 a 51), expressa uma emoção também mais adaptativa, a Raiva Assertiva.

A sua ativação emocional, ao longo da sessão, foi de média 4, moderada, com um alto pico entre os minutos 17 e 23, chegando ao nível 6, no qual a participante foi inundada pela voz emocional, provocando choro intenso e uma imensa alteração no tom e ritmo. Neste momento, especificamente, o terapeuta pediu para que Sofia conversasse com o marido falecido. Então, ela conectou-se profundamente com a dor da perda do ente querido, que ela revela ser muito importante para a sua vida, pois partilharam as decisões por muitos anos:

Tínhamos muitas coisas planeadas juntos

[Luto e Dor]

Ele era o meu motor!

[Luto e Dor]

Todos dizem para eu deixar ir, mas como eu o deixo ir?

[Luto e Dor]

Ainda com uma ativação intensa (nível 5), ao trocar de cadeira, ela assume o self do marido e consegue expressar Autocompaixão. Assim, através da voz do marido, Sofia manifesta uma narrativa de gratidão por tudo que vivenciaram juntos.

Sinto pena por te ter deixado, eu também não queria ir, mas tens que seguir!

[Autocompaixão]

Eu sou muito grato por tê-la na vida, muito grato pelo nosso filho!

[Autocompaixão]

Logo em seguida, o terapeuta dialoga com Sofia (ainda no self do marido), permitindo que ela expresse sua compreensão e solidariedade diante da própria solidão, bem como possibilitando a livre expressão de suas necessidades.

Terapeuta: como é que sentes o coração quando vês a Sofia? Tão sozinha tão triste, sem apoio.

Sofia: Eh... com dor. O meu coração com uma dor.

Terapeuta: Vejo-te, vejo-te muito sozinha ali.

Sofia: Com impotência ou pena de a ver assim. Com pena. Com muita pena. E pronto.

[Autocompaixão]

Depois, com um *arousal* mais brando (nível 4), ainda na cadeira do marido, Sofia fala sobre a necessidade que tem de se sentir segura diante da presença do falecido. Ao mesmo tempo, com sorriso no rosto, ela relembra de momentos cotidianos que viveram juntos.

Terapeuta: Ela precisa de ti, não é verdade, precisa da tua segurança nos teus abraços. O que lhe dizes sobre isso?

Sofia: Que sim, que ela precisa, aliás, passava o dia todo a abraçar-me. Como é que não iria precisar?

Passava muito tempo com o nosso filho. Quando chegava do trabalho, sem mais nem menos, já estava ela a inclinar-se para abraçar, enquanto fazia um sanduíche.

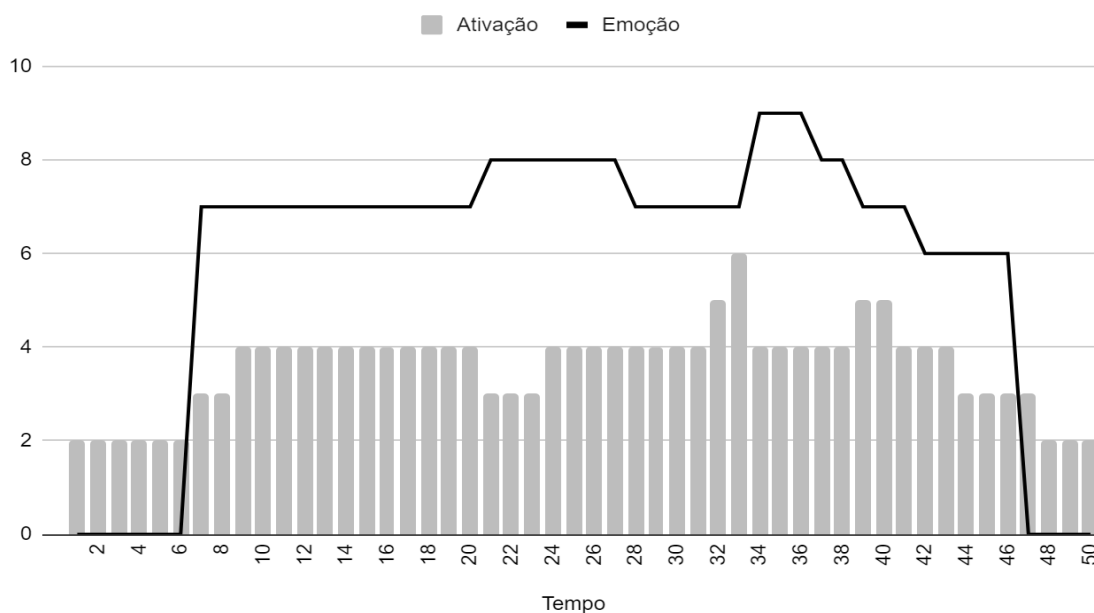
[Autocompaixão]

Nos momentos finais da sessão, já com uma ativação mais baixa (nível 3), a participante demonstrou a Raiva Assertiva (limitada entre os minutos 49 e 53) quando falou sobre os sogros, que em muitos momentos, no seu casamento com o falecido marido, a trataram de forma muito negativa. A sessão de Sofia, então, foi marcada por uma forte saudade do seu marido falecido já há quase três anos, expressa por uma profunda dor e luto. Nesse sentido, sua ativação emocional contou com um pico (de intensidade máxima igual a 6), momento em que ela se conectou com a dor relacionada à falta que sentia da segurança que o marido a transmitia e da consequente dificuldade de deixá-lo ir.

#### 1.2.4. Caso Inês

#### Figura 4.

*Codificação da Ativação Emocional e das Emoções no Caso da Participante Inês*



*Nota. No caso de Inês, todas as emoções marcadas como 8 relacionam-se à Autocompaixão*

No caso de Inês, AC (18,8%) e DD (47,9%) destacaram-se, mas a presença de AA (6,3%) foi um diferencial, porque a participante foi a única que conseguiu expressar essa emoção. Em sua sequência emocional, a participante inicialmente acede ao Luto e Dor, depois, através da cadeira vazia, consegue expressar Autocompaixão pelo pai já falecido. Após a troca de cadeiras, ela consegue novamente aceder ao Luto e Dor e, logo em seguida, Agência e Aceitação e Autocompaixão. Ao final da sessão, Inês manifesta um Alívio após poder expressar todas essas emoções.

Com relação à ativação emocional, obteve-se uma média de intensidade igual a 4, ou seja, moderada, com um pico que chegou a 6 (entre os minutos 32 e 33) e outro que chegou a 5 (minutos 39 e 40), ambos relacionados à emoção Luto e Dor (DD), mas mais conectados à dor da perda. No primeiro, a paciente direcionava-se ao pai, a dizer sobre a necessidade que tinha de o ver presente. Segue-se, então, o diálogo entre a paciente e o terapeuta, que a auxiliou na expressão das suas necessidades para o pai:

Terapeuta: (...)Vou fazer-te uma pergunta e peço que a escutes no teu coração e, desde aí, vês o que sai.

Pode o teu papá dar-te o que necessitas dele?

Inês: agora?

Terapeuta: hmhm.

Inês: não...

Terapeuta: não pode... hmhm.

Inês: porque não está.

Terapeuta: diz-lhe a ele “não podes papá, porque não estás”.

Inês: não me podes dar o que preciso porque não estás perto de mim...

[Luto e Dor]

No momento seguinte, a participante manifesta choro intenso, com interrupção no ritmo, tom alterado e, por um tempo, paralisa (*arousal* nível 6). Logo depois, já com uma ativação emocional mais branda (intensidade 4), ela consegue expressar Agência e Aceitação (entre os minutos 34 e 36), quando agradece ao pai pela presença ao longo de toda a vida.

Inês: obrigada, papá. Porque apesar de não estares com a mamã sempre estiveste perto de nós, desde crianças. Sempre nos vieste buscar, sempre houve essa conexão entre pai e filha, a preocupação, a ver como eu estava e o que me faltava, de todo. Quando eu tinha problemas, sempre procuravas ajudar-me. Por estares presente nos aniversários, nos dias especiais no Dia do Pai... sempre, sempre... sempre estiveste.

[Agência e Aceitação]

Ela pôde, nos próximos minutos (37 e 38), incorporando o papel de pai, devolver os agradecimentos a si mesma, manifestando Autocompaixão (*arousal* de intensidade 4).

Não, filha. Obrigada a ti por existires... por seres uma boa companhia sempre, por guardares os meus segredos e por nunca dizeres nada a ninguém... Às mulheres, Às mulheres que gostava. Obrigada por seres boa filha, e estares comigo até ao fim, por cuidares de mim, por me alimentares, por dares-me netos tão lindos, por gostares de mim com os meus defeitos. Obrigada a ti!

[Autocompaixão]

A segunda elevação do *arousal* emocional (intensidade 5, minutos 39 e 40), relacionou-se com a despedida de Inês para o pai, como se o deixasse ir. Ela expressou então, a emoção DD, com uma ênfase na dor da perda.

Terapeuta: vamos agora dizer-lhe adeus, por hoje pelo menos, o que te parece?

Inês: okay...

Terapeuta: despede-te dele, tens-lhe aí à tua frente, na outra cadeira. Pára uns segundo para ver o que lhe queres dizer, para te despedir hoje, e para agradecer-lhe também por ter estado presente também, a falar.

Inês: obrigada, papi, por teres estado aqui comigo... mas tenho que ir. Amo-te muito.

Terapeuta: quem sabe se lhe podes dizer um adeus para hoje, pelo menos.

Inês: adeus, papito.

[Luto e dor]

Logo após o momento de despedida, Inês experienciou uma sensação de Alívio, marcada por uma ativação mais baixa de intensidade 4 (entre os minutos 42 e 43) e depois intensidade 3 (minutos 44, 45 e 46).

Eu pude enterrá-lo, não houve regras nem nada disso, pudemos enterrá-lo e fazer uma despedida adequada, e isso dá-me um pouco de serenidade, dá-me um pouco de tranquilidade.

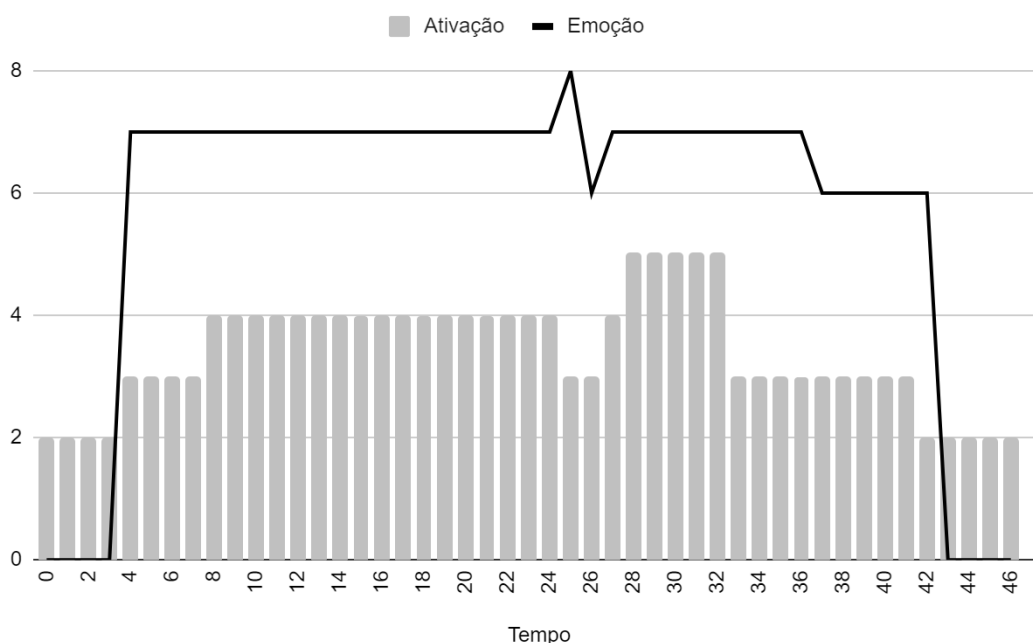
[Alívio]

Portanto, a sessão de Inês teve uma ativação emocional mediana, mas com importantes momentos de elevação, chegando à intensidade 6. Ela expressou toda a saudade que tinha do pai, pôde agradecê-lo, quando dialogando com ele na cadeira vazia e, da mesma forma, pôde agradecer a si mesma, manifestando Autocompaixão (na cadeira do pai).

### 1.2.5. Caso Clara

#### Figura 5.

*Codificação da Ativação Emocional e das Emoções no Caso da Participante Clara*



*Nota. No caso de Clara, o minuto classificado como 8 refere-se à Autocompaixão.*

No caso de Clara, as emoções DD (68,9%) e SE (17,8%) são as mais preponderantes e AC (Autocompaixão) foi a que menos se destacou, com uma pequena percentagem, restrita somente ao minuto 25. Com relação à sequência emocional, a participante iniciou com Luto e

Dor, que se manteve até poder aceder à Autocompaixão, possibilitada pela troca de cadeiras da técnica da cadeira vazia, e, logo em seguida, exprimiu Alívio. Depois, a participante estabilizou-se novamente em Luto e Dor e, ao final, expressou pela última vez a emoção Alívio.

Clara, ao longo da sessão, apresentou ativação emocional média igual a 3, com uma elevação de nível 5 entre os minutos 28 e 32. Esta elevação ocorreu pouco tempo após a troca de cadeiras, onde a participante colocou-se no lugar da mãe e pôde manifestar Autocompaixão. Assim, no pico de ativação emocional, houve a expressão de Luto e dor, entretanto o conteúdo associou-se mais à dor da perda da mãe, que a própria participante diz ser difícil deixar ir. Ela apresentou uma irregularidade no ritmo, choro e pausas prolongadas. Segue-se, assim, as seguintes falas, direcionadas à falecida:

Terapeuta: queres dizer algo para te despedires dela?

Clara: ficas perto de mim. Custa-me dizê-lo.

Terapeuta: custa muito, não é? Deixa sair, deixa... Custa muito dizer adeus, não é? Como te sentes?

Clara: como no último dia. Agora estou muito emotiva.

Terapeuta: é a parte mais difícil, não é? O que é que te é mais difícil despedir?

Clara: deixá-la ir, talvez. Aceitar que já não está aqui. E que partiu.

Terapeuta: que parte é que te custa libertar?

Clara: deixá-la ir, não quero que ela se vá.

Terapeuta: não querer que ela se vá. E se ela partir? Acho que ainda é cedo para largar e deixar ir.

Clara: sim, talvez seja cedo, não? Custa-me essa ideia de deixá-la ir. Essa palavra, não? A despedida, essa tomada de consciência de te poderes despedir. Não quero me despedir. Com a parte emocional... ainda estou agarrada a isso.

[Luto e dor]

Percebe-se, que o seu discurso é marcado por uma dificuldade na aceitação da morte da mãe e do afastamento físico entre as duas. Todavia, a participante consegue aceder a emoções como Autocompaixão. Neste, com uma ativação baixa, de intensidade 3, ela diz:

Clara: querida, estás a fazer um ótimo trabalho. És uma mãe maravilhosa, sinto-me muito orgulhosa de ti! Os teus filhos têm muita sorte. Porque têm uma mãe com um coração muito grande.

Terapeuta: achas que eu te diria mais alguma coisa?

Clara: amo-te muito. E que não estás sozinha, que estou contigo. E que estou bem.

[Autocompaixão]

No final da sessão, como presente no gráfico, entre os minutos 37 e 40, Clara apresenta um Alívio, com uma intensidade de ativação emocional de grau 3, ou seja, calma e serena.

Clara: parece que levei uma sova. Estou calma.

Terapeuta: foi como um encontro muito bonito com ela.

Clara: talvez ainda sinta que precisava disso, precisava poder vê-la novamente. E que está tudo bem.

[Alívio]

Juntamente com as narrativas de Alívio, a participante afirmou que não estava preparada para deixar a mãe ir, abordando o papel de segurança que ela exercia. Nos minutos finais, os diálogos seguiram sem que a participante demonstrasse nenhum tipo de emoção (ativação nível 2), todavia falaram sobre o papel de proteção que a mãe exercia sobre Clara.

Terapeuta: sim, no final é uma figura, um papel, de proteção, de guia que sabe tudo. Que isso, talvez os amigos, familiares ou o teu parceiro, bem, eles não sabem, não, não trazem essa parte que ela trazia.

Clara: completamente, é isso mesmo.

[Sem Emoção]

Em suma, a sessão de Clara foi caracterizada por uma ativação emocional de nível mediano, permeada por uma narrativa de muito amor diante da figura materna e da imensa dificuldade de deixá-la ir. A participante emocionou-se principalmente quando em diálogo com a mãe e pôde, ao final, sentir Alívio, após conectar-se com a dor da perda.

## DISCUSSÃO

### **A transformação da intensidade da ativação emocional (*arousal*) nas sessões**

Através da aplicação da *Client Expressed Emotional Arousal Scale III (CEAS)*, realizada pela observação e análise das sessões da cadeira vazia das participantes com luto prolongado, aferiu-se que a média de ativação emocional das participantes foi de 3,5, entre os níveis 3 e 4 da escala. Isso significa que metade das participantes exprimiram uma baixa ativação emocional (Marina e Clara), com tónus vocal mais baixo, leve alteração no discurso, discreta presença da voz emocional e a outra metade uma média ativação emocional (Sofia e Inês), com uma moderada presença da voz emocional, manifestada por expressões faciais de choro e uma média alteração no tom vocal. Em ambos os níveis, existiu um certo controlo dos impulsos, como se as participantes estivessem a exprimir as emoções cautelosamente (Warwar & Greenberg, 1998).

Esse controlo parece estar relacionado com a dificuldade de entrar em contato profundo com a dor da perda, central nos casos de luto prolongado, caracterizados pela incapacidade de aceder e tolerar aos sentimentos dolorosos (Bonanno et. al, 2008; Sharbanee & Greenberg, 2022). No caso de Marina, por exemplo, ela consegue aceder às emoções, mas exprime um controlo evidente nas suas expressões corporais, sempre a reter o choro, ou mesmo nas narrativas `não sei se consigo fazer isso` (SIC). Warwar e Greenberg (1998), na própria CEAS, sugerem a ativação nível 3 como uma expressão das emoções fraca, com muitas restrições e um certo controlo.

Nesse contexto, apesar do controlo poder dificultar a expressão total e intensa das emoções, ele também pode ter sido um importante aliado para a resolução de alguns objetivos propostos na cadeira vazia. A própria Marina, apesar de manter uma média 3, considerada baixa, nos momentos que atinge uma ativação emocional mediana, nível 4, consegue expressar as suas necessidades e alterar a sua perspetiva da mãe. Isso ocorre, provavelmente, porque esse nível mediano a permite, simultaneamente, sentir e refletir sobre o que é sentido. Como afirmado por Greenberg (2002), a ativação excessiva pode desorganizar o indivíduo e

a ativação muito baixa nem sequer permite o contato com a emoção, o que não produz transformação. Esses dois extremos, a ativação muito elevada e a ativação muito baixa, apareceram nos casos de Sofia e Clara.

Sofia foi uma das participantes que expressou uma ativação emocional nível 6, considerada elevada, a ponto de transbordar as emoções através do corpo, o que provoca intenso sofrimento, mas não a possibilita transformar a representação do marido e nem deixá-lo ir. Isso ocorre, provavelmente, porque esse nível de desorganização não a permite assimilar as emoções, em termos de sensação e significado. Clara, por outro lado, exprime uma ativação tão baixa, ao ponto de nem sequer conseguir vivenciar e expressar as suas emoções na totalidade. Sobre isso, estudos como os de Carryer e Greenberg (2010) e Pos et. al (2017) reforçam que o nível médio é considerado ideal, pois o foco não está na catarse emocional, como ocorreu com Sofia, mas sim em facilitar uma ativação emocional suficiente para que os pacientes consigam elaborar as emoções que estão a sentir.

Apesar de nenhuma dessas investigações versar sobre o *arousal* emocional em pessoas enlutadas, restringindo-se a quadros depressivos, pode-se articular os saberes de forma a dialogar com os resultados dessa investigação. No caso de Inês, a participante manteve-se por quase toda a sessão com um *arousal* de nível 4, mediano, com um único e breve momento de catarse. Ela, então, consegue expressar a necessidade da proteção do pai e deixá-lo ir, mesmo em meio ao intenso sofrimento de perdê-lo. Pode-se hipotetizar que esse sucesso da intervenção com a cadeira vazia, restrito a essa única sessão, pode advir da possibilidade de expressar (no momento catártico, de *arousal* nível 6), mas também de se manter em uma ativação mediana suficiente para que ela pudesse sentir e refletir na mesma medida, o que Sharbanee e Greenberg (2022) apontam como essencial neste processo.

É possível pensar que a relação entre terapeuta e paciente também é muito importante na ativação das emoções, pois os pacientes precisam sentir-se confortáveis para conseguir

aceder a determinados sentimentos, ainda mais os dolorosos, que nos casos do luto prolongado são de difícil tolerância e acesso (Pinheiro et. al, 2021; Sharbanee e Greenberg, 2022). Por se tratar de uma única sessão seguida de somente uma outra, essa dificuldade pode ter afetado o desempenho na cadeira, que requer maior vinculação entre terapeuta e paciente. Então, os resultados sugerem que o trabalho terapêutico na cadeira vazia com pacientes com luto prolongado deve centrar-se não somente na facilitação da evocação das emoções inerentes ao luto prolongado, como o próprio luto e dor, mas também no controle e orientação delas, para que os pacientes possam refletir sobre suas emoções e expressar os mais variados significados que podem ser atribuídos a cada manifestação emocional.

As participantes deste estudo tiveram elevações na ativação emocional em momentos diferentes, com intensidades diferentes e em padrões de elevação diversos. Marina tendeu a alternar *arousal* de nível 3 e 4, entre baixa e média ativação. Sofia, Inês e Clara apresentaram pelo menos um pico emocional, que nas duas primeiras chegou ao nível 6 e, na terceira, ao nível 5, mas em momentos diferentes. Essa ausência de padrões muito evidentes dialoga com as investigações que apontam a vivência da expressão do luto, mesmo no prolongado, como algo idiossincrático, que varia, em especificidade, entre cada um dos indivíduos, vide as revisões bibliográficas de Lundorff e colegas (2017), Moreira e colegas (2022) e Hilberdink e colegas, (2023).

Nesse sentido, Greenberg (2014) reforça que é importante lembrar que cada paciente é singular e que cada processo terapêutico será único em suas especificidades. Além disso, de acordo com Franco (2021), é importante ressaltar que, embora o processo de luto seja algo universal e intrínseco à condição humana, as particularidades das conexões entre o falecido e o enlutado, bem como as influências culturais, desempenham um papel significativo ao permitir uma variedade de reações diante da experiência de perda. Todas essas influências são apresentadas nos resultados, que dão voz a mulheres com histórias diferentes e vínculos

diversos (a mãe, no caso de Marina e Clara, o pai no caso de Inês e o marido no caso de Sofia).

### **A relação do nível do *arousal* com a sequenciação emocional e as narrativas das participantes**

A sequência emocional de três das participantes (Sofia, Inês e Clara) iniciou-se pelo Luto e Dor. Esse resultado não corrobora com o proposto pela sequenciação emocional de Pascual-Leone e Greenberg (2007), que pressupõe a necessidade da vivência inicial de emoções primárias mal adaptativas, como Medo e Vergonha, para depois aceder às emoções mais adaptativas como o Luto e Dor. Esses resultados também não dialogam com Sharbanee e Greenberg (2022), que discorrem sobre o luto prolongado ser um resultado do bloqueio da dor por emoções secundárias, como Mal-estar global e Raiva Reativa, ou pela necessidade de aceder às emoções primárias mal-adaptativas, para depois aceder ao Luto e Dor. O que parece acontecer, nos casos deste estudo, é que as participantes mantêm-se presas na dor e não conseguem se desvencilhar dela, impossibilitando que acedam a outros estados mais adaptativos, ou mesmo diferentes deste.

Em diálogo com esses resultados, a literatura aponta que pessoas com luto prolongado tendem a sentir a dor de forma tão exacerbada que não conseguem livrar-se dela, muito atreladas à saudade dos mortos (OMS, 2018; APA, 2022; Frumkin et al., 2021; Prigerson, 2004). Neste aspeto, em todas as participantes, quase todos os momentos de elevação da ativação emocional estiveram relacionados com o sentimento de Luto e Dor, conectados com a dificuldade de se distanciar do ente falecido e a intensa saudade, dor central de viver a vida sem uma figura que, demasiadamente importante, não está mais lá.

Clara, por exemplo, expressou durante a sessão um grande sofrimento (*arousal* emocional nível 5), quando a terapeuta propôs de dizer adeus à sua mãe. Neste momento, ela

prontamente nega distanciar-se dela, recusando a possibilidade de dizer adeus na tarefa da cadeira vazia. 'Que parte é que te custa libertar?' (SIC), indaga a terapeuta, e ela responde, 'Deixá-la ir, não quero que ela se vá.' (SIC). A postura da participante reforça a hipótese da dificuldade das participantes de superar o Luto e Dor, que foi acedido, mas dificilmente superado, porque somente a ideia de se distanciar do morto pareceu demasiadamente impossível e sofrida (Bonanno et al., 2008).

Assim, é válido ressaltar a importância da cadeira vazia na evocação e expressão do Luto e Dor, pois possibilitou que a dor emergisse com maior intensidade em todas as participantes. Esses resultados vão de acordo com o apontado em diversos estudos da literatura, que corroboram esta técnica como uma importante facilitadora da expressão emocional e na elevação do *arousal* (Goldman et al., 2006; Greenberg et al., 2008; Pascual-Leone & Greenberg, 2006; Kramer & Pascual-Leone, 2013). Nesse aspecto, segundo Sharbanee e Greenberg (2022), a expressão de sentimentos dolorosos diante da perda do outro e a simbolização através da narrativa é importante e necessária. Os investigadores afirmam:

De uma posição dialético-constructivista, vemos que cada um desses estados emocionais precisa ser acessado e, em seguida, simbolizado em linguagem e narrativa como um processo de construção de significado. Assim, a transformação exige tanto sentir quanto refletir sobre os sentimentos para compreendê-los. Frequentemente, a construção de significado narrativo envolverá uma reflexão sobre a mudança que ocorreu na vida da pessoa, alternando entre o passado de como era e o presente de como está agora que o falecido faleceu (Sharbanee & Greenberg, 2022, p.8).

Em todas as sessões, em pelo menos um momento, o aumento da ativação emocional ocorreu quando as participantes se dirigiram à pessoa imaginada no decorrer do exercício de cadeira vazia. Assim como afirmado por Watson (2006) e Watson e Greenberg (1996), o processo de imaginar o ente falecido e a possibilidade de dialogar com ele, simbolizar as

emoções em palavras, narrativas, surgiu como um imenso facilitador na possibilidade de expressão e de ativação das emoções muito doloridas.

Além disso, a troca de cadeiras também facilitou o acesso e elevação da ativação emocional referente à emoção de Autocompaixão, em que as participantes testemunharam a própria dor, como se uma parte do self pudesse olhar e sentir pelo outro “eu”, que está em intenso sofrimento. Na literatura, não existem exemplos da utilização da cadeira vazia focada em autocompaixão para casos de luto, entretanto, algumas investigações, como a de Greenberg (2007), apontam para essa possibilidade como forma de interiorizar uma relação positiva com o outro; no caso de enlutados, com o falecido. Sharbanee e Greenberg (2022) complementam que a Autocompaixão é um elemento curativo no processo, que nesses casos de luto prolongado foi facilitado pela personalização do ente perdido. Sofia, Clara e Inês, nestes momentos de Autocompaixão, manifestaram gratidão e amor por si próprias.

Nesse sentido, a sequenciação emocional das três participantes seguiram caminhos um bocado diferentes, com resoluções diferentes, o que é afirmado pelas investigações que apontam o próprio sofrimento diante da perda como algo idiossincrático, único na vivência de cada indivíduo (Lundorff et al., 2017; Franco, 2021; Moreira et al., 2022; Hilberdink et al., 2023). Sofia expressou Luto e Dor com imensa intensidade (a atingir *arousal* 6), seguido da expressão de Autocompaixão e depois Raiva Assertiva, sentimentos adaptativos, mas somente preencheu um dos critérios de sucesso da cadeira vazia para assuntos não resolvidos, a expressão da necessidade diante do falecido (Lourenço, 2021). Como discutido acima, a ativação demasiadamente exacerbada, no caso de Sofia, parece ter desorganizado a participante, o que a impossibilitou de refletir sobre suas emoções, o que também pode explicar a leve piora imediata do ICG da participante (pré = 67 e pós = 72), que depois, no *follow-up*, praticamente volta ao resultado inicial (*follow-up* = 66).

Somado a isso, pode-se hipotetizar que a participante expressou uma dificuldade na alteração da representação da figura do marido e não conseguiu deixá-lo ir pelo fato da sua identidade se mostrar muito atrelada a dele. Ela disserta, através da sua narrativa, sobre quantos planos tinham em conjunto 'tínhamos diversas coisas planeadas juntos' (SIC), como se as suas escolhas dependessem do marido. Ela também discorre sobre a segurança que ele transmitia, como se não existissem outras pessoas que pudessem exercer a função de protegê-la e de auxiliá-la nas decisões, nem ela consigo mesma. Nessa direção, o estudo de Pinheiro et. al (2021) descreve um caso de uma paciente com luto complicado que apresentava uma identidade muito vinculada ao falecido, cujos resultados terapêuticos não foram positivos, assim como Sofia nesta sessão. Outros estudos também indicam o intenso sofrimento perante a possibilidade de abandonar os planos com o morto nos casos de luto prolongado como complicador de resultados terapêuticos saudáveis (Franco, 2021; Moreira et al., 2022).

No caso de Clara, após Luto e Dor, ela acede à Autocompaixão e depois Alívio com um baixo *arousal* (nível 3), ativação que indica um certo distanciamento da possibilidade de sentir, como se ela estivesse a controlar as suas emoções. Além disso, nos minutos que se permitiu sentir com mais intensidade, conectada à dor da perda, a participante ainda referia-se à incapacidade de se despedir da mãe, como discutido acima. Neste contexto, ela não consegue nem sequer expressar suas necessidades, indicando um caso de fracasso na resolução da intervenção, como proposto pelo próprio criador da Escala de Resolução da Cadeira Vazia para Assuntos Não Resolvidos (Lourenço, 2021). Larripa (2023) complementa que as necessidades não atendidas ou transgredidas estão relacionadas ao desenvolvimento de patologias e esquemas emocionais mal adaptativos, incluindo nos contextos de luto. Em muitos momentos, Clara ainda discorre sobre a segurança e conforto que a figura materna a proporcionava, o que se aproxima do caso de Sofia em termos do papel que o morto exerce na vida de cada participante e na postura diante da perda. Pôde-se perceber, então, que a

intensidade da vinculação entre enlutado e falecido parece influenciar no desfecho das intervenções, sendo uma variável que precisa ser considerada nas análises de caso de luto prolongado. Esse resultado é encontrado também em diversos estudos, que reforçam a importância do vínculo e da sua percepção nos casos de luto (Hilberdink et al., 2023). Entretanto, o ICG de Clara sofreu uma leve diminuição entre o pré e pós teste, (pré= 37; pós= 32) e depois uma maior diminuição no *follow-up* (22), o que pode indicar que a “simples” expressão e ativação das emoções possivelmente foram benéficos para a participante. Assim, apesar do fracasso em termos de avaliação das resoluções da intervenção da cadeira vazia, com base nos parâmetros adotados (Lourenço, 2021), só a expressão das emoções e o diálogo com a mãe podem ter sido suficientes para a participante, que no *follow-up* apresenta importante melhoria.

No caso de Inês, a sessão se inicia com Luto e dor, depois a participante consegue expressar Autocompaixão e, no final, após um pico do *arousal* (nível 6), também Agência e Aceitação, através da facilitação proporcionada pela cadeira vazia. Este pico de *arousal* ocorreu no momento em que a participante entra em contato com a dor da ausência do pai, como se tivesse um *insight* de que nunca mais teria o pai em sua vida. Ela e Sofia alcançaram um *arousal* nível 6, entretanto, diferentemente de Sofia, Inês consegue expressar Agência e Aceitação logo em seguida, a deixar o pai ir, um dos objetivos propostos por Lourenço (2021) e Larripa (2023) ‘Amo-te! (...) Adeus, papito!’ (SIC), ela diz. Esta diferença entre Inês e Sofia parece ocorrer pelo tempo em que as participantes ficam com as emoções ativadas em nível 6, somado ao tipo de relação que elas mantinham com os entes falecidos. Inês teve Luto e Dor ativada de forma elevada por somente um minuto e tinha uma relação de afeto com o pai, mas pautada em uma independência. Sofia, por outro lado, vivenciou cinco minutos de ativação nível 6, o que já discutimos que pode ter atrapalhado o processo de reflexão e transformação emocional (Carryer e Greenberg, 2010; Greenberg, 2007; Pos et. al, 2017),

além de ter uma vinculação ao marido baseada em sua identidade, sendo dependente dele. Inês não exprime uma alteração na representação do pai. Todavia essa mudança nem parece ser necessária, pois a figura paterna é permeada por amor, afeto e sem grandes conflitos, facilitando a expressão de Agência e Aceitação. Essa afirmação também é argumento de Larripa (2023), que percebe que nem todos os pacientes precisam desta alteração para poder sentir outras emoções e superar o Luto e Dor. Inês foi um evidente caso de sucesso da intervenção, cujo ICG apresentou uma evidente mudança logo após a intervenção e também no *follow-up* (pré= 46; pós= 39; *follow-up* = 27).

Em contraste aos três casos descritos, a sequência emocional da participante Marina tende a seguir o proposto pela literatura, que postula a necessidade de aceder às emoções primárias mal adaptativas para possibilitar a expressão da dor do luto (Sharbanee & Greenberg, 2022). Ela expressa Medo e Vergonha, intercalando *arousal* emocional 3 e 4, ativação que indica um certo nível de controle das expressões emocionais. Nestes momentos ela manifesta uma imensa culpabilização diante da morte da mãe, que a impossibilita de entrar em contato com a dor da perda, bloqueando-a. A culpa é um sentimento esperado em pacientes com luto prolongado, que exprime a impotência de não se poder reviver os momentos com o ente perdido (OMS, 2018; APA, 2022). No caso de Marina, ela diz `Eu falhei contigo, mamá, deveria ter estado ao teu lado` (SIC), o que a aprisiona em um episódio que não pode ser alterado. Nos estudos conduzidos por Whelton e Greenberg (2005) e por Greenberg e Watson (2006), os autores constataram que a culpabilização, quando acompanha a autocrítica, tende a despertar um sentimento de autodesvalorização e impotência igualmente presentes, no qual o indivíduo é incapaz de formular argumentos assertivos contrários, resultando numa diminuição da esperança e auto reprovação. Esses apontamentos são evidentes nas falas da participante, que inclusive consegue, através da cadeira vazia, aceder ao Desprezo por si mesma. `Tu tomaste uma série de decisões que foram erradas` (SIC).

O acesso a essas emoções mais mal adaptativas, juntamente com o auxílio da cadeira vazia, parecem possibilitar que Marina demonstre emoções mais adaptativas como Luto e Dor e Alívio, acompanhados da possibilidade de transformação da representação da figura materna. Segundo o modelo sequencial proposto por Pascual-Leone e Greenberg (2007), juntamente com o artigo de Sharbanee e Greenberg, sobre luto (2022), essa é uma das sequências esperadas para a transformação emocional, em que o acesso às emoções primárias mal adaptativas, como Medo e Vergonha, possibilitam o desbloqueio do sofrimento diante da perda e a emergência de emoções mais adaptativas, como as sentidas pela participante. Neste processo, os momentos de maior elevação emocional de Marina, que acontecem nas emoções de Medo e Vergonha e Luto e Dor, de nível 4, mediano, parecem contrapor diversas investigações que apontam o *arousal* elevado (nível 5, 6 e 7) como preditor de bons resultados terapêuticos, uma vez que a participante teve sucesso parcial na sessão da cadeira vazia (Missirlian et. al, 2005; Bonanno & Kaltman, 1999; Shear et al., 2011; Warwar, 2003). Entretanto, por outro lado, reforça as investigações que afirmam o *arousal* mediano como o ideal para o processo terapêutico. Marina, mesmo que pareça receosa de expressar as emoções, consegue ativá-las de forma suficiente a possibilitar uma transformação emocional, sempre facilitada pela cadeira vazia, que novamente, neste caso, surge como aliada da expressão emocional (Carryer e Greenberg 2010; Pos et. al, 2017; Greenberg, 2002). Mesmo com um sucesso parcial da sessão, a participante ainda apresenta um ICG que aponta para uma sintomatologia relacionada à PLP, mesmo que tão baixa (afinal a pontuação que se considera PLP é 25), com uma mudança mínima na pontuação (pré= 27; pós= 26; *follow-up*= 29). É possível hipotetizar que mais sessões como esta poderiam auxiliar a paciente a lidar com a perda de forma ainda mais saudável.

O presente estudo, assim como toda a ciência, é passível de questionamentos, apresentando limitações. Ele se trata de um estudo exploratório, que está circunscrito em uma

amostra de quatro participantes, sendo realizado em uma única sessão interventiva, o que contribui com uma maior compreensão dos fenômenos envolvidos, mas que, por outro lado, impossibilita uma ampla generalização. Além disso, Marina, Sofia, Inês e Clara apresentam especificidades que impactam nos resultados, mas que são fruto das suas historicidades e singularidades (como as idades diferentes entre si, nacionalidades e tipo de relação entre morto-enlutado). Os terapeutas TFE que atenderam os casos também possuem diferentes níveis de experiência, o que possivelmente influenciou na forma em que cada um conduziu as sessões. Estudos com mais participantes, em outras intervenções, abordagens e contextos podem ser importantes para ampliar e aprofundar ainda mais a compreensão sobre a ativação emocional e a sequenciação emocional na PLP.

## CONCLUSÃO

Em suma, a expressão das emoções dolorosas com um *arousal* mais elevado do que a média das sessões individuais (na sessão de Marina, por exemplo, que houve média 3, mas uma elevação de 4 no momento de expressão da dor) apareceu nos resultados como uma facilitadora do acesso a emoções ainda mais adaptativas e diferenciadas, como Autocompaixão, Alívio e Agência e Aceitação. Entretanto, o contato com a dor e a ativação emocional parecem não serem suficientes para a resolução dos objetivos propostos pela intervenção da cadeira vazia, se não vierem acompanhadas de reflexão e transformação dos significados (Sharbanee & Greenberg, 2022). Hipotetizamos que os casos de insucesso relacionam-se com a dificuldade de se desvencilhar de certas narrativas de sofrimento e incapacidade de construir suas identidades sem o outro, ou mesmo encontrar apoio sem ser NO outro.

O padrão de ativação emocional mostrou-se variável e único em cada participante, ocorrendo em momentos e contextos diferentes. Todavia, as elevações emocionais aparecem,

em maior frequência, atreladas à dor da perda do ente querido (emoção Luto e Dor) e, em alguns momentos, relacionadas à Autocompaixão.

Através dos resultados percebe-se que a sessão da cadeira vazia tem imenso potencial de ativar as emoções dolorosas e de possibilitar uma transformação em pessoas com luto prolongado. Entretanto, é importante ressaltar que o cuidado contínuo das participantes, com mais intervenções da cadeira vazia, poderia ser de imensa ajuda para a resolução dos demais objetivos propostos por Lourenço (2021). Porque uma sessão pode ter sido realmente insuficiente para aceder a outras emoções e promover uma transformação individual mais significativa.

Esperamos que este estudo sirva de apoio para futuras intervenções em profissionais que lidem com questões demasiadamente importantes e existenciais como a morte e o luto; tão universal, mas ao mesmo tempo singular, único e idiossincrático, construído e vivido em cada história humana. Esperamos, também, que essas vozes sejam cada vez mais ouvidas, acolhidas e legitimadas, porque a estigmatização e invalidação do sofrimento agem como impedidoras da saúde mental e de uma vivência mais saudável no processo de perda (Zhou et. al, 2017; Gonschor et. al, 2020). Que possamos, cada vez mais, promover visibilidade a todas as formas do 'sofrer', com todas as suas nuances e intensidades, porque a expressão da dor precisa ser considerada como um irrevogável e incontestável direito humano.

## REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders text revised: DSM-5-TR* (5th ed.). American Psychiatric Association.
- Barbosa, V., Sá, M., & Rocha, J. C. (2014). Randomised controlled trial of a cognitive narrative intervention for complicated grief in widowhood. *Aging and Mental Health*, 18(3), 354–362. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.833164>

- Bardideh, F., Jarareh, J., Mofrad, M., & Bardideh, K. (2022). The Effectiveness of Integrated Group Therapy on Prolonged Grief Disorder of Bereaved People from COVID-19 Randomized Controlled Trial. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/00302228221141126>
- Berthoud, L., Pascual-Leone, A., Caspar, F., Tissot, H., Keller, S., Rohde, K., Roten, Y., Despland, J., & Kramer, U. (2017). Leaving Distress Behind: A Randomized Controlled Study on Change in Emotional Processing in Borderline Personality Disorder. *Psychiatry*, 80(2), 139-154. DOI: 10.1080/00332747.2016.1220230
- Boelen, P.A., Lenferink, L.I.M., Spuij, M. (2021). CBT for Prolonged Grief in Children and Adolescents: A Randomized Clinical Trial. *Am J Psychiatry*. Apr 1;178(4):294-304. doi: 10.1176/appi.ajp.2020.20050548.
- Bonanno, G. A., Boerner, K., & Wortman, C. B. (2008). *Grief trajectories*. In: M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe (Eds.). *Handbook of bereavement research and practice: Advancements in theory and intervention*. 287-307. *American Psychology Association*. <https://doi.org/10.1037/14498-014>
- Bonanno, G., Kaltman, S. (1999) Toward an integrative perspective on bereavement. *Psychological Bulletin* 125, 760–776. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.125.6.760>CrossRefGoogle ScholarPubMed
- Boritz, T. Z., Angus, L., Monette, G., Hollis-Walker, L., Warwar, S. (2011). Narrative and emotion integration in psychotherapy: investigating the relationship between autobiographical memory specificity and expressed emotional arousal in brief emotion-focused and client-centred treatments of depression. *Psychother Res* Jan;21(1):16-26. doi: 10.1080/10503307.2010.504240. PMID: 20830647
- Boss, P., Roos, S., & Harris, D. L. (2021). *Grief Amid Ambiguity and Uncertainty*. I R. A. Neimeyer, D. L. Harris, H. R. Winokuer, & G. F. Thornton, *Grief and Bereavement in*

Contemporary Society,163-175. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003199762-16>.

Bryant, R. A. (2014). Prolonged grief: where to after Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition? *Curr Opin Psychiatry*. Jan;27(1):21-6. doi: 10.1097/YCO.0000000000000031

Carryer, J. R., & Greenberg, L. S. (2010). Optimal levels of emotional arousal in experiential therapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 190–199. doi:10.1037/a0018401

Choi, B., Pos, A., Magnusson, M. (2015). Emotional change process in resolving self-criticism during experiential treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 26(4), 484-499. 10.1080/10503307.2015.1041433

Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2017). Designing and conducting mixed methods research. *Sage Publications*.

Davison, K. P., Pennebaker, J. W., & Dickerson, S. S. (2000). Quem fala? A psicologia social dos grupos de apoio à doença. *Psicólogo Americano*, 55(2), 205-217. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.2.205>

Dillon, A., Timulak, L., & Greenberg, L. (2016). Transforming core emotional pain in a course of emotion-focused therapy for depression: A case study. *Psychotherapy Research*, 28(3), 406-422.

Doka, K. J. (1987). Silent sorrow: Grief and the loss of significant others. *Death Studies*, 11(6), 455–469. <https://doi.org/10.1080/07481188708252210>

Elliott, R., & Greenberg, L. (2021). *Emotion-focused counselling in action*. Sage Publishing.

- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2004). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. American Psychological Association.
- Franco, M. H. P. (2021). *O luto no século 21: uma compreensão abrangente do fenômeno*. São Paulo: Summus Editorial.
- Fujisawa, D., Miyashita, M., Nakajima, S., Ito, M., Kato, M., Kim, Y. (2010). Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *J Affect Disord.* Dec;127(1-3):352-8. doi: 10.1016/j.jad.2010.06.008
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S., Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression, *Psychotherapy Research*, 16:5, 537-549, DOI: 10.1080/10503300600589456
- Gonçalves, P. C., & Bittar, C. M. L. (2016). Estratégias de enfrentamento no luto. *Psicologia da Saúde*, 24(1), 39-44.
- Greenberg, L. S. (2002). Integrating an emotion-focused approach to treatment into psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(2), 154–189. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.12.2.154>
- Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-focused therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (2015). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/14692-000>
- Greenberg, L. S., & Malcolm, W. (2002). Resolving Unfinished Business : Relating Process to Outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 406–416. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.70.2.416>

- Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. NYC, NY: Guilford.
- Greenberg, L.S., & Pascual-Leone, A (2006). Emotion in psychotherapy: a practice-friendly research review. *J Clin Psychol*. May;62(5):611-30. doi: 10.1002/jclp.20252. PMID: 16523500.
- Greenberg, L., Rice, L., & Elliott, R. (1993). *Facilitating Emotional Change: The moment-by-moment process*. New York: The Guilford Press.
- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gonschor, J., Eisma, M.C., Barke, A., Doering, B.K. (2020). Public stigma towards prolonged grief disorder: Does diagnostic labeling matter? *PLoS One*. Sep 11;15(9): 0237021. doi: 10.1371/journal.pone.0237021. PMID: 32915800; PMCID: PMC7485774.
- Guldin, M. (2019). *Tab og sorg-En grundbog for professionelle (2<sup>a</sup> ed.)*. Hans Reitzels Forlag.
- Herrmann, I. R., & Auszra, L. (2019). Facilitating optimal emotional processing. In Hilberdink, C., Ghainder, K., Dubanchet, A., Hinton, D., Djelantik, A., Hall, B., & Bui, E. (2023). Bereavement issues and prolonged grief disorder: A global perspective. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*, 10, E32. doi:10.1017/gmh.2023.28
- Johannsen, M., Damholdt, M. F., Zachariae, R., Lundorff, M., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2019). Intervenções psicológicas para o luto em adultos: Uma revisão sistemática e meta-análise de ensaios controlados aleatórios. *Journal of Affective Disorders*, 253, 69-86. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.065>

- Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Champigneulle, B., Thirion, M., Souppart, V., Gilbert, M., Lesieur, O., Renault, A., Garrouste-Orgeas, M., Argaud, L., Venot, M., Demoule, A., Guisset, O., Vinatier, I., Troché, G., Massot, J., Jaber, S., Bornstain, C., Gaday, V., & Azoulay, E. (2017). Effect of a condolence letter on grief symptoms among relatives of patients who died in the ICU: a randomized clinical trial. *Intensive Care Medicine*, 43, 473–484. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4669-9>
- Klass, D., & Steffen, E. M. (2018). *Continuing Bonds in Bereavement. New Directions for Research and Practice*. Routledge.
- Klass, D., Silverman, P. R., & Nickman, S. L. (1996). *Ongoing Obligations: New Understandings of Grief*. (pp. xxi, 361). Taylor & Francis.
- Khayyat-Abuaita, U., Paivio, S., Pascual-Leone, A., & Harrington, S. (2019). Emotional Processing of Trauma Narratives Is a Predictor of Outcome in Emotion-Focused Therapy for Complex Trauma. *Psychotherapy*, 56(4), 526-536.
- Kramer, U., & Pascual-Leone, A. (2013). La chaise vide en psychothérapie: origines et développements. *Pratiques Psychologiques*, 19, 41-53. DOI: 10.106/j.prps.2012.12.002.
- Kramer, U., Pascual-Leone, A., Despland, J., & Roten, Y. (2014a). One minute of grief: emotional processing in short-term dynamic psychotherapy for adjustment disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1), 187-198. <http://dx.doi.org/10.1037/a0037979>
- Kramer, U., Pascual-Leone, A., Despland, J., & Roten, Y. (2014b). Emotion in an alliance rupture and resolution sequence: a theory-building case study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 14(4), 263-271. <https://doi.org/10.1080/14733145.2013.819932>

- Kramer, U., Pascual-Leone, A., Despland, J.N., & de Roten, Y. (2015). One minute of grief: emotional processing in short-term dynamic psychotherapy for adjustment disorder.
- Kramer, U., Pascual-Leone, A., Rohde, K., & Sachse, R. (2015a). Emotional processing, interaction process, and outcome in clarification-oriented psychotherapy for personality disorders: a process outcome analysis. *Journal Of Personality Disorders*, 29, 1-19. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2015\\_29\\_204](https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_204)
- Kramer, U., Pascual-Leone, A., Berthoud, L., Roten, Y., Marquet, P., Kolly, S., Despland, J., & Page, D. (2015b). Assertive anger mediates effects of dialectical behaviour-informed skills training for borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23, 189-202. 10.1002/cpp.1956
- Kramer, U., Pascual-Leone, A., Rohde, K. B., & Sachse, R. (2017). The role of shame and self-compassion in psychotherapy for narcissistic personality disorder: An exploration study. *Clinical Psychol Psychotherapy*, (2), 1-11. <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.2160>
- Lane, R. D., Ryan, L., Nadel, L., & Greenberg, L. (2015). Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: New insights from brain science. *Behavioural and Brain Sciences*, 38, 1–64.
- Larripa, J. G. (2023). La necesidad existencial en el proceso de transformación emocional en la terapia focalizada en la emoción en duelo complicado [Tese de Doutoramento, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Pontifica de Comillas]. Repositorio Comillas. <http://hdl.handle.net/11531/8016>
- Larson, D. G. (2013). A person-centred approach to grief counselling. In M. Cooper, et al. (Ed.), *The handbook of person-centred psychotherapy and counselling* (2nd ed, pp. 313–326). Palgrave Macmillian.
- Lenferink, L. I. M., Nickerson, A., Keijser, J., Smid, G. E., & Boelen, P. A. (2020). Grief, Depression, and Post-Traumatic Stress Trajectories in Bereaved Individuals Affected

- by the Disaster. *Depression and Anxiety* 37(1), 35-44.  
<https://doi.org/10.1002/da.22850>
- Linder, L., Lunardini, M., & Zimmerman, H. (2022). Supporting Childhood Bereavement Through School-Based Grief Group. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 0(0).  
<https://doi.org/10.1177/00302228221082756>
- Lourenço, P. C. B. M. (2021). Chair Work and Client Change Process in Emotion-Focused Therapy [Tese de doutoramento não publicada]. University of Minho.
- Maccallum, F., & Bryant, R. (2019). A Network Approach to Understanding Quality of Life Impairments in Prolonged Grief Disorder. *Journal Of Traumatic Stress*, 33(1), 106-115. <https://doi.org/10.1002/jts.22383>
- Mason, T. M., Tofthagen, C. S., & Buck, H. G. (2020). Luto Complicado: Factores de Risco, Factores de Protecção, e Intervenções. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 16(2), 151-174. <https://doi.org/10.1080/15524256.2020.1745726>
- Missirlian, 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(5), 861–871.
- Moreira, D., Azeredo, A., Moreira, D. S., Fávero, M., Sousa-Gomes, V. (2022). A Systematic Review of Grief and Depression in Adults. *European Psychologist* (28).  
<https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000490>
- Nielsen, M. K., Carlsen, A. H., Neergaard, M. A., Bidstrup, P. E., & Guldin, M. B. (2019). Olhando para além da média em trajetórias de luto: Um estudo de coorte prospectivo, baseado na população. *Social Science & Medicine*, 232, 460-469.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.10.007>

- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., Joyce, A. S., McCallum, M., Rosie, J. S. (2002). Social support as a predictor of response to group therapy for complicated grief. *Psychiatry, Winter*;65(4):346-57. doi: 10.1521/psyc.65.4.346.20236. PMID: 12530338.
- Pascual-Leone, A., & Greenberg, L. S. (2005). Classification of affective-meaning states. In Pascual-Leone (Ed.), *Emotional processing in the therapeutic hour: why 'the only way out is through'* (pp. 289-366). Toronto: York University.
- 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.
- Pascual-Leone, A. (2017). How clients “change emotion with emotion”: a programme of research on emotional processing. *Psychotherapy Research*, 28(3) 1-18. 10.1080/10503307.2017.1349350
- Pascual-Leone, A., Yeryomenko, N., Swashima, T., & Warwar, S. (2017). Building emotional resilience over 14 sessions of emotion focused therapy: micro-longitudinal analyses of productive emotional patterns. *Psychotherapy Research*, 29(2), 171-185. 10.1080/10503307.2017.1315779
- Pinheiro P., Gonçalves M.M., Nogueira D., Pereira R., Basto I., Alves D. & Salgado J. (2021). Emotional processing during the therapy for complicated grief. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1985183>
- Pos, A. E., Paolone, D. A., Smith, C. E., & Warwar, S. H. (2017). How does client expressed emotional arousal relate to outcome in experiential therapy for depression? *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 16(2), 173–190. <https://doi.org/10.1080/14779757.2017.1323666>
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds, C. F., Maciejewski, P. K., Davidson, J. R., Rosenheck, R., Pilkonis, P. A., Wortman, C. B., Williams, J. B., Widiger, T. A.,

- Frank, E., Kupfer, D. J., Zisook, S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *Br J Psychiatry*.Jan;174:67-73. doi: 10.1192/bjp.174.1.67. PMID: 10211154.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., & Newsom, J. T.(1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59, 65–79.
- Rosner, R., Pfoh, G., & Kotoučová, M. (2011). Tratamento de luto complicado. *European Journal of Psychotraumatology*, 2(1), 7995. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v2i0.7995>
- Sayar, H., & Hjeltnes, A. (2021). How does grief lead to change? Understanding the process of change in three contemporary psychotherapies. *Journal of Contemporary Psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy*, 51(2), 135–143. <https://doi.org/10.1007/s10879-020-09482-4>
- Sharbanee, M. J. & Greenberg, L. S. (2022). Emotion-focused therapy for grief and bereavement, Person-Centered & Experiential Psychotherapies. <https://doi.org/10.1080/14779757.2022.2100813>
- Shear, K. (2017). Luto complicado: Um guia para terapeutas. Uma adaptação de Complicated Grief Therapy (Terapia de Luto Complicado). Manual de tratamento não publicado.
- Shear M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., Reynolds, C., Lebowitz, B., Sung, S., Ghesquiere, A., Gorscak, B., Clayton, P., Ito, M., Nakajima, S., Konishi, T., Melhem, N., Meert, K., Schiff, M., O'Connor, M. F., First, M., Sareen, J., Bolton, J., Skritskaya, N., Mancini, A. D., Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*. 28:103–117.
- Singh, T., Pascual-Leone, A., Morrison, O. P., & Greenberg, L. (2020). Working with emotion predicts sudden gains during experiential therapy for depression.

*Psychotherapy Research*, 31, 895-908.

<https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1866784>

- Stroebe, M., Son, M., Stroebe, W., Kleber, R., Schut, H., Bout, J. (2000). On the classification and diagnosis of pathological grief. *Clin Psychol Rev.* Jan;20(1):57-75. doi: 10.1016/s0272-7358(98)00089-0. PMID: 10660828.
- Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Stroebe, W., Schut, H. (2001). Introduction: Concepts and issues in contemporary bereavement research. In *Handbook of Bereavement Research. Consequences, Coping, and Care.* American Psychological Association.
- Teddlie, C., & Tashakkori, A. (2009). *Foundations of mixed methods research: Integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences.* Sage.
- Villacieros, M., Serrano, I., Bermejo, J. C., Magaña, M., & Carabias, R. (2014). Social support and psychological well-being as possible predictors of complicated grief in a cross-section of people in mourning. *Anales de Psicología*, 30(3), 944–951. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.154691>
- Watson, J. & Greenberg, L. (1996). Pathways to change in the psychotherapy of depression: Relating process to session change and outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training.* 33. 262-274. 10.1037/0033-3204.33.2.262.
- Warwar, S. H. (2003). *Relating emotional processes to outcome in experiential psychotherapy of depression* [Unpublished doctoral dissertation]. York University, Toronto, Ontario.
- Warwar, S., & Greenberg, L. S. (1999). Client Emotional Arousal Scale – III. Unpublished manuscript, York University, Toronto, Ontario, Canada.
- Whelton, W. J. (2004). Emotional processes in psychotherapy: Evidence across therapeutic modalities. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 58 –71.

Whelton, W. J., & Greenberg, L. S. (2005). Emotion in self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 38, 1583–1595.

Wiser, S. L., & Arnow, B. A. (2001). Emotional experiencing: to facilitate or regulate? *Journal of clinical psychology*, 57 2, 157-68

World Health Organization (2023). International Classification of Diseases 11<sup>th</sup> Revision.

Recovered from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1183832314>