

Universidade da Maia

Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



Ensaio clínico aleatorizado do uso da Tarefa de Cadeira Vazia para danos emocionais interpessoais: Estudo-piloto

Alexandra Marques Paiva, nº 33699

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientação:

Professor Dr. João Salgado

Outubro/2022



Agradecimentos

Após cinco anos de trabalho, dedicação e esforço naquele que foi o meu curso de sonho desde que me lembro, cheguei ao final. A sensação de fechar um capítulo tão grande e importante é agriçoce. Estes anos passaram rápido de mais. Não posso dizer que não foram frutíferos e não posso dizer que não estou feliz e aliviada por chegar até aqui. No entanto, como todos os capítulos marcantes, dá-me a sensação de vazio por já não ser mais estudante e por ter terminado uma época tão bonita. Muitas foram as pessoas que fizeram parte deste trajeto e me acompanharam lado a lado. Um “obrigada” não parece suficiente para agradecer o quão bom foi e é estar aqui.

Quero agradecer do fundo do coração à minha família por estar sempre do meu lado. Ao meu pai, ao meu irmão, à minha mãe e aos meus avós, as pessoas que me conhecem melhor e nunca me abandonam. Ao meu namorado, o meu companheiro e a “minha pessoa”. Para estas pessoas, palavras não chegam.

Quero agradecer ao Professor Dr. João Salgado por toda a partilha de conhecimento e genialidade. Foi uma honra trabalhar junto de um orientador que é, também, um excelente professor, profissional da prática da psicologia clínica e da Terapia Focada nas Emoções.

À equipa da UNIDEP que foram incansáveis em toda a ajuda que me puderam dar, apoiando-me e influenciando o meu crescimento a vários níveis. Em especial, quero agradecer à Dr^a Sara Silva, a orientadora de estágio que marcou o meu percurso pela sua acessibilidade, amabilidade, paciência e disponibilidade, à Dr^a Patrícia, por todas as palavras e pelo sentido de humor. Ao Dr. Ricardo Machado, à Dr^a Beatriz Viana e à Dr^a Isabel Basto, um muitíssimo obrigada.

Por último, mas não menos importantes, quero agradecer aos meus amigos. Os amigos são a família que escolhemos e os meus amigos são isso e são mais. Ao Miguel, à Marta e à Bárbara, os meus fiéis companheiros deste ano. À Rita, uma presença indispensável, espero poder retribuir toda a ajuda. À Vila e à Teresa, sem vocês estes cinco anos não teriam sido tão bons. A todos os outros que, de forma direta ou indiretamente, estiveram presentes, cuidaram de mim quando mais precisava, riram comigo e

me ajudaram a dar sempre mais, o meu muito obrigada. Nada disto seria possível sem vocês, nem teria tanto gosto.

Resumo

Este estudo comparou a eficácia da execução da Tarefa de Cadeira Vazia, tal como praticada pela Terapia Focada nas Emoções para a resolução de assuntos inacabados (“*unfinished business*”) com um outro significativo junto de população que não tenha elevado nível de sintomas de problemas clínicos de saúde mental. Os objetivos foram perceber quais os efeitos da tarefa ao nível da resolução do assunto inacabado e no afeto associado ao outro significativo, na saúde mental e bem-estar psicológico e conhecer qual o *feedback* dos participantes acerca da intervenção realizada. Participaram neste estudo 11 pessoas que foram aleatorizadas em dois grupos, um experimental e um de controlo, de forma a comparar esses mesmos efeitos em vários momentos de avaliação desde o início da intervenção até a um momento de *follow-up*. Os instrumentos de avaliação utilizados foram o *Unfinished Business Resolution Scale* (UFBRs) e o *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS) como medidas principais e o GAD-7, PHQ-9, EBEP, CORE-10, CORE-OM e a Escala de Autoestima. Os resultados obtidos vão ao encontro a outros estudos passados, tendo sido apoiantes da utilização da Tarefa de Cadeira Vazia na resolução de assuntos inacabados com um outro significativo e na diminuição de sintomas ansiógenos.

Palavras-chave: Terapia Focada nas Emoções; Assunto Inacabado; Tarefa de Cadeira Vazia.

Abstract

This study compared the effectiveness of the Empty Chair Task, as practiced by Emotion-Focused Therapy for the resolution of *unfinished business with a significant one* among population that does not have a high level of symptoms of clinical mental health problems. The objectives were to understand the effects of the task on the resolution of the unfinished business and on the affection associated with the significant other, on mental health

and psychological well-being and to know what the participants' *feedback* about the intervention performed. The study included 11 people who were randomized into two groups, one experimental and one control, to compare these same effects at various evaluation moments from the beginning of the intervention to a *follow-up* moment. The evaluation instruments used were the *Unfinished Business Resolution Scale* (UFBRs) and the *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS) as main measures and GAD-7, PHQ-9, EBEP, CORE-10, CORE-OM and the Self-Esteem Scale. The results obtained were in line with previous studies, had been supported by Empty Chair Task in the resolution of unfinished subjects with a significant other and in the reduction of anxiety symptoms.

Keywords: Emotional Focused Therapy; Unfinished Business; Empty Chair Task.

Índice

Introdução	viii
Terapia Focada nas Emoções e o Papel das Emoções	1
Das Experiências Emocionais Dolorosas aos Assuntos Inacabados (<i>“Unfinished Business”</i>) ..	3
Tarefa de Cadeira Vazia para a Resolução de Assuntos Inacabados	5
Estudo Empírico: Ensaio Clínico Aleatorizado da Aplicação da Tarefa de Cadeira Vazia	10
Método	11
Participantes	11
Intervenção.....	12
Medidas e Momentos de Avaliação	13
Procedimentos	19
<i>Procedimentos de Treino dos Investigadores</i>	19
<i>Procedimentos de Recolha de Dados</i>	19
<i>Procedimentos de Análise de Dados</i>	22
Resultados	22
Adesão aos Procedimentos	22
Caracterização dos Resultados Obtidos nas Medidas de Avaliação na Avaliação Inicial ...	25
Efeitos na Resolução do Assunto Inacabado e no Afeto Associado.....	28
<i>Unfinished Business Resolution Scale (UFBRs)</i>	28
<i>Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)</i>	29
<i>Reliable Change Index (RCI)</i>	30
Efeitos a Nível da Saúde Mental e Bem-estar	31
<i>General Anxiety Disorder (GAD-7)</i>	31
<i>Patient Health Questionnaire (PHQ-9)</i>	32

<i>Escala de Bem-Estar Psicológico – Versão Reduzida (EBEP)</i>	33
<i>Escala de Autoestima de Rosenberg</i>	34
<i>Clinical Outcome Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM)</i>	34
<i>Feedback dos participantes sobre a intervenção</i>	34
<i>Experiência</i>	35
<i>Utilidade</i>	36
<i>Satisfação</i>	37
<i>Discussão, Limitações e Estudos Futuros</i>	37
<i>Referências</i>	44

Introdução

O ser humano é um ser intencional, guiado por necessidades e a sua funcionalidade parece estar relacionada com a interação da emoção com a razão (Greenberg, 2012). As emoções estão ligadas às nossas necessidades mais imediatas e essenciais (Pos & Greenberg, 2010). No entanto, as respostas emocionais nem sempre são adaptativas (Greenberg, 2002), pelo que é importante que as pessoas experienciem de forma adaptativa as suas emoções primárias, evitando dificuldades no processamento emocional, respostas emocionais e esquemas emocionais desadaptativos, que são resultado de aprendizagens anteriores (Edwards & Wupperman, 2018; Herrmann & Auszra, 2019).

Na Terapia Focada nas Emoções, o cliente e o terapeuta funcionam como uma equipa em prol da concretização de objetivos mutuamente acordados (Greenberg, 2014), utilizando as emoções como fonte de significados e como recurso para a intervenção. Esta intervenção é feita momento a momento e guiada por marcadores que dão origem à aplicação de tarefas terapêuticas para a resolução de diferentes problemáticas (Elliott & Greenberg, 2007; Murphy et al., 2017).

Segundo a perspetiva da Terapia Focada nas Emoções, a impossibilidade ou dificuldade de reconhecer, trabalhar ou exprimir emoções associadas a um outro significativo é um indicador claro de um problema específico de processamento emocional, designadamente, um assunto inacabado (“*unfinished business*”) (Greenberg, 2010, 2014). Em resposta a este problema, durante a intervenção terapêutica, é aplicada a Tarefa de Cadeira Vazia (Greenberg & Foerster, 1996). Esta tarefa caracteriza-se por um encontro e diálogo imaginários entre o cliente e o outro significativo em sessão, com o objetivo de aceder às emoções, sentimentos e necessidades reprimidas e expressá-las (Greenberg & Malcolm, 2002; Greenberg & Meneses, 2019).

O presente estudo focou-se na Tarefa de Cadeira Vazia e, inspirado no módulo seis do manual de autoajuda de Kwatra et al., (2022), procurou perceber quais os efeitos obtidos com uma intervenção de duas sessões a diferentes níveis: na resolução do assunto inacabado e no afeto associado a uma relação com um outro significativo, e em indicadores da saúde mental e bem-estar junto de população não-clínica ou que não sofra de psicopatologia grave. Para isso, desenhou-se um ensaio clínico aleatorizado de pequena dimensão, onde foram criados dois grupos (experimental e controlo). O grupo experimental teve acesso a duas sessões onde a Tarefa de Cadeira Vazia foi realizada de forma autoguiada. O grupo de controlo foi constituído como uma lista de espera. Ambos os grupos foram avaliados em momentos equivalentes. Pretende-se, deste modo, recolher dados que sustentem o desenvolvimento de um ensaio de maiores dimensões.

Terapia Focada nas Emoções e o Papel das Emoções

As emoções têm um papel crucial para o ser humano na medida em que se distinguem dos pensamentos, crenças, comportamentos e motivações e estão na base da informação captada e da tendência para a ação (Greenberg, 2019). De acordo com a Teoria das Emoções, as emoções, sejam elas agradáveis ou desagradáveis, são uma componente naturalmente adaptativa da funcionalidade humana (Elliott & Greenberg, 2007), surgem pré-consciência e auxiliam as pessoas a responder de forma rápida aos eventos, selecionando as opções mais vantajosas, simplificando decisões, eliminando problemas e garantindo a resposta às necessidades (Greenberg, 2012, 2014).

Através das emoções criam-se esquemas emocionais, um armazenamento da informação emocional e somática de cada evento que está na base do sistema de resposta emocional, não sendo diretamente acessíveis à consciência e criado em função das nossas vivências (Greenberg, 2012, 2014). Os esquemas emocionais são, posteriormente, ativados em situações semelhantes, resultado da aprendizagem anterior e influenciando a tomada de decisões futuras (Edwards & Wupperman, 2018; Elliott & Greenberg, 2007; Greenberg, 2019). É crucial que as pessoas experienciem de forma adaptativa as suas emoções primárias, evitando dificuldades no processamento emocional, respostas emocionais e esquemas emocionais desadaptativos (Edwards & Wupperman, 2018; Herrmann & Auszra, 2019).

A Terapia Focada nas Emoções tem origem na Gestalt e é uma terapia centrada na pessoa, prioriza a relação terapêutica empática e co-construtiva e a facilitação do trabalho terapêutico, utilizando as emoções como fonte de significados e como recurso para a intervenção, para o crescimento e para o processamento emocional (Elliott, 2012; Elliott & Greenberg, 2007; Greenberg, 2010, 2014), esta que é feita momento a momento guiada por marcadores terapêuticos identificados que levam o terapeuta à aplicação de tarefas terapêuticas

distintas para as diferentes problemáticas (Murphy et al., 2017; Pos & Greenberg, 2007; Shahar et al., 2012; Paivio, 2013).

A Terapia Focada nas Emoções é, também, um modelo empiricamente suportado para a depressão (Goldman et al., 2006), trauma complexo (Paivio, 2013; Mlotek & Paivio, 2017), terapia de casal (Meneses & McKinnon, 2019) e ansiedade (Watson et al., 2019) e várias investigações têm dado sustento à aplicação da TFE nestas problemáticas.

Para além disso, a Terapia Focada nas Emoções defende vários princípios básicos para a relação e o trabalho terapêutico de forma a facilitar o processo terapêutico (Elliott, 2012), visando promover a capacidade de os clientes acederem a informação importante sobre si mesmos através das emoções, usando-as de uma forma mais adaptativa (Pos & Greenberg, 2007; Shahar et al., 2012). O terapeuta prioriza e aceita o cliente, reconhece-o como tão humano quanto ele próprio, percecionando-o e à sua experiência como única, pessoal e autêntica e estando inteiramente dedicado, acompanhando-o momento a momento, mantendo uma postura empática e ouvindo o outro como se dele mesmo se tratasse (Elliott & Greenberg, 2007; Greenberg & Elliot, 1997; Watson, 2019).

A intervenção terapêutica procura mobilizar e reconstruir a tendência do evitamento de emoções negativas e tem como princípio base mudar emoções utilizando emoções, promovendo a mudança duradora com o trabalho direto com o sistema emocional – consciência, regulação, simbolização/reflexão, transformação. Através do potencial adaptativo das emoções, cliente e terapeuta trabalham a transformação dos esquemas emocionais desadaptativos, promovendo um maior ajustamento e funcionalidade (Greenberg, 2012, 2019).

Das Experiências Emocionais Dolorosas aos Assuntos Inacabados (“*Unfinished Business*”)

Através das emoções obtemos informação do ambiente que nos envolve e das nossas respostas perante o mesmo (Greenberg, 2012). Em situações agradáveis, emoções como a alegria e a surpresa, tendencialmente, confortam-nos e impulsionam um estado de humor positivo. Por outro lado, em situações menos positivos, é possível que surjam emoções menos agradáveis, como a tristeza ou a raiva. Quando sentimos algum desagrado perante emoções, podemos sentir necessidade de as ignorar ou evitar (Greenberg, 2014; Greenberg & Watson, 2006). Algumas experiências que desencadeiam raiva, tristeza ou dor são esquecidas e perdem a importância com o tempo, outras permanecem e criam mal-estar significativo quando emergem e, mesmo que certos pormenores não estejam mais presentes e salientes, as emoções ficam armazenadas na memória emocional (Greenberg, 2002; Rohde et. al, 2015).

Em circunstâncias em que nos sentimos desagradados com algo ou com alguém significativo como, por exemplo, abandonados, rejeitados e/ou magoados, é natural que a nossa reação emocional seja de tristeza ou raiva (Greenberg, 2012). Estes comportamentos podem ser perpetuados por pais ou cuidadores, amigos, parceiros amorosos ou qualquer outra pessoa que seja considerada importante, causando mal-estar significativo e prevalente, sobretudo se houver dificuldade em lidar com a própria experiência emocional (Elliot et al., 2004; Greenberg, 2014). No surgimento dessas emoções, sentidas como “negativas” pelas suas características menos agradáveis, é natural que exista alguma relutância em experienciá-las, é normal que se procure fugir da “dor”, física ou emocional, pelo que gostaríamos de estar sempre felizes e agradados (Greenberg & Watson, 2006). Neste ponto, existem duas linhas principais de ação: podemos optar por ignorar, rejeitar e evitar sentir essas emoções ou, por outro lado, podemos integrá-las na nossa experiência e vivê-las na totalidade, adaptando-as (Greenberg, 2012; Izard et al., 2008). Todavia, ter medo das emoções, controlar ou rejeitar as

emoções com o objetivo de nos protegermos, sejam elas sentidas como agradáveis ou desagradáveis, pode não ser o melhor caminho a seguir (Greenberg, 2012; Greenberg & Watson, 2006; Pos & Greenberg, 2007).

Na condição de reprimirmos as emoções, estamos a adotar uma postura evitante e a impedir que a informação proveniente dessas emoções complete a nossa experiência face a um evento ou pessoa, resultando num bloqueio emocional. Segundo a perspectiva conceptual assumida pela Terapia Focada nas Emoções, diremos que existirão dificuldades no processamento emocional (Greenberg, 2002). Este enviesamento no processamento emocional vai condicionar a nossa capacidade de interpretar e adaptar as nossas emoções (Izard et al., 2008). Imaginemos, por exemplo, um filho que se sente magoado e triste com um comportamento do seu pai: no caso desta tristeza ser rejeitada e reprimida, é possível que se mantenha inalterada e que irrompa de forma abrupta e inesperada, podendo ter impacto indireto no seu bem-estar e na relação com o pai. No entanto, utilizando o mesmo exemplo, se o filho reconhecer, aceitar e aprender a dar um melhor uso à emoção tristeza, a sua experiência será mais adaptativa. Em consequência, irá aumentar o seu contacto com as suas emoções face a eventos específicos e as suas competências de regulação emocional (Greenberg, 2010; Greenberg & Malcom, 2002).

Segundo a perspectiva da Terapia Focada nas Emoções, a impossibilidade ou dificuldade de reconhecer, trabalhar ou exprimir estas emoções associadas a outra pessoa significativa é um indicador claro de um problema específico de processamento emocional, designadamente, um assunto inacabado (Greenberg, 2010, 2014). Ou seja, um assunto inacabado consiste na ausência de resolução de um dano emocional na relação com um outro significativo, sendo fruto do evitamento, rejeição ou impossibilidade de expressar as emoções e a dor emocional de uma forma adaptativa, podendo tomar formas diversas, tais como arrependimento, raiva, culpa

ou remorso (Greenberg & Foerster, 1996; Greenberg & Meneses, 2019; Klingspon et al., 2015; Pos & Greenberg, 2007).

As emoções reprimidas, nomeadamente, a raiva e a tristeza, podem espoletar ou estar associadas a sintomas ansiógenos e depressivos o que, naturalmente, influencia a saúde mental das pessoas (Greenberg & Watson, 2006). Quando os assuntos inacabados estão relacionados a eventos traumáticos, os sintomas são, por norma, mais graves (Paivio & Greenberg, 1995).

Em Terapia Focada nas Emoções, a tarefa terapêutica da cadeira vazia é usada quando surgem sinais de assuntos inacabados, ou seja, na circunstância de, num dado momento da sessão, o cliente expressar uma emoção específica de dor, culpa ou raiva associada a uma outra pessoa significativa ou a um evento específico do passado e que, no momento, influencia o bem-estar do cliente (Elliot et. al, 2004; Greenberg & Meneses, 2019).

Tarefa de Cadeira Vazia para a Resolução de Assuntos Inacabados

Em resposta à necessidade de resolver, durante a intervenção terapêutica, os assuntos inacabados e possibilitar a expressão de sentimentos rejeitados a um outro significativo (Greenberg & Watson, 2006; Paivio & Greenberg, 1995), surgiu, através da Gestalt Terapia, uma ferramenta terapêutica útil: a Tarefa de Cadeira Vazia ou Diálogo de Cadeira Vazia (Greenberg & Foerster, 1996). Esta tarefa caracteriza-se por um encontro e diálogo imaginários entre o cliente e o outro significativo em sessão e tem como objetivo aceder às emoções, sentimentos e necessidades guardadas e reprimidas relacionadas com esse outro significativo e a relação entre ambos (Greenberg & Malcolm, 2002; Greenberg & Meneses, 2019; Paivio & Greenberg, 1995).

Para a resolução dos assuntos inacabados pretende-se mobilizar as necessidades não correspondidas e para isso é necessário aceder inteiramente ao conteúdo emocional do cliente (Greenberg & Meneses, 2019). Aceder às emoções e às memórias emocionais é uma das

melhores formas de as alterar. Por ser um trabalho sensível e pessoal para o cliente, o apoio, a autenticidade e postura empática do terapeuta são muito importantes, pois vão promover a confiança, o controlo e a segurança necessária para imergir nas experiências emocionais (Greenberg & Elliott, 1997).

Na aplicação deste exercício terapêutico, o cliente, numa posição de envolvimento com a tarefa e através da imaginação e do *role-play*, tem a possibilidade de trazer para um ambiente seguro e facilitador o outro significativo e, em consequência, finalizar o assunto inacabado existente (Greenberg & Meneses, 2019). Ou seja, este método é facilitador do processamento das emoções negativas mal resolvidas e foi desenvolvido não só com o intuito de auxiliar na resolução de assuntos inacabados, mas também na terapia para a depressão e problemas interpessoais (Greenberg & Malcolm, 2002).

Em sessão e com a utilização da tarefa, o cliente tem oportunidade de reviver memórias que lhe despertam as emoções que suprimiu no passado e expressá-las, reestruturando-as (Elliott et al., 2004). Este trabalho possibilita a modificação dos esquemas emocionais através da descrição do evento, da experiência e do impacto na sua vida (Greenberg & Malcolm, 2002; Greenberg & Watson, 2006; Mlotek & Paivio, 2017). Em resultado, a Tarefa de Cadeira Vazia e o trabalho subjacente reduzem eficazmente a perceção hostil do outro na relação, aumentam a autoaceitação e, ainda, parecem trazer melhorias significativas para a sintomatologia ansiógena e depressiva e na gestão e controlo de raiva e de irritabilidade, cumprindo os objetivos do trabalho terapêutico (Greenberg & Malcom, 2002; Greenberg & Watson, 2006; Paivio & Greenberg, 1995).

Com a aliança terapêutica estabelecida e perante a ocorrência de um marcador de assunto inacabado, o terapeuta deve propor a execução da tarefa e comunicar ao cliente os benefícios da mesma. Em algumas circunstâncias, os terapeutas têm receio de propor a tarefa aos clientes com medo de que estes se sintam abandonados, mas, pelo contrário, por norma, os

clientes apreciam a oportunidade de expressarem os seus sentimentos e, quando bem apoiados, não se sentem sozinhos no processo. Após o consentimento do cliente, o terapeuta deve apoiá-lo na evocação do outro significativo, na expressão das suas emoções e nos momentos adversos que daí possam surgir (Elliott et al., 2004; Greenberg, 2002; Greenberg & Watson, 2006).

Durante o processo de evocação do outro significativo e do evento passado em que este não respondeu às necessidades do cliente, o cliente necessita da presença de um terapeuta responsivo e empático (Greenberg & Elliott, 1997) que o guie na exploração e expressão das emoções inacabadas de forma a facilitar o processo (Elliott et al., 2004; Greenberg & Watson, 2006).

Após o reconhecimento mútuo da diáde de um marcador de assunto inacabado, surge a fase de preparação e iniciação, que ocorre após a recolha do consentimento do cliente para a execução da tarefa de cadeira vazia. Inicialmente, o cliente deve ter a possibilidade de posicionar as cadeiras de forma a sentir-se o mais confortável possível para iniciar a atividade e imaginar o outro significativo, falar com ele livremente, expressar o que precisava dele e de que forma as suas necessidades não foram correspondidas, relatando os sentimentos que guarda em relação a esta falha do outro para com ele (Elliott et al., 2004; Elliott, 2012). Estas necessidades pertencem ao cliente e este tem direito a expressá-las, mesmo que, em algum momento, tenha sido convencido do contrário. Esta expressão separa o cliente do evento e do outro significativo, dando-lhe sentido de poder e independência (Greenberg & Watson, 2006).

No momento inicial de imaginação e diálogo do cliente com o outro significativo, é importante que o contacto entre eles seja estabelecido, garantindo que o cliente experiencie a presença do outro significativo, de forma direta e imediata, reativando as suas emoções; o papel do terapeuta passa também por reconhecer o evitamento, consciencializar o cliente dessas dificuldades e apoiá-lo a sentir as emoções sem as bloquear (Elliott et al., 2004; Greenberg & Watson, 2006).

Após a expressão dos sentimentos e das necessidades não correspondidas, é esperado que o cliente comece a compreender e atribuir significados às suas emoções emergentes. Mais uma vez, isto só é possível com a ajuda do terapeuta que, através de uma postura empática e de validação, permite ao cliente ter um discurso na primeira pessoa e um espaço e tempo unicamente dedicado a si e facilitador da mudança (Elliott et al., 2004; Elliott, 2012; Greenberg & Elliott, 1997; Greenberg & Watson, 2006). Nesta reestruturação, o cliente pode mudar de cadeira e alternar entre si e o outro significativo, interpretando ambos os papéis, o que vai incitar a mudança de perspectiva do cliente face ao outro significativo (Elliott, 2004; Elliott, 2012; Greenberg & Foerster, 1996; Greenberg & Watson, 2006).

Se outrora o cliente percecionava o outro significativo como negativo, nesta fase do processo poderá percebê-lo como alguém com os seus próprios problemas e motivações, podendo até aceitá-lo. O cliente poderá percecionar o outro como menos poderoso e, com a ajuda do terapeuta, elabora uma nova imagem e ideia desta pessoa (Elliott et al., 2004; Greenberg & Watson, 2006).

É esperado que o cliente se erga sobre a situação e liberte as emoções e sentimentos que estariam reprimidos e que manteriam o seu mal-estar, autoafirmando-se e possibilitando a mudança de perspectiva que tem de si mesmo. Anteriormente, o cliente percecionava-se como inferior e como vítima e, neste ponto, reconhece o seu empoderamento. Na sua nova posição, o cliente pode entender, perdoar ou ter o outro significativo em consideração (Paivio & Greenberg, 1995; Greenberg & Malcolm, 2002; Elliott et al., 2004).

Esta tarefa, originária na Terapia Gestalt foi, entretanto, investigada (1993) e depurada a partir de um procedimento de *task analysis* pela Terapia Focada nas Emoções. Neste sentido, Greenberg e Foerster (1996) tiveram como objetivo central compreender a sua eficácia para a resolução de assuntos inacabados e resolver possíveis limitações e constrangimentos da sua utilização, criando um modelo mais simples e conciso.

No ano anterior, Paivio e Greenberg (1995) desenvolveram um estudo comparativo entre um grupo em que realizou a Tarefa de Cadeira Vazia e outro que recebeu apenas psicoeducação e formação sobre a resolução para assuntos inacabados, sem a componente experiencial. Os resultados obtidos apontaram que a utilização da Tarefa de Cadeira Vazia nos participantes do grupo experimental teve um impacto significativo na diminuição dos sintomas, na resolução do assunto inacabado, sobretudo devido à diminuição da hostilidade para com o outro significativo e o aumento da aceitação e empoderamento quando comparados aos elementos do grupo que não executou a tarefa.

Outras aplicações baseadas no mesmo conceito da Tarefa de Cadeira Vazia têm vindo a ser aplicadas e a mostrar resultados positivos. Um estudo desenvolvido por Field e Horowitz (1998) implementou uma Tarefa de Cadeira Vazia com o cônjuge para a resolução de luto não-resolvido em 6 e 14 meses. Os resultados apontaram para uma correlação entre a dificuldade de fazer o luto conjugal e a sintomatologia depressiva, na qual a tarefa aplicada teve um impacto positivo na medida que possibilitou uma mudança nos sintomas experienciados e na resolução do processo de luto.

Greenberg e Malcom (2002) fizeram um estudo onde foi aplicada a Tarefa de Cadeira Vazia com pessoas que sofreram com vários problemas interpessoais e maus-tratos no desenvolvimento. Os resultados obtidos apontaram que várias pessoas tiveram uma mudança significativa nos seus sintomas, na relação com o outro significativo e na percepção que tinham dele. Posteriormente, Greenberg et al. (2008) realizaram um estudo semelhante onde juntaram uma análise dos parâmetros de perdão e *“letting go”*, envolvendo dois grupos, um experiencial que executava a Tarefa de Cadeira Vazia e outro grupo que recebeu tratamento apenas com recurso a psicoeducação. Os resultados mostraram que o grupo experimental obteve melhorias a todos os níveis de sintomatologia e resolução mais significativas do que o outro grupo.

Outros estudos desenvolvidos têm vindo a sustentar a aplicação da Tarefa de Cadeira Vazia para situações de trauma complexo (Paivio et al., 2001; Paivio et al., 2010; Paivio & Nieuwenhuis, 2001). Paivio et al. (2010) avaliou e comparou a utilização da Tarefa de Cadeira Vazia na versão mitigada da IC (“*imaginal confrontation*”) com o recurso único à exploração empática com pessoas com histórico de maus-tratos e abusos no desenvolvimento. Os resultados deste estudo indicaram que, ainda que a exploração empática seja uma técnica útil e benéfica, a aplicação da IC obteve resultados e mudanças clinicamente mais significativas ao longo do processo e em *follow-up*.

Estudo Empírico: Ensaio Clínico Aleatorizado da Aplicação da Tarefa de Cadeira Vazia

Apesar de existir variada investigação no âmbito da aplicação da Tarefa de Cadeira Vazia, quer na sua constituição, quer na sua utilização clínica, não encontramos na literatura investigação sobre o uso desta tarefa em população sem problemas ou com problemas ligeiros de saúde mental nas últimas duas décadas. Danos emocionais ocorridos em relações interpessoais são frequentes, mesmo na ausência de psicopatologia (Greenberg & Meneses, 2019). Nesse sentido, poder-se-á advogar que esta tarefa poderá ser útil no apoio a população não-clínica. Além disso, o estudo da Tarefa de Cadeira Vazia decorreu, maioritariamente, como uma técnica usada em conjunto com muitas outras, pelo que ainda são largamente desconhecidos os efeitos diretos específicos desta tarefa. Teoricamente é assumida como uma tarefa com impacto positivo no bem-estar das pessoas, mas importará dar mais sustentação empírica à eficácia da técnica de Tarefa de Cadeira Vazia, numa lógica de “*dismantling*”, ou seja, do estudo dos seus efeitos específicos. Finalmente, esta técnica tem sido aplicada em contextos de psicoterapia individual, pelo que largamente ainda se desconhece o seu potencial quando aplicada em grupo e em contextos não-clínicos – por exemplo, em programas mais centrados no desenvolvimento de competências ou de resolução de problemas específicos.

Este estudo nasce como uma resposta inicial a estes desafios. Inspirado no módulo seis do manual de autoajuda de Kwatra et al., (2022), tem como principal objetivo testar o efeito da Tarefa de Cadeira Vazia aplicada no contexto de uma intervenção em grupo e de um modo autoguiado, em população que não tenha elevado nível de sintomas associados a problemas de saúde mental. Concretamente, este estudo pretende responder às seguintes questões: 1) Que efeitos são obtidos com esta intervenção de duas sessões a nível da resolução do assunto inacabado e no afeto associado a uma relação com o outro significativo?; 2) Que efeitos tal intervenção tem a nível da saúde mental e bem-estar?; por último, 3) Que feedback dão os participantes sobre as sessões e o processo de intervenção?.

Método

Participantes

O presente estudo contou com 11 participantes (população não-clínica), 8 do sexo feminino (72.7%) e 3 do sexo masculino (27.3%), com idades compreendidas entre os 22 e os 29 anos ($M = 24$, $DP = 2.316$). A maioria dos participantes tinha como habilitações literárias o ensino superior (81.8%) e caracterizou a sua atividade como trabalhador/a-estudante (45.4%) (ver tabela 1).

Os participantes foram aleatoriamente distribuídos entre um grupo de intervenção e um grupo de controlo, que ficou em lista de espera. Inicialmente, foram 12 os participantes inscritos, 6 no grupo de intervenção e 6 no grupo de controlo. Após o *drop-out* de um dos participantes ao longo do processo, o grupo de intervenção ficou com 5 participantes, resultando na totalidade de 11 participantes.

Todos os participantes concordaram e consentiram com o estudo a ser realizado e com a utilização da sua participação como recurso para o mesmo após a entrega do Consentimento Informado elaborado para o projeto.

A equipa de investigação foi composta pela mestranda Alexandra Paiva, que se encontrava na fase de finalização do ciclo de estudo no Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, e por uma colega doutoranda com 6 anos de experiência clínica em Terapia Focada nas Emoções, de forma a monitorizar o progresso dos participantes de modo que, caso existisse alguma queixa de problemas de saúde mental no decurso da intervenção, as mesmas pudessem ser devidamente atendidas e, se necessário, encaminhadas para serviços específicos.

Tabela 1. *Caracterização da Amostra – Dados Sociodemográficos*

Características	<i>n</i>	%
Sexo		
Feminino	8	72.7
Masculino	3	27.3
Idade		
20-25 anos	6	54.5
25-30 anos	5	45.5
Habilitações literárias		
Ensino Secundário	2	18.2
Ensino Superior	9	81.8
Atividade atual		
Estudante	1	9.1
Trabalhador	4	36.4
Trabalhador-Estudante	5	45.4
Desempregado	1	9.1

Intervenção

A intervenção teve por base os procedimentos desenvolvidos e avaliados na dissertação de mestrado elaborada na Universidade da Maia por Silva (2021) intitulada “Tarefa de Cadeira Vazia para transformação e danos emocionais interpessoais: Estudo piloto de uma intervenção

breve em grupo.” A intervenção consistiu em duas sessões de intervenção de grupo em formato *online* (plataforma *Zoom*), com duração de 90 minutos, com o intervalo de uma semana entre cada uma. Nas sessões, num primeiro momento, os participantes entraram em contacto com a sua experiência face a um assunto inacabado através da prática da Tarefa de Cadeira Vazia, tal como é praticada na Terapia Focada nas Emoções e, posteriormente, tiveram a oportunidade de partilhar com o grupo a sua experiência da tarefa. Foi dada a instrução aos participantes para repetirem a tarefa em casa, entre sessões, disponibilizando-se para o efeito um áudio e um texto com as instruções.

Medidas e Momentos de Avaliação

Questionário Sociodemográfico – aplicado com o objetivo de recolher dados gerais sobre os participantes, nomeadamente, idade, sexo, nível de escolaridade e situação profissional.

Perguntas de Triage – aplicadas com o objetivo de aferir e verificar o cumprimento dos critérios de inclusão. As questões colocadas foram as seguintes: 1) Tem neste momento algum problema de saúde mental (por exemplo, depressão, ansiedade, ou outro?); 2) Encontra-se a tomar medicação para algum problema de saúde mental?; 3) Existe alguma situação no seu passado com alguém significativo (por exemplo, pai, mãe, irmão, namorado/a, ...) que lhe tenha causado grande sofrimento? Sim ou não? e, em caso afirmativo à pergunta anterior, 4) Até que ponto é que essa relação ainda o/a afeta ou emociona negativamente quando fala ou se lembra dela?. Para a última questão, foram disponibilizadas as seguintes respostas: 1) Não afeta nada; 2) Afeta pouco; 3) Afeta alguma coisa e 4) Afeta muito.

Clinical Outcome Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM) – este instrumento de 34 itens foi aplicado com o objetivo de realizar uma avaliação mais completa ao bem-estar e

saúde psicológica dos participantes. Os 34 itens estão agrupados de acordo com a avaliação do bem-estar subjetivo (4 itens), das queixas e sintomas presentes (12 itens), do funcionamento social e pessoal (12 itens) e de comportamentos de risco (6 itens), organizados numa escala de Likert de 0 (“nunca”) a 4 (“sempre ou quase sempre”). Resultados compreendidos entre 0 e 10 representam sintomatologia subclínica, entre 10 e 14 sintomatologia ligeira, entre 15 e 19 sintomatologia moderada, entre 20 e 24 sintomatologia moderada-severa e valores entre 25 e 40 representam sintomatologia severa. No que diz respeito à consistência interna deste instrumento, esta apresentou boas propriedades psicométricas ($\alpha = .94$; Sales, et al., 2012).

Clinical Outcome Routine Evaluation – 10 (CORE-10) – uma versão reduzida do CORE-OM, conta com 10 itens e foi aplicado como medida de triagem e revisão clínica, incluindo subescalas de avaliação de comportamentos de risco, de sintomatologia ansiógena, depressiva, de trauma e de problemas físicos, organizados numa escala de Likert de 0 (“nunca”) a 4 (“sempre ou quase sempre”). O valor 10 corresponde ao ponto de corte deste instrumento de avaliação, os valores obtidos entre 0 e 5 significam que a população é subclínica, entre 6 e 10 representam sintomatologia baixa, entre 11 e 14 representam sintomatologia ligeira, entre 15 e 19 a sintomatologia é considerada moderada, valores entre 20 e 24 representam sintomatologia moderada a severa e valores superiores a 25 são considerados como sintomatologia severa. No que diz respeito à consistência interna deste instrumento, o seu valor indica uma forte covariância entre os itens ($\alpha = .90$; Barkham et al., 2013).

General Anxiety Disorder (GAD-7) – elaborado por Spitzer et al., (2006), este instrumento é utilizado como recurso para a avaliação da sintomatologia ansiógena, sendo constituído por sete questões referentes a sintomas de ansiedade baseadas no DSM-5 e permite clarificar se a sintomatologia é subclínica (valores entre 0 e 4), baixa (valores ente 5 e 9), moderada (valores

entre 10 e 14) ou severa (valores entre 15 e 21). Este instrumento revelou ter uma consistência interna adequada tanto na versão original ($\alpha = .92$) como na versão portuguesa ($\alpha = .88$; Sousa, et al., 2015).

Patient Health Questionnaire (PHQ-9) – este questionário que revelou boas propriedades psicométricas na sua versão original ($\alpha = .86$; Kroenke et al., 2001) e na versão portuguesa ($\alpha = .77$; Ferreira, et al. 2018) avalia sintomatologia depressiva. Este instrumento é constituído por 9 itens relativos a sintomas depressivos numa escala de Likert de 4 pontos (0 = “nunca” a 3 = “em quase todos os dias”), a sua pontuação máxima é de 27 pontos e valores compreendidos entre 1 e 4 representam sintomatologia mínima/subclínica, 5 a 9 sintomatologia baixa, 10 a 14 moderada, 15 a 19 moderada-severa e 20 a 27 severa. O seu ponto de corte é o valor 10.

Escala de Bem-Estar Psicológico – Versão Reduzida (EBEP – Versão Reduzida) – este instrumento, cuja versão original foi desenvolvida por Ryff (1989) foi aplicado com o objetivo na sua versão de 18 itens com o objetivo de medir a aceitação de si, as relações positivas com os outros, o domínio do meio, o crescimento pessoal, os objetivos de vida e a autonomia através de afirmações que serão respondidas numa escala de Likert entre “1 = Discordo Completamente” e “6 = Concordo Completamente”. A sua versão portuguesa foi desenvolvida por Ferreira e Simões (1999) e revelou boas propriedades psicométricas com o índice de consistência interna de .84.

Unfinished Business Resolution Scale (UFBRs) – este instrumento foi desenvolvido por Singh (1994) e aplicado de forma a permitir aceder ao assunto inacabado experienciado pelas pessoas em relação a um outro significativo e avaliar a sua prevalência, avaliando também o grau de angústia perante as emoções e sentimentos persistentes, perceção das necessidades não atendidas, perceção de si e perceção do outro. Este instrumento é constituído por 14 perguntas

relativas ao sentimento atual face ao dano emocional com alguém numa escala de Likert de 5 pontos (1 = “nada ou quase nada” a 5 = “muito”). Nesta escala, um aumento do valor obtido tem implícito um processo de aceitação, compaixão ou “*letting go*” em relação ao outro significativo (e.g., “Cheguei a um apaziguamento sobre não conseguir o que quero ou preciso dessa pessoa”). Assim, resultados baixos e com tendências a descer estão relacionados com a ausência de mudança positiva na relação com o outro significativo (e.g., “*Sinto-me frustrado por não ter as minhas necessidades atendidas por essa pessoa*”). Este instrumento reportou valores adequados de consistência interna ($\alpha = .73 - .81$) e altas correlações entre as mudanças no UFBRS e entre outras medidas avaliativas, segundo um estudo feito por Paivio e Greenberg (1995).

Escala de Autoestima de Rosenberg – este instrumento elaborado por Rosenberg (1965) foi adaptado para a população portuguesa por Luísa Faria (2000) e tem como objetivo conhecer o valor que as pessoas atribuem a si mesmas e é constituído por 10 itens, 5 de conotação positiva (e.g., “*Globalmente estou satisfeito/a comigo próprio*”) e 5 de conotação negativa (e.g., “*Por vezes penso que nada valho*”) aplicada em formato de escala de Likert com 6 opções de resposta que variam entre “Concordo totalmente” e “Discordo totalmente”. Uma pontuação mais elevada vai representar um maior e melhor conceito sobre si mesmos e uma maior valorização do self, ou seja, a existência de autoestima. Pelo contrário, uma pontuação final mais reduzida representa uma baixa autoestima e, em consequência, uma desvalorização dos indivíduos sobre si mesmos. Num estudo realizado, a consistência interna revelou-se adequada e com boas propriedades psicométricas ($\alpha = .86$; Santos & Maia, 2003).

Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) – este instrumento foi aplicado com a finalidade de avaliar os afetos positivos (AP) e os afetos negativos (AN), dimensões gerais que descrevem e medem o estado afetivo, o humor e o afeto experienciados pelos participantes

relativamente a um outro significativo através de uma escala entre “1 = Nada ou muito ligeiramente” e “5 = Extremamente”. Ao nível da consistência interna, os valores dos afetos positivos e negativos reportados pela versão portuguesa ($\alpha = .86$ e $.89$) são de magnitude idêntica à da versão original ($\alpha = .88$ e $\alpha = .87$). Assim como ao nível da correlação entre as duas dimensões do instrumento, afetos positivos e afetos negativos, a escala original é de $-.17$ e da versão portuguesa é de $-.10$ (Galinha & Ribeiro, 2005).

Questionário Final de Sessão – foi realizado um levantamento do *feedback* de todos os participantes do grupo de intervenção no final de cada sessão com o intuito de conhecer o nível de satisfação e utilidade com a sessão através de uma escala de Likert que varia entre “1 = Nada satisfeito” e “5 = Muito satisfeito” e de perguntas abertas referentes a sugestões de melhorias e um tipo de partilha mais detalhada acerca da experiência.

Entrevista Final de Processo – foi realizada duas semanas após a última sessão de intervenção em *follow-up* e teve o objetivo de obter um *feedback* mais global sobre o processo de intervenção, a experiência de cada participante do grupo experimental, nomeadamente com realização da tarefa de cadeira vazia e ao nível de sugestões de melhoria a serem implementadas em estudos futuros. As questões elaboradas foram as seguintes: 1) Como avalia a utilidade desta intervenção? (1 = Nada útil, 2 = Pouco útil, 3 = Moderadamente útil, 4 = Bastante útil e 5 = Muito útil); 2) Explícite, por favor, os motivos da sua respostas; 3) Como avalia a sua satisfação com esta intervenção? (1 = Nada satisfeito, 2 = Pouco satisfeito, 3 = Moderadamente satisfeito, 4 = Bastante satisfeito e 5 = Muito satisfeito); 4) Explícite, por favor, os motivos da sua resposta; 5) Tem alguma sugestão de melhoria?; 6) Este estudo procura analisar potenciais vantagens e desvantagens de efetuar a tarefa de cadeira vazia de forma autónoma. Qual o seu *feedback* a esse respeito?

Nas tabelas 2 e 3 estão apresentados os instrumentos e momentos de avaliação nos grupos de intervenção e controlo.

Tabela 2. *Instrumentos e Momentos de Avaliação no Grupo de Intervenção (G.I.)*

	T0	T1	T2	T3	T4	T5
Escala de Afetos Positivos e Negativos (PANAS)		x	x	x	x	x
UFBRS – Unfinished Business Resolution Scale		x	x	x	x	x
CORE-OM – avaliação dos resultados da intervenção psicológica dirigida a questões de saúde mental		x		x		x
CORE-10	x					
Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	x	x		x		x
Generalised Anxiety Disorder Assessment (GAD-7)	x	x		x		x
Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP)		x				x
Escala de Autoestima de Rosenberg		x				x
Questionário Sociodemográfico	x					
Perguntas de triagem	x					
Questionário de final de sessão			x		x	
Questionário de final de processo						x

Tabela 3. *Instrumentos e Momentos de Avaliação no Grupo de Controlo (G.C.)*

	T0	T1	T2	T3	T4	T5
Escala de Afetos Positivos e Negativos (PANAS)		x			x	x
UFBRS – Unfinished Business Resolution Scale		x			x	x
CORE-OM – avaliação dos resultados da intervenção psicológica dirigida a questões de saúde mental		x			x	x
CORE-10	x					
Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	x	x			x	x
Generalised Anxiety Disorder Assessment (GAD-7)	x	x			x	x

Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP)	x	x
Escala de Autoestima de Rosenberg	x	x
Questionário Sociodemográfico	x	
Perguntas de triagem	x	

Procedimentos

Procedimentos de Treino dos Investigadores

Numa primeira fase, a equipa de investigadores foi alvo de treino na execução da tarefa específica de cada estudo realizado proveniente da Terapia Focada nas Emoções com o auxílio da colega doutoranda e terapeuta.

A investigadora do presente estudo desempenhou em três momentos o papel de cliente num *role-play* onde a Tarefa da Cadeira Vazia foi aplicada, ao longo de duas semanas. Um desses *role-play* foi gravado em áudio e vídeo para ser utilizado como exemplo para os participantes do grupo de intervenção na sessão 1. Ainda, nas sessões de treino, a investigadora teve oportunidade de praticar a aplicação da Tarefa de Cadeira Vazia, facilitando a gravação do áudio com as instruções para execução da mesma, também disponibilizado aos participantes do grupo experimental.

Procedimentos de Recolha de Dados

Os participantes deste estudo foram selecionados através de amostragem por conveniência. O estudo foi divulgado, principalmente, junto dos alunos da Universidade da Maia com a divulgação de um póster, através do e-mail institucional e através das redes sociais online dos elementos da equipa de investigação, bem como nos seus círculos sociais (e.g., conhecidos/as, amigos/as, familiares). Todos os participantes foram recrutados de forma totalmente voluntária e delimitada por um consentimento informado com informações relativamente ao objetivo do estudo, ao carácter voluntário da participação, à possibilidade de

desistência, ao anonimato e confidencialidade, à conservação dos dados e à divulgação dos resultados obtidos.

Em grupo, os elementos da equipa de investigação, foram recebendo emails e chamadas telefónicas através dos contactos disponibilizados de pessoas interessadas em participar em três estudos levados a cabo por vários alunos de mestrado, inclusive o presente estudo. As pessoas interessadas em participar nos estudos ($n = 48$) foram convidadas a disponibilizar o seu contato telefónico para participarem numa entrevista telefónica (triagem) na qual receberam informações acerca dos três projetos a serem desenvolvidos pela equipa de investigadores e tiveram oportunidade de escolher inserir-se no estudo com o qual se identificavam mais. Algumas das pessoas interessadas não estabeleceram contato com os investigadores, tendo desistido da participação antes deste primeiro momento ($n = 10$). Ainda no momento da triagem telefónica, foi realizada uma entrevista onde foi possível recolher alguns dados gerais dos participantes, nomeadamente o sexo, a idade, o nível de escolaridade e a situação profissional. As pessoas foram avaliadas segundo os critérios de inclusão e exclusão transversais aos vários projetos e específicas do estudo no qual pretendiam participar. Devido ao incumprimento dos critérios estabelecidos, algumas participações foram excluídas; no caso de haver necessidade de algum cuidado de saúde mental, foi sugerido o recurso aos serviços psicológicos e de apoio do Centro de Apoio e Serviço Psicológico (CASP) da Universidade da Maia ($n = 7$).

Após este primeiro contacto, 19 pessoas escolheram participar noutros estudos e 12 pessoas escolheram participar no presente estudo, “Compreensão e/ou resolução de assuntos inacabados com outro significativo”.

Os critérios de inclusão foram os seguintes: (1) identificar a existência de um sentimento de dano emocional ocorrido numa relação pessoal significativa no passado, (2) estar disponível para trabalhar este sentimento de dano emocional e (3) ter mais de 18 anos e menos de 65. Em contrapartida, os critérios de exclusão foram: (1) apresentar problemas de

psicopatologia graves (sintomas e/ou grau de compromisso elevados) e (2) estar atualmente a tomar medicação psicotrópica. Em relação às questões específicas para este estudo, foram questionadas sobre a existência de um assunto inacabado com alguém significativo (“Existe alguma situação no seu passado com alguém significativo (por exemplo, pai, mãe, irmão, namorada,...) que lhe tenha causado grande sofrimento? Sim ou não?”) e, em caso afirmativo, de que forma esta relação e situação passada ainda traz algum sofrimento (“Até que ponto é que essa relação ainda o/a afeta ou emociona negativamente quando fala ou se lembra dela?”), tendo sido disponibilizadas as seguintes opções de resposta: “1 - Não afeta nada”, “2 - Afeta pouco”, “3 - Afeta alguma coisa” ou “4 - Afeta muito”.

Após a triagem, os participantes que cumpriram com os critérios de inclusão, foram distribuídos pelos estudos escolhidos previamente e aleatorizados entre grupo de controlo (lista de espera) e grupo de intervenção/experimental. O grupo de controlo recebeu os mesmos questionários que os participantes do grupo de intervenção, em momentos análogos. Ao contrário do grupo de intervenção, não tiveram as sessões de intervenção com a equipa de investigadoras.

A presente investigação utilizou medidas de recolhas de dados sociodemográficos, relativas à resolução do assunto inacabado, de avaliação de bem-estar e de saúde mental. Os momentos de avaliação ocorreram na entrevista de triagem, antes e após cada sessão de intervenção e duas semanas após a segunda sessão de intervenção, em *follow-up*. Adicionalmente, em T2, T4 e T5, foram aplicados questionários com o objetivo de recolher o *feedback* dos participantes relativamente a cada sessão e ao processo.

Todos os participantes receberam um código identificativo (pseudoanonimização) de forma a garantir a sua privacidade e a confidencialidade dos dados.

As sessões de intervenção tiveram a duração de entre 1 hora e 30 minutos e 2 horas e foram estruturadas e planeadas de acordo com a necessidade de dar as boas-vindas ao grupo,

explorar as expectativas das pessoas face ao projeto, introduzir mais aprofundadamente o conceito de “assunto inacabado” e a Tarefa de Cadeira Vazia e, ainda, relembrar os objetivos do projeto e os parâmetros de confidencialidade e privacidade. Nas sessões, foi apresentado um vídeo ilustrativo da realização da Tarefa de Cadeira Vazia e, posteriormente, reproduzido e disponibilizado um áudio com as instruções para desempenhar e aplicar autonomamente a mesma tarefa em ambas as sessões e ao longo da semana de intervalo, entre a sessão 1 e 2, como trabalho de casa.

Procedimentos de Análise de Dados

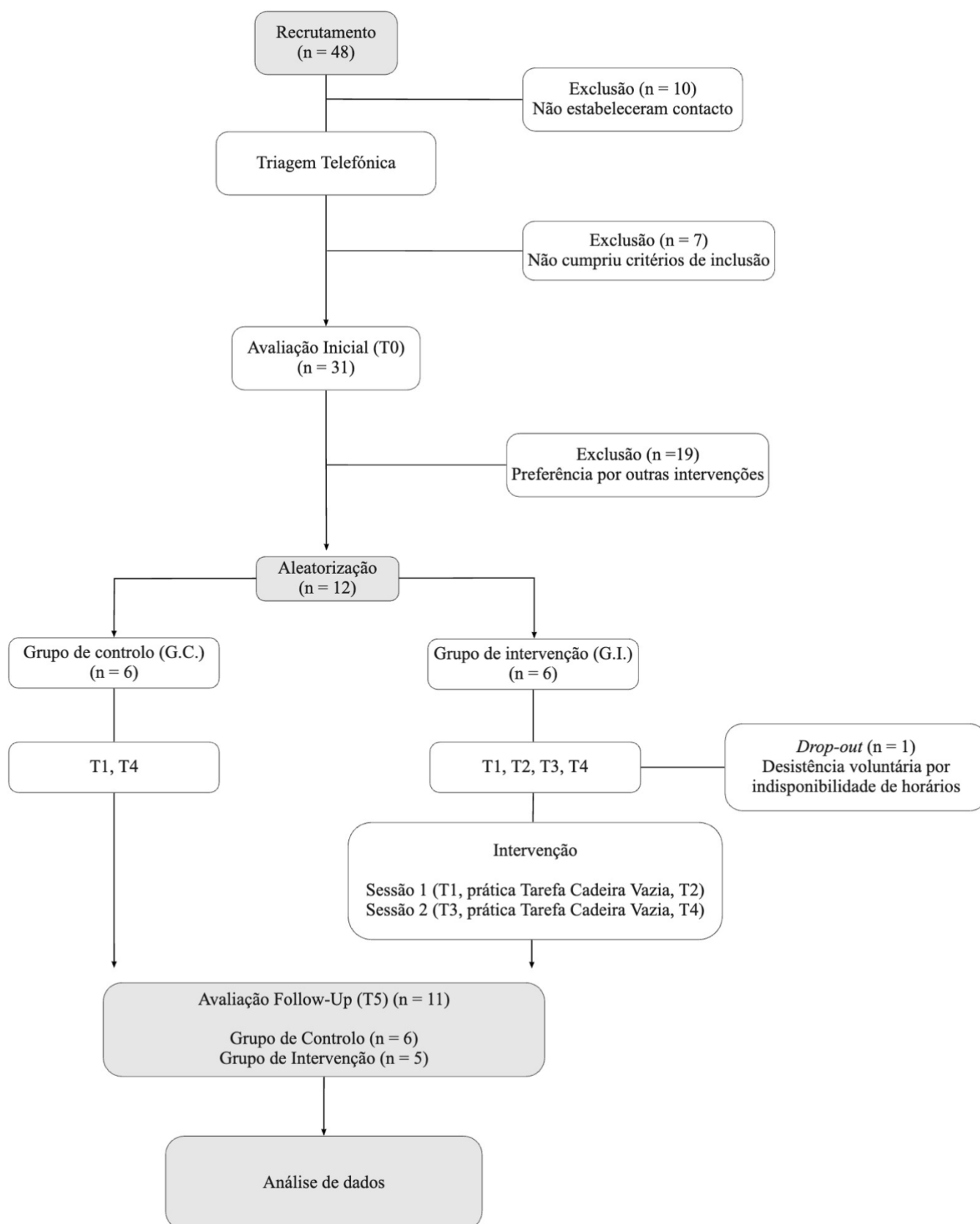
Para a análise e tratamento de dados, procedeu-se à utilização do programa Microsoft Excel versão 16.65 e Jamovi versão 2.3.17.0 para macOS. Nomeadamente, de forma a explorar os objetivos quantitativos deste estudo, foram utilizadas estatísticas descritivas para o cálculo da média, desvio padrão, *Reliable Change Index* (RCI), magnitude do efeito para a análise dos resultados das medidas repetidas e da eficácia (T1, T4 e T5) através da ANOVA para medidas repetidas e do teste t para amostras independentes. Para a análise qualitativa das respostas dadas pelos participantes em T2, T4 e T5, foi utilizada a análise temática (Braun & Clarke, 2006).

Resultados

Adesão aos Procedimentos

Em relação à adesão dos participantes aos procedimentos, numa primeira fase da recolha de dados, nomeadamente entre a fase de recrutamento ($n = 48$) e a fase da triagem telefónica ($n = 38$) para os estudos disponibilizados pela equipa de investigadores, houve algumas desistências das pessoas que inicialmente se mostraram interessadas em participar, não tendo sido estabelecido contacto ($n = 10$, 20.8%).

Após a divisão dos participantes pelos estudos escolhidos, 12 foram os que ficaram no presente estudo e foram aleatorizados entre grupo de controlo ($n = 6$) e grupo de intervenção ($n = 6$). No momento T3, um dos participantes desistiu voluntariamente do estudo e do grupo de intervenção devido à impossibilidade de participar na segunda sessão de intervenção face à incompatibilidade com o seu horário laboral, tendo apenas participado na primeira sessão e preenchido os questionários T0, T1 e T2. Esta foi a única desistência registada ao longo da intervenção ($n = 1, 8,3\%$). Este participante não será tido em conta nas análises de resultado. Todos os restantes participantes se demonstraram bastante responsivos quanto ao preenchimento dos questionários ao longo do processo, quanto à participação nas sessões e à prática da Tarefa de Cadeira Vazia.

Figura 1. Fluxograma

Caracterização dos Resultados Obtidos nas Medidas de Avaliação na Avaliação Inicial

Na avaliação inicial (T0), os valores obtidos por participante no questionário GAD-7 (sintomatologia ansiógena) foram maioritariamente baixos ou de caráter subclínico. Os participantes UFB_007 e UFB_012 apresentaram valores mais altos do que o ponto de corte. No PHQ-9 (sintomatologia depressiva), os participantes UFB_002, UFB_008 e UFB_012 apresentaram valores de sintomatologia moderada. Os restantes participantes revelaram valores abaixo do ponto de corte. Na medida de avaliação CORE-10 (triagem clínica global e comportamentos de risco), o participante UFB_012 obteve um valor de sintomatologia moderada-severa, os participantes UFB_002 e UFB_008 moderada e os restantes obtiveram valores ligeiros e baixos, à exceção do participante UFB_007 que obteve um valor subclínico. Estes resultados estão representados na tabela 4.

Tabela 4. *Caracterização da Amostra por Participante no Momento de Avaliação Inicial (T0)*

Participante	GAD-7	PHQ-9	CORE-10
UFB_002	11	10	17
UFB_003	7	7	14
UFB_004	4	1	10
UFB_005	7	9	11
UFB_006	5	7	11
UFB_007	10	6	4
UFB_008	6	11	15
UFB_009	6	5	13
UFB_010	4	5	6

UFB_011	7	9	14
UFB_012	15	14	23

Em relação ao momento de avaliação T1 realizado por todos os participantes após a aleatorização entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo, no início da intervenção (em momento pré-sessão de intervenção para o G.I.), através de uma ANOVA de medidas repetidas, foi possível registar uma diminuição próxima da margem de significância estatística entre T0 e T1 nos sintomas de depressão ($F(1,9)=3.5770$, $p=0.91$, $\eta^2=0.121$) e de ansiedade ($F(1,9)=4.63$, $p=0.06$, $\eta^2=0.080$), mas sem qualquer diferença entre grupos ou de interação entre grupo e momento de avaliação. Foram também realizados testes t de comparação entre os dois grupos no momento de início da intervenção e não se verificou qualquer diferença estatisticamente significativa entre grupos em qualquer uma das variáveis em análise, o que apoia a comparabilidade entre os mesmos (ver tabela 5 e 6).

Tabela 5. Caracterização do Grupo de Intervenção (G.I.) e Grupo de Controle (G.C.) no Momento de Avaliação (T1, T2, T3, T4 e T5)

Medidas de Avaliação	T1		T2		T3		T4		T5	
	Média (Desvio-Padrão)									
	G.I.	G.C.	G.I.	G.C.	G.I.	G.C.	G.I.	G.C.	G.I.	G.C.
UFBRs	39.4(1.67)	44.8(8.75)	42.4(5.68)	-	39.4(3.05)	-	47.4(4.16)	45.3(7.61)	46.2(6.50)	46.5(5.01)
PANAS_AP	25.8(5.97)	21.7(8.57)	20.4(4.77)	-	23.4(6.15)	-	18.8(3.42)	19.3(6.77)	18(5.79)	19.0(6.42)
PANAS_AN	18.6(4.39)	20(10.7)	18.4(4.16)	-	16(4.12)	-	14.6(3.85)	17.5(8.38)	15.6(5.32)	20(11)
GAD-7	6.20(2.28)	5.33(2.58)	-	-	6(1.41)	-	-	6.67(4.32)	2.60(3.21)	5.67(3.83)
PHQ-9	4.60(3.29)	6(2.76)	-	-	5.80(2.86)	-	-	6.50(2.26)	4(3.08)	6.17(3.76)
EBEP	82.2(4.32)	71.7(8.1)	-	-	-	-	-	-	84(7.97)	74.8(16.2)
Escala de Autoestima	48.2(2.59)	41.3(8.48)	-	-	-	-	-	-	47(3.54)	41.3(10)
CORE-OM	8.40(2.51)	12.3(5.85)	-	-	7.60(2.97)	-	7.60(2.97)	12.2(4.36)	5.8(4.15)	10.3(5.75)

Tabela 6. Comparação entre o Grupo de Intervenção (G.I.) e Grupo de Controlo (G.C.) no Momento de Início de Intervenção (T1)

	T de Student	gl	<i>p</i>
T1_GAD7	-0.584	9.00	0.574
T1_UFBRs	1.356	9.00	0.208
T1_PHQ9	0.770	9.00	0.461
T1_PANAS_AP	-0.907	9.00	0.388
T1_PANAS_AN	0.272	9.00	0.792
T1_EBEP	-1.258	9.00	0.240
T1_EA	-1.731	9.00	0.117
T1_CORE-OM	1.390	9.00	0.198

Efeitos na Resolução do Assunto Inacabado e no Afeto Associado

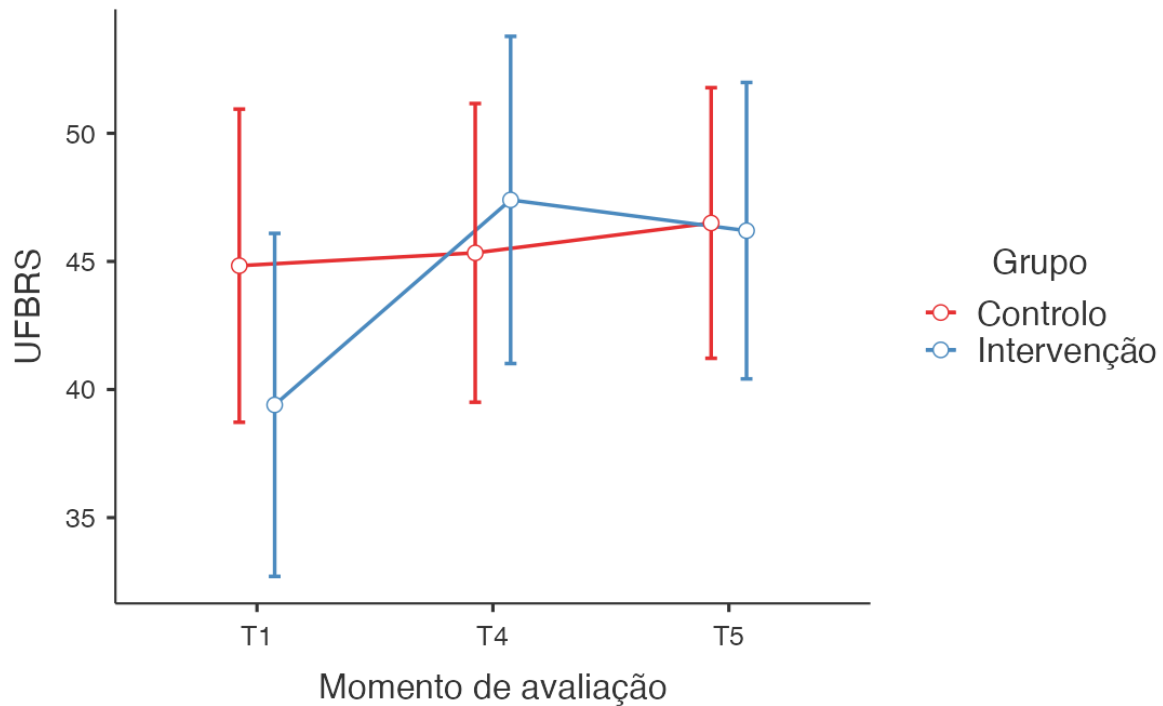
Uma ANOVA de medidas repetidas foi realizada para comparar o eventual efeito do momento de avaliação (variável independente, com três momentos: T1, T4 e T5), do grupo (experimental e de controlo) e da interação entres estes sobre os resultados obtidos nas medidas de avaliação principais (UFBRs e PANAS) e secundárias (GAD-7, PHQ-9, EBEP e EA) (variáveis dependentes).

Unfinished Business Resolution Scale (UFBRs)

Em relação ao *Unfinished Business Resolution Scale* (UFBRs), utilizado para medir se existiu uma diminuição ou aumento das emoções negativas face a um outro significativo, verificou-se um efeito principal do momento de avaliação (tempo) estatisticamente significativo ($F(2,18)=4.22$, $p=0.031$, $\eta^2=0.10$). O efeito principal do grupo não foi estatisticamente significativo ($F(2,18)=0.143$, $p=0.714$, $\eta^2=0.010$). A interação entre grupo e momento de avaliação não foi estatisticamente significativa, mas os valores de eta quadrado sugere um efeito moderado ($F(2,18)=2.59$, $p=0.103$, $\eta^2=0.063$). Numa comparação post-hoc, o efeito de tempo resultou num aumento significativo dos valores entre T1 e T4 no grupo de

intervenção ($t=-4.0742$, $p_{Tukey}=0.024$), sendo que nenhuma outra comparação foi estatisticamente significativa (ver figura 2).

Figura 2. UFBRs: Início, fim e após 15 dias (T1, T4 e T5)



Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)

Em relação ao PANAS, as subescalas Afetos Positivos e Afetos Negativos foram avaliadas separadamente. Através dos resultados obtidos para os Afetos Positivos, verificou-se um efeito principal do momento de avaliação (tempo) estatisticamente significativo, com um efeito elevado ($F(2,18)=7.34$, $p=0.005$, $\eta^2=0.13$). O efeito principal do grupo não foi estatisticamente significativo ($F(2,18)=0.06$, $p=0.810$, $\eta^2=0.005$). A interação entre grupo e momento de avaliação não foi estatisticamente significativa ($F(2,18)=1.79$, $p=0.195$, $\eta^2=0.03$). Numa comparação post-hoc, o efeito de tempo resulta de uma diminuição dos valores entre T1 e T4 nos participantes em geral ($t=3.027$, $p_{Tukey}=0.035$).

Em relação à subescala de Afetos Negativos verificou-se que inexistência de qualquer efeito estatisticamente significativo (tempo: $F(2,18)=3.471$, $p=0.053$, $\eta^2=0.03$); grupo: ($F(2,18)=0.379$, $p=0.553$, $\eta^2=0.04$; interação grupo x tempo: $F(2,18)=0.738$, $p=0.492$, $\eta^2=0.01$).

Reliable Change Index (RCI)

De forma a perceber se as mudanças obtidas entre T1 e T5 nas medidas principais, UFBRs e PANAS, foram fiáveis foi utilizado o *Reliable Change Index* ([RCI] Índice de Mudança Confiável). Para estas medidas específicas, os valores do RCI foram de 9.81 (UFBRs) e de 5.42 (PANAS). Valores de mudança superiores ao RCI indicam um aumento ou uma diminuição fiável. Estes resultados aparecem nas tabelas 7 e 8.

Tabela 7. Resultados de acordo com o RCI por Participante em PANAS Afetos Positivos (AP) e Afetos Negativos (AN)

Participantes	PANAS_AP		<i>Pre-Post Change</i>	<i>Reliable Change</i>
	T1	T5		
UFB_002	25	14	-11	Diminuição fiável
UFB_004	25	21	-4	Diminuição não fiável
UFB_005	36	21	-15	Diminuição fiável
UFB_006	22	10	-12	Diminuição fiável
UFB_011	21	20	-1	Diminuição não fiável

Participantes	PANAS_AN		<i>Pre-Post Change</i>	<i>Reliable Change</i>
	T1	T5		
UFB_002	19	10	-9	Diminuição fiável
UFB_004	17	20	+3	Aumento não fiável
UFB_005	26	17	-9	Diminuição fiável
UFB_006	16	10	-6	Diminuição fiável
UFB_011	15	21	+6	Aumento fiável

Tabela 8. Resultados de acordo com o RCI por Participante em UFBRs

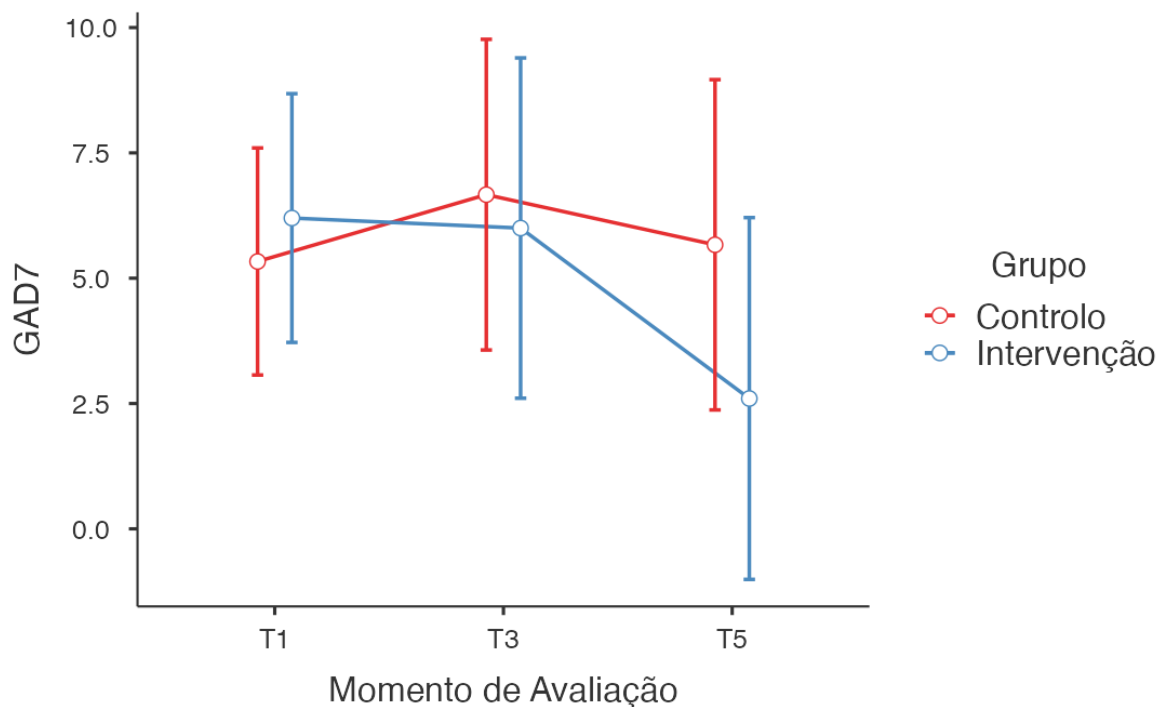
Participantes	UFBRs		<i>Pre-Post Change</i>	<i>Reliable Change</i>
	T1	T5		
UFB_002	40	54	+14	Aumento fiável
UFB_004	38	47	-9	Diminuição não fiável
UFB_005	39	48	+9	Aumento não fiável
UFB_006	38	46	+8	Aumento não fiável
UFB_011	42	36	-6	Diminuição não fiável

Efeitos a Nível da Saúde Mental e Bem-estar

General Anxiety Disorder (GAD-7)

Em relação à medida GAD-7, utilizada para medir a sintomatologia ansiógena, verificou-se um efeito principal do momento de avaliação (tempo) estatisticamente significativo, associado a um efeito moderado ($F(2,18)=4.47$, $p=0.026$, $\eta^2=0.09$). O efeito principal do grupo não foi estatisticamente significativo ($F(2,18)=0.316$, $p=0.588$, $\eta^2=0.02$) e a interação entre grupo e momento de avaliação não foi estatisticamente significativa ($F(2,18)=3.37$, $p=0.057$, $\eta^2=0.07$), embora com valores próximos do limite de 0,05 e com um tamanho de efeito moderado. Numa comparação post-hoc, o efeito de tempo resultou numa diminuição significativa dos valores entre T3 e T5 no grupo de intervenção ($t=-3.844$, $p_{Tukey}=0.033$), sendo que nenhuma outra comparação foi estatisticamente significativa (ver figura 3).

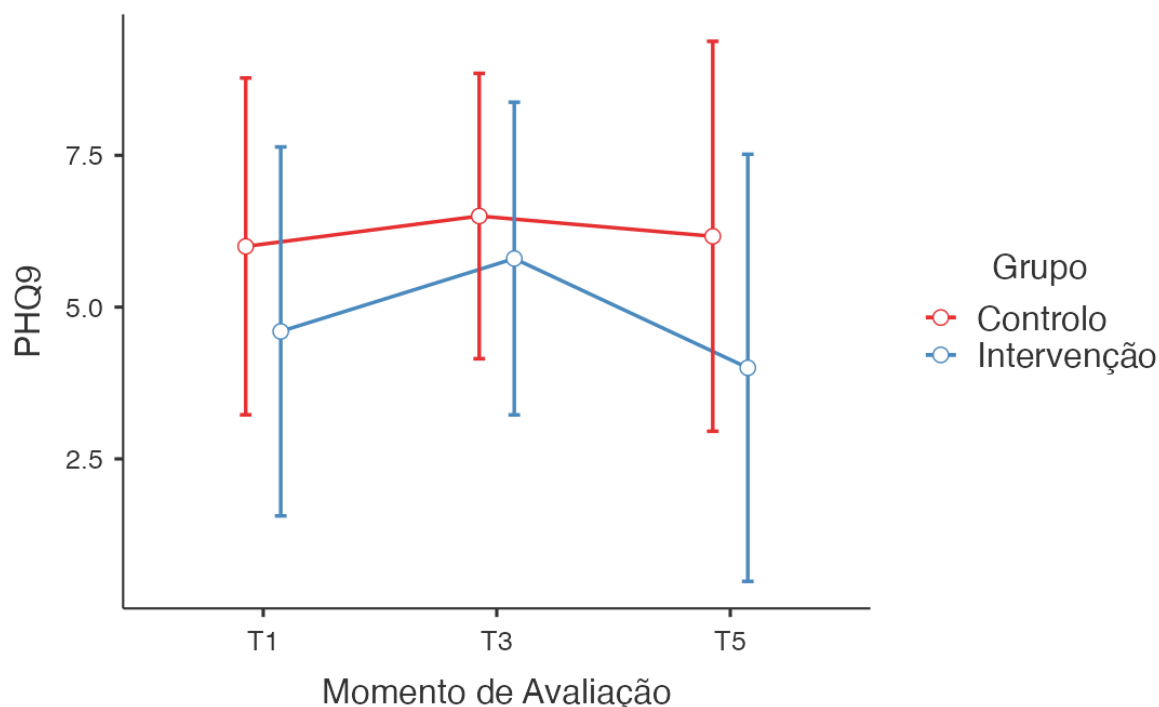
Figura 3. GAD-7: Antes da primeira sessão, antes da segunda sessão e após 15 dias (T1, T3 e T5)



Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

Em relação à medida PHQ-9, utilizada para medir a sintomatologia depressiva, o efeito principal do momento de avaliação (tempo) não foi estatisticamente significativo ($F(2,18)=0.890$, $p=0.428$, $\eta^2=0.03$). O efeito principal do grupo não foi estatisticamente significativo ($F(2,18)=0.836$, $p=0.384$, $\eta^2=0.06$), nem a interação entre grupo e momento de avaliação ($F(2,18)=0.377$, $p=0.691$, $\eta^2=0.01$). No entanto, o tamanho do efeito do grupo apresenta um valor médio, sendo os valores do grupo de intervenção mais baixos do que os do grupo de controlo, sobretudo no fim da intervenção (ver figura 4).

Figura 4. PHQ-9: Antes da primeira sessão, antes da segunda sessão e após 15 dias (T1, T3 e T5)



Escala de Bem-Estar Psicológico – Versão Reduzida (EBEP)

Através dos resultados obtidos em EBEP, o efeito principal do momento de avaliação (tempo) não foi estatisticamente significativo ($F(2,18)=1.101$, $p=0.321$, $\eta^2=0.01$). O efeito principal do grupo não foi estatisticamente significativo, contudo esteve associado a um efeito elevado ($F(2,18)=1.58$, $p=0.241$, $\eta^2=0.14$), mas o tamanho do efeito do grupo apresenta um valor elevado, sendo os valores do grupo de intervenção mais altos do que os do grupo de controlo. A interação entre grupo e momento de avaliação não foi estatisticamente significativa ($F(2,18)=0.083$, $p=0.779$, $\eta^2=0.01$).

Escala de Autoestima de Rosenberg

Em relação à Escala de Autoestima, o efeito principal do momento de avaliação (tempo) não foi estatisticamente significativo ($F(2,18)=0.160$, $p=0.698$, $\eta^2=0.01$). O efeito principal do grupo também não foi estatisticamente significativo ($F(2,18)=2.33$, $p=0.162$, $\eta^2=0.185$), mas o tamanho do efeito do grupo apresenta um valor bastante elevado, sendo os valores do grupo de intervenção mais altos do que os do grupo de controlo, sobretudo no fim da intervenção e a interação entre grupo e momento de avaliação não foi estatisticamente significativa ($F(2,18)=0.160$, $p=0.698$, $\eta^2=0.01$).

Clinical Outcome Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM)

Os resultados obtidos com a análise no CORE-OM, aplicado para avaliar a saúde mental e saúde psicológica geral, indicaram que o efeito principal do momento de avaliação (tempo) não foi estatisticamente significativo ($F(2,18)=3.088$, $p=0.070$, $\eta^2=0.04$). O efeito principal do grupo não foi estatisticamente significativo, contudo esteve associado a um efeito elevado ($F(2,18)=2.97$, $p=0.119$, $\eta^2=0.20$). A interação entre grupo e momento de avaliação não foi estatisticamente significativa ($F(2,18)=0.066$, $p=0.936$, $\eta^2=0.01$).

Feedback dos participantes sobre a intervenção

A tabela 9 representa os valores atribuídos pelos participantes relativamente ao seu grau de satisfação com as sessões de intervenção, com o trabalho desenvolvido e a sua perspetiva face à utilidade da intervenção. O participante UFB_011 manteve as suas respostas em 3 “moderadamente satisfeito/a” e “moderadamente útil”, os restantes participantes consideraram a intervenção globalmente como 5 “muito útil” e como tendo ficado “muito satisfeitos/as” com as sessões e com o processo, existindo uma diminuição entre T2 e T4 nos participantes UFB_005 e UFB_006.

Tabela 9. *Avaliação quantitativa das sessões (T2 e T4) e do processo (T5)*

Participante	Satisfação		Satisfação	Utilidade
	T2	T4	T5	T5
UFB_002	5	5	5	5
UFB_004	5	5	5	5
UFB_005	5	3	5	5
UFB_006	5	4	5	5
UFB_011	3	3	3	3

Através da análise das respostas às questões abertas presentes nos questionários de final de sessão e final de processo, surgiram três temas principais que relatam a perspectiva dos participantes face à intervenção e ao processo desenvolvido ao longo das várias semanas, entre os quais: 1) Experiência, 2) Utilidade e 3) Satisfação. Cada um dos temas foram compostos em diferentes subtemas. Estes aparecem representados na tabela seguinte (Tabela 10).

Tabela 10. *Análise Temática das Respostas Abertas dos participantes*

Tema	Subtema
Experiência	Autoconhecimento
	Introspeção
	Aceitação e Empoderamento
Utilidade	Mudança
	Compreensão
	Desbloqueio emocional e cognitivo
Satisfação	Alívio
	Dificuldades

Experiência

O primeiro tema extraído foi Experiência. Através das várias respostas dadas pelos participantes, foi possível perceber que as sessões de intervenção e a prática autónoma da

Tarefa de Cadeira Vazia proporcionaram oportunidades de autoconhecimento (e.g., *“oportunidade de conhecer novas perspetivas de vários aspetos das nossas vidas”*, *“deu-me a conhecer um novo sentido dos meus problemas e emoções”*), introspeção (e.g., *“faz-nos pensar em coisas que nunca tínhamos pensado antes”*, *“deu para voltar a pensar sobre este assunto inacabado e sobre os meus sentimentos”*, *“deixou-me a refletir”*) e aceitação e empoderamento (e.g., *“entrei num novo caminho de perdão e compreensão – a cima de tudo, comigo mesma”*, *“comecei a sentir-me muito bem por conseguir enfrentar a outra pessoa”*, *“consegui aceitar internamente assuntos que julgava enterrados”*).

Utilidade

O segundo tema extraído foi Utilidade – esta que aparece relacionada às sessões e à intervenção ao longo do trabalho desenvolvido e ao impacto que teve nos participantes a curto e longo prazo, segundo as suas perspetivas. Segundo as suas respostas, esta intervenção teve impacto na mudança perspetiva que tinha de si, do outro significativo e da relação que mantinham com ele (e.g., *“consegui ter uma outra perspetiva sobre o assunto”*, *“pensei nos sentimentos antigos e fez-me pensar de forma diferente”*, *“foi construtivo”*, *“fiquei surpreendida por todo o caminho que fiz ao longo de apenas duas sessões”*) e na compreensão das necessidades que ficaram por atender por alguém que agora também surge como participativo, com emoções e motivos, no diálogo imaginário (e.g., *“estou satisfeita porque me ajudou a perceber o que precisava e preciso”*, *“achei que não iria conseguir ter as respostas que precisava, nem expressar o que senti... e que qualquer coisa que dissesse não iria ser ouvido pela outra pessoa”*, *“pensar na outra pessoa, em como ela agiria, o que ela me diria ou faria, fez-me ficar diferente, mais tranquilo”*, *“eu sei quais eram as minhas expectativas e também, quase que totalmente, compreendo o porquê de elas não serem correspondidas”*). Este contacto com o outro significativo, ainda que de forma imaginária, parece ter impulsionado um desbloqueio emocional e cognitivo em vários participantes (e.g., *“foi algo que nos fez abrir a*

mente”, “um mix de emoções”, “ajudou-me a esclarecer algumas questões que não sabia responder”, “sei que exprimi todos os sentimentos que tinha por exprimir”, “foi importante que apesar do bloqueio emocional consegui trabalhar, apaziguar e até reverter esta situação”, “trouxe à tona sentimentos que não fazia ideia que tinha em relação a esta pessoa e ao tempo em que estive com ela”).

Satisfação

Em resposta ao grau de satisfação perante o trabalho feito ao longo da intervenção, os participantes referiram sentir alívio de uma forma geral (e.g., *“experiência libertadora”, “esta intervenção fez-me ver a relação com o outro e o outro de uma forma a aliviar o desconforto que sentia”, “aceitei certos assuntos de uma forma aliviante”, “foi libertador”, “foi extremamente agradável, saio daqui ajudado, técnica utilizada ajudou-me imenso na relação interpessoal inacabada).*

Alguns participantes sentiram algumas dificuldades na execução da tarefa, nomeadamente *“medo e constrangimento por não saber o que me esperava”* e reatividade emocional (e.g., *“com o passar do tempo fui ficando mais nervosa”, “à medida que fui fazendo, o impacto foi progressivamente maior”, “fez-me ficar nervoso”*). Apesar das dificuldades sentidas, sobretudo devido ao contacto com o inesperado, com o incontrolável e com emoções reprimidas, apenas um participante anotou uma sugestão de melhoria – o facto de, num próximo estudo, investir em *“ideias de como agir ou o que devemos fazer”* em relação ao outro significativo, tendo referido que a intervenção *“não me elucidou como devia agir”* na interação real com ele.

Discussão, Limitações e Estudos Futuros

O presente estudo examinou o efeito da utilização da Tarefa de Cadeira Vazia proveniente da Terapia Focada nas Emoções para a resolução de assuntos inacabados num

contexto de intervenção de grupo com população não-clínica ou com sintomatologia ligeira. Os objetivos foram perceber de que forma esta intervenção de duas sessões teria impacto ao nível da resolução do assunto inacabado, do afeto associado ao outro significativo e sobre outras variáveis de saúde mental e bem-estar psicológico.

Os resultados da escala principal (UFBRS) revelaram um aumento dos valores obtidos na escala ao longo dos momentos de avaliação, o que sugere que existiu um alívio sentido pelos participantes face às emoções negativas relativamente ao outro significativo e que esta diferença foi estatisticamente significativa no tempo entre o início da intervenção e o momento de *follow-up*, principalmente no grupo de intervenção entre os momentos de avaliação T1 e T4, tendo estabilizado entre T4 e T5. Tais resultados parecem indicar que a curta intervenção de duas sessões de grupo nas quais foi executada a Tarefa de Cadeira Vazia através de uma prática autoguiada surtiram um efeito positivo, uma vez que proporcionaram uma maior resolução do assunto inacabado, nomeadamente após o período de intervenção. A estabilização dos valores de UFBRS no período de duas semanas entre o momento de avaliação T4 e T5 sugerem que a resolução experienciada ficou consolidada. Ainda com esta medida verificou-se que, ao nível da evolução destes resultados avaliados pelo RCI, na sua maioria estes não foram fiáveis, apesar de um dos aumentos ter sido fiável, indicativo de uma melhoria na resolução.

Estes resultados são congruentes com a literatura, uma vez que vários estudos tiveram resultados semelhantes aos apontados pelo presente estudo que remeteram para os benéficos da utilização desta tarefa para uma melhor resolução do assunto inacabado (Greenberg et al., 2008; Greenberg & Malcom, 2002; Greenberg & Paivio, 1995). Ainda, quanto às diferenças no aumento dos valores de resolução do assunto inacabado entre os participantes do grupo de intervenção, como se pôde aferir através do RCI, estando a trabalhar com população sem problemas ou com problemas ligeiros de saúde mental tenham valores já mais elevados de resolução, sendo difícil nessas situações obterem-se mudanças tão extensas.

Contudo, não existiram diferenças estatisticamente significativas ao nível dos resultados obtidos entre os grupos. Aliás, a existência de diferenças estatisticamente significativas ao fim de 4 semanas, com uma diminuição do desconforto associado ao assunto pendente, ocorreu em ambos os grupos. Este resultado surpreendente pode ser eventualmente entendido como derivado de eventuais peculiaridades da amostra que, sendo pequena, estará mais sujeita a especificidades da sua constituição que afetem os resultados. Porém, poderá também conjecturar-se a possibilidade haver alguma reatividade à medida e ao programa. OU seja, o ato de inscrição no projeto e a própria natureza da medida (UFBRs) – que pede aos participantes para avaliarem o grau de desconforto com uma pessoa significativa concreta – poderá desencadear processos que facilitem a resolução da tarefa.

Um dos objetivos deste estudo foi perceber de que forma a intervenção impactaria no afeto em relação ao outro significativo. Para tal os participantes foram questionados quanto aos afetos associados a uma pessoa significativa do passado que lhes tivesse causado dano emocional, a partir da escala PANAS e das suas subescalas Afetos Positivos e Afetos Negativos. Os resultados obtidos indicaram que houve uma diminuição em PANAS Afetos Positivos e que a diferença entre os momentos de avaliação foi estatisticamente significativa, tendo existido uma diminuição nos valores de todos os participantes. No entanto, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nem entre os grupos nem na interação grupo x momento de avaliação. Verificou-se ainda que existiu uma tendência à diminuição dos valores das duas subescalas no grupo de intervenção sendo que, segundo o RCI, todos os participantes do grupo de intervenção tiveram uma diminuição dos valores na escala de Afetos Positivos, sendo elas consideradas maioritariamente fiáveis. Isto demonstra que os afetos positivos associados ao outro significativo parecem ter diminuído à medida que a resolução aumentou. Isto é coerente com a noção de que a ambivalência afetiva é característica frequente de assuntos inacabados e que a resolução afetiva pode ser acompanhada de algum maior

distanciamento afetivo relativamente ao outro em causa (Greenberg, 2010). Apesar da surpresa de isto também ter acontecido no grupo de controlo, é algo coerente com os resultados obtidos no UFBRs.

Quando à subescala de Afetos Negativos, apesar de ter ocorrido uma diminuição dos valores na maioria dos participantes, não existiu uma diferença estatisticamente significativa nos resultados dos participantes nem nos resultados entre os dois grupos ao longo dos momentos de avaliação. No entanto, ocorreram três diminuições dos valores na escala Afetos Negativos no grupo de intervenção consideradas fiáveis e dois aumentos, um não fiável e um fiável. Este padrão de resultados dá um apoio ligeiro à noção de que o trabalho de cadeira vazia tende a diminuir os afetos negativos. Porém, também alerta para a que possa haver a possibilidade de existir algum aumento de afetos negativos. Na realidade, isto é coerente com o esperado nesta tarefa, onde é frequente haver um incremento de acesso a afetos negativos anteriormente afastados ou contidos pela pessoa e que se tornam depois mais evidentes.

Um outro objetivo deste estudo foi perceber de que forma a intervenção de grupo com a utilização da Tarefa de Cadeira Vazia impactaria aspetos da saúde mental e bem-estar nos participantes. Os resultados obtidos indicaram uma diminuição estatisticamente significativa na sintomatologia ansiógena (GAD-7) entre os momentos de avaliação T3 e T5, ou seja, entre o momento anterior à segunda sessão e o momento de *follow-up*, nomeadamente no grupo de intervenção. Nas outras medidas de avaliação de saúde mental e bem-estar (PHQ-9, EBEP, Escala de Autoestima e CORE-OM), não existiram diferenças significativas entre os momentos de avaliação sobre os resultados obtidos nem entre os grupos. Contudo, nas escalas PHQ-9 e CORE-OM verificou-se uma tendência para a diminuição dos valores brutos obtidos pelos participantes, sobretudo no grupo de intervenção e principalmente entre T3 e T5, o que significa uma diminuição da sintomatologia depressiva e uma melhoria ao nível da saúde mental no geral. Estes resultados parecem indicar que, de alguma forma, a maior resolução do

assunto inacabado poderá ter surtido um efeito positivo principalmente nos sintomas de ansiedade.

Um outro objetivo deste estudo era conhecer o *feedback* dos participantes em relação à intervenção, nas sessões e no final do processo. Ainda, foi importante conhecer as propostas de melhoria apontadas à intervenção e ao estudo de forma a, num possível próximo estudo de maior dimensão, estas serem reconsideradas e atendidas. Em relação às respostas abertas por parte dos participantes sobre as sessões e a intervenção, a análise temática permitiu extrair três temas: experiência, utilidade e satisfação. Os subtemas extraídos desses temas principais foram congruentes com os resultados obtidos, nomeadamente com as medidas de avaliação UFBRS e GAD-7, visto que realçaram a possibilidade de autoconhecimento, introspeção, aceitação, empoderamento, desbloqueio emocional e cognitivo consequentes às sessões e ao trabalho desenvolvido ao longo das semanas de intervenção. Este *feedback* também é coerente com uma maior resolução do assunto inacabado e a uma diminuição dos sintomas de ansiedade, surtindo uma sensação de “*alívio*” em vários participantes. Ainda, e coincidente com a literatura, estes resultados suportam a ideia de que aceder e trabalhar os assuntos inacabados são um processo importante de mudança para os clientes (Greenberg & Malcolm, 2002). Nenhum dos participantes apontou sugestões de melhoria; no entanto, um dos participantes considerou que seria importante que os investigadores, durante as sessões de intervenção, devolvessem algumas estratégias de gestão do conflito real com o outro significativo, numa próxima intervenção ou estudo semelhante. Para além disso, um dos participantes considerou que antes da realização da tarefa, as pessoas deveriam ter apoio ao executá-la, em terapia. Este aspeto realça a importância do apoio do terapeuta como guia da tarefa e as dificuldades realçadas por alguns participantes, nomeadamente ao nível da regulação emocional e expressão emocional (Elliott et al., 2004; Greenberg & Meneses, 2019; Watson, 2019). Contudo, o efeito significativo na melhoria da capacidade de resolução do assunto inacabado pelo grupo de

intervenção após as sessões de intervenção provou que, apesar das dificuldades sentidas e experienciadas, é possível executar a Tarefa de Cadeira Vazia de forma autoguiada em apenas dois momentos e ter um impacto significativo no afeto, sentimentos e emoções experienciadas face ao outro significativo.

A principal limitação deste estudo foi o tamanho da amostra que, por ser demasiado reduzida, dificultou a análise estatística dos resultados obtidos. Uma outra limitação foi o facto de os dados terem sido recolhidos e a intervenção ter acontecido exclusivamente em regime *online*. Ainda, o facto de ter sido utilizada uma amostragem por conveniência com a divulgação do estudo junto dos alunos da Universidade da Maia e nos círculos sociais da equipa de investigação, através, sobretudo, das redes sociais, resultou numa restrição quanto ao alcance das pessoas participantes; ou seja, apenas foi possível que participassem pessoas que utilizam a internet e que fazem parte de uma rede pequena de pessoas. Outro aspeto que poderá ter limitado a generalização dos resultados encontrados foi a altura em que as recolhas foram feitas, através dos momentos de avaliação, já que coincidiram com uma fase de término de provas escolares para os alunos da faculdade, o que pode ter provocado um efeito face aos sintomas de ansiedade experienciados num primeiro momento e à sua diminuição em T5.

Para futuros estudos sugere-se a aplicação desta intervenção junto de uma amostra maior de forma a ser possível verificar resultados mais claros e significativos. Este estudo foi realizado com um curto período entre as sessões e os momentos de avaliação, pelo que seria interessante considerar analisar a mesma intervenção e procurar responder aos mesmos objetivos num processo mais longo, tanto entre o momento inicial e o final como a diferença entre sessões ser maior do que uma semana.

Este estudo apoia a viabilidade da intervenção com a utilização da Tarefa de Cadeira Vazia, tal como é utilizada na prática da Terapia Focada nas Emoções, pois parece produzir resultados positivos na resolução de assuntos inacabados com o outro significativo. Uma

amostra maior possibilitaria uma visão real da eficácia e, por esse motivo, sugere-se que, num estudo semelhante futuro, isso seja tomado em consideração.

Referências

- Azevedo, A. & Faria, L. (2004). A Auto-Estima no Ensino Superior Secundário: Validação da Rosenberg Self-Esteem Scale. In: Machado et al. (Ed.) *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*.
- Barkham, M., Bewick, B., Mullin, T., Gilbody, S., Connell, J., Cahill, J., Mellor-Clark, J., Richards, D., Unsworth, G., & Evans, C. (2013). The CORE-10: A short measure of psychological distress for routine use in the psychological therapies. *Counselling and Psychotherapy Research*, 13(1), 3-13. <https://doi.org/10.1080/14733145.2012.729069>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Edwards, E. R., & Wupperman, P. (2018). Research on emotional schemas: A review of findings and challenges. *Clinical Psychologist*, 23(1), 3-14. <https://doi.org/10.1111/cp.12171>
- Elliott, R. (2012). Emotion-focused therapy. In Sanders, P. (Eds.), *The tribes of the person-centred nation: An introduction to hools of therapy related to the person-centred approach* (2nd ed., pp. 103-130). PCCS Books.
- Elliott, R., & Greenberg, L. S. (2007). The Essence of Process-Experiential/Emotion-Focused Therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 61241-254.
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2004). Empty chair work for unfinished interpersonal issues. In R. Elliott, J. C. Watson, R. N. Goldman, & L. S. Greenberg, *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change* (pp. 243-265). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10725-012>

- Ferreira, J. A., & Simões, A. (1999). Escalas de bem-estar psicológico (EBEP). In M.R. Simões, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal*. Vol. 2 (pp. 111-121). Braga: APPORT/SHO.
- Ferreira, T., Sousa, M., Meira, L., Cunha, C., Santos, A., Silva, S., Couto, A., Gomes, P., Costa, L., Barbosa, E., Basto, I., & Salgado, J. (2018). Brief assessment of depression: Psychometric properties of the Portuguese version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *The Psychologist: Practice & Research Journal*.
- Field, N. P. & Horowitz, M. J. (1998). Applying an empty-chair monologue paradigm to examine unresolved grief. *Psychiatry*, 61(4), 279–28. <https://doi.org/10.1080/00332747.1998.11024840>
- Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): I - *Análise Psicológica*, 23(2), 209-218. DOI:10.14417/ap.83
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. (2005). Contribuição para o estudo de uma versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II - Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 23(2), 219-227. DOI: <https://doi.org/10.14417/ap.84>
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S., & Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 16(5), 537-549. DOI: 10.1080/10503300600589456
- Greenberg, L. S. (2010). Emotion-focused therapy: A clinical synthesis. *Focus*, 8(1), 32-42. <https://doi.org/10.1176/foc.8.1.foc32>
- Greenberg L. S. (2012). Emotions, the great captains of our lives: their role in the process of change in psychotherapy. *The American psychologist*, 67(8), 697–707. <https://doi.org/10.1037/a0029858>

- Greenberg, L.S. (2002). Identifying maladaptive emotions. In Greenberg, L.S., *Emotion-Focused Therapy: Coaching Clients to Work*.
- Greenberg, L. S. (2011/2014). *Terapia Focada nas Emoções*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Greenberg, L. S. (2019). Theory of functioning in emotion-focused therapy. In L. S. Greenberg & R. N. Goldman (Eds.), *Clinical handbook of emotion-focused therapy* (pp. 37–59). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000112-002>
- Greenberg, L. S., & Elliott, R. (1997). Varieties of empathic responding. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 167–186). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10226-007>
- Greenberg, L. S., & Foerster, F. S. (1996). Task analysis exemplified: The process of resolving unfinished business. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 439–446. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.439>
- 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.70.2.406>
- Greenberg, L. S., & Meneses, C. W. (2019). Emotion-Focused Therapy and Forgiveness for Individuals. In Greenberg, L.S., & Meneses, C. W. (Eds.), *Forgiveness and Letting Go on Emotion-Focused Therapy*. (51-89). American psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000144-000>
- Greenberg, L. S., Rice, L., & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment by moment process*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., Warwar, S. H., & Malcolm, W. M. (2008). Differential effects of emotion-focused therapy and psychoeducation in facilitating forgiveness and letting go of emotional injuries. *Journal of Counseling Psychology*, 55(2), 185–196. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.55.2.185>

- Greenberg, L.S., & Watson, J. C. (2006). *Evoking blocked emotion: two-chair enactments and unfinished business dialogues*. In Greenberg, L.S., & Watson, J. C, Emotion-focused therapy for depression.
- Herrmann, I. R., & Auszra, L. (2019). Facilitating optimal emotional processing. In L. S. Greenberg & R. N. Goldman (Eds.), *Clinical handbook of emotion-focused therapy* (pp. 193–216). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000112-009>
- Izard, C., Stark, K., Trentacosta, C., & Schultz, D. (2008). Beyond emotion regulation: Emotion utilization and adaptive functioning. *Child development perspectives*, 2(3), 156-163. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2008.00058.x>
- Klingspon, K. L., Holland, J. M., Neimeyer, R. A., & Lichtenthal, W. G. (2015). Unfinished business in bereavement. *Death Studies*, 39(7), 387-398. <https://doi.org/10.1080/07481187.2015.1029143>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kwatra, A., Timulak, L., Huixian, S. L., Joyce, C., & Creaner, M. (2022). Transforming Emotional Pain: An Emotion-Focused Workbook. Taylor & Francis. DOI: 10.4324/9781003201861
- Murphy, J., Rowell, L., McQuaid, A., Timulak, L., O'Flynn, R., & McElvaney, J. (2017). Developing a model of working with worry in emotion-focused therapy: A discovery phase task analytic study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 17(1), 56-70. <https://doi.org/10.1002/capr.12089>
- Mlotek, A. E., & Paivio, S. C. (2017). Emotion-focused therapy for complex trauma. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(3), 198-214. <https://doi.org/10.1080/14779757.2017.1330704>

- Paivio, S. C. (2013). Essential processes in emotion-focused therapy. *Psychotherapy*, 50(3), 341–345. <https://doi.org/10.1037/a0032810>
- Paivio, S. C., & Greenberg, L. S. (1995). Resolving "unfinished business": Efficacy of experiential therapy using empty-chair dialogue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 419–425. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.3.419>
- Paivio, S. C., Hall, I. E., Holowaty, K. A. M., Jellis, J. B., & Tran, N. (2001). Imaginal confrontation for resolving child abuse issues. *Psychotherapy Research*, 11(4), 433–453. <https://doi.org/10.1093/ptr/11.4.433>
- Paivio, S. C., Jarry, J. L., Chagigiorgis, H., Hall, I., & Ralston, M. (2010). Efficacy of two versions of emotion-focused therapy for resolving child abuse trauma. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 20(3), 353–366. <https://doi.org/10.1080/10503300903505274>
- Paivio, S. C., & Nieuwenhuis, J. A. (2001). Efficacy of emotion focused therapy for adult survivors of child abuse: A preliminary study. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 115–133. <https://doi.org/10.1023/A:1007891716593>
- Pos, A. E., & Greenberg, L. S. (2007). Emotion-focused therapy: The transforming power of affect. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37(1), 25–31. <https://doi.org/10.1007/s10879-006-9031-z>
- Rohde, K. B., Stein, M., Pascual-Leone, A., & Caspar, F. (2015). Facilitating emotional processing: An experimental induction of psychotherapeutically relevant affective states. *Cognitive therapy and research*, 39(5), 564–577.
- Sales, C. M. D., Moleiro, C. M. D. M., Evans, C., & Alves, P. C. G. (2012). Versão Portuguesa do CORE-OM: tradução, adaptação e estudo preliminar das suas propriedades psicométricas. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 39(2), 54–59.

- Santos, P. J., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: teoria, investigação e prática*, 2, 2003, 253-268.
- Shahar, B., Carlin, E. R., Engle, D. E., Hegde, J., Szepsenwol, O., & Arkowitz, H. (2012). A pilot investigation of emotion-focused two-chair dialogue intervention for self-criticism. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(6), 496-507. <https://doi.org/10.1002/cpp.762>
- Singh, M. (1994). Validation of a measure of session outcome in the resolution of unfinished business. Unpublished doctoral dissertation, York University, Toronto, Ontario, Canada.
- Sousa, T. V., Viveiros, V., Chai, M. V., Vicente, F. L., Jesus, G., Carnot, M. J., Gordo, A. C., & Ferreira, P. L. (2015). Reliability and validity of the Portuguese version of the Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) scale. *Health and quality of life outcomes*, 13, 50. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0244-2>
- Watson, J. (2019). Role of the therapeutic relationship in emotion-focused therapy. In L. S. Greenberg & R. N. Goldman (Eds.), *Clinical handbook of emotion-focused therapy* (pp. 111–128). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000112-005>
- Watson, J., Timulak, L., & Greenberg, L. S. (2019). Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder. In L. S. Greenberg & R. N. Goldman (Eds.), *Clinical handbook of emotion-focused therapy* (pp. 315–336). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000112-014>
- Woldarsky Meneses, C., & McKinnon, J. M. (2019). Emotion-focused therapy for couples. In L. S. Greenberg & R. N. Goldman (Eds.), *Clinical handbook of emotion-focused therapy* (pp. 447–469). American Psychological Association.