



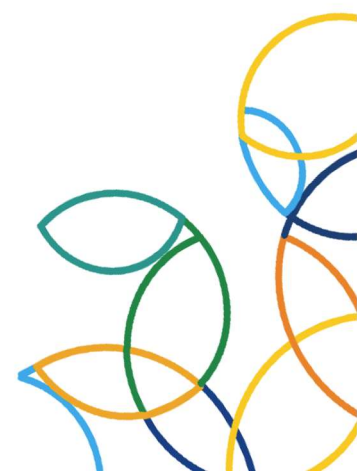
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGPSI

MARCO AURÉLIO MENDES

**O IMPACTO DA TERAPIA FOCADA NAS EMOÇÕES SOB UMA PERSPECTIVA
TRANSDIAGNÓSTICA: EFEITOS NA REGULAÇÃO EMOCIONAL, NO ESTRESSE E
NA QUALIDADE DE VIDA**

SEROPÉDICA

2026





MARCO AURÉLIO MENDES

O IMPACTO DA TERAPIA FOCADA NAS EMOÇÕES SOB UMA PERSPECTIVA
TRANSDIAGNÓSTICA: EFEITOS NA REGULAÇÃO EMOCIONAL, NO ESTRESSE E NA
QUALIDADE DE VIDA

Tese submetida como requisito parcial para obtenção
do grau de Doutor em Psicologia, no Programa de
Pós-Graduação em Psicologia da Universidade
Federal Rural do Rio de Janeiro, Área de
Concentração Psicologia.

Orientador (a): Profa. Dra. Ana Cláudia de Azevedo
Peixoto

Coorientador: Prof. Dr. Wanderson Fernandes de
Souza

SEROPÉDICA

2026

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M538i Mendes, Marco Aurélio, 1967-
 O IMPACTO DA TERAPIA FOCADA NAS EMOÇÕES SOB UMA
 PERSPECTIVA TRANSDIAGNÓSTICA: EFEITOS NA REGULAÇÃO
 EMOCIONAL, NO ESTRESSE E NA QUALIDADE DE VIDA / Marco
 Aurélio Mendes. - Rio de Janeiro, 2026.
 182 f.

 Orientadora: Ana Cláudia de Azevedo Peixoto.
 Coorientadora: Wanderson Fernandes de Souza.
 Tese(Doutorado). -- Universidade Federal Rural do
 Rio de Janeiro, Programa de Pós=Graduação em
 Psicologia, 2026.

 1. terapia focada nas emoções. 2. psicoterapia. 3.
 emoções. 4. prática baseada em evidências. 5.
 abordagem transdiagnóstica. I. Peixoto, Ana Cláudia de
 Azevedo, 1973-, orient. II. de Souza, Wanderson
 Fernandes, 1973-, coorient. III Universidade Federal
 Rural do Rio de Janeiro. Programa de Pós=Graduação em
 Psicologia. IV. Título.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGPSI

MARCO AURÉLIO MENDES

O IMPACTO DA TERAPIA FOCADA NAS EMOÇÕES SOB UMA PERSPECTIVA
TRANSDIAGNÓSTICA: EFEITOS NA REGULAÇÃO EMOCIONAL, NO ESTRESSE E NA
QUALIDADE DE VIDA

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Doutor em Psicologia, no Curso de Pós-Graduação em
Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Área
de Concentração em Psicologia.

Tese aprovada em 07 de abril de 2026.

BANCA EXAMINADORA:



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
SISTEMA INTEGRADO DE PATRIMÔNIO, ADMINISTRAÇÃO E
CONTRATOS

FOLHA DE ASSINATURAS

TERMO N° 263/2026 - DeptPO (12.28.01.00.00.00.23)

(N° do Protocolo: NÃO PROTOCOLADO)

(Assinado digitalmente em 07/05/2026 09:52)

ANA CLÁUDIA DE AZEVEDO PEIXOTO

PROFESSOR DO MAGISTÉRIO SUPERIOR

DeptPO (12.28.01.00.00.00.00.23)

Matricula: ###082#2

(Assinado digitalmente em 08/05/2026 09:46)

LILLIAN MARIA BORGES

PROFESSOR DO MAGISTÉRIO SUPERIOR

DeptPO (12.28.01.00.00.00.00.23)

Matricula: ###776#0

(Assinado digitalmente em 08/05/2026 07:23)

PEDRO PAULO PIRES DOS SANTOS

ASSINANTE EXTERNO

CPF: ###.###.197-##

(Assinado digitalmente em 07/05/2026 11:09)

CARLOS EDUARDO LOURENÇO DOS SANTOS NORTE

ASSINANTE EXTERNO

CPF: ###.###.327-##

(Assinado digitalmente em 07/05/2026 11:34)

JOÃO MANUEL DE CASTRO FARIA SALGADO

ASSINANTE EXTERNO

Passaporte: ##711#3

Dedico esta tese ao meu querido Marquinho. Um menino sensível, nem sempre compreendido, mas que um dia sonhou em ser um cientista, um professor Pardal, mesmo com todas as adversidades de ser um garoto de Bonsucesso, subúrbio do Rio de Janeiro, nascido em uma família sem instrução, mas muito esperançosa em uma vida melhor construída através da educação e do trabalho.

AGRADECIMENTOS

Esta parte sempre é a mais difícil pois a experiência de se aproximar de um sonho transcende as palavras. E sempre tem mais gente envolvida nisso, do que as que entram nesta página. Se você estiver lendo estas linhas e se sentir chateado por não estar aqui, verifique se as minhas atitudes quando estou contigo, não refletem a sua importância na minha vida.

Sigo então esta árdua tarefa, agradecendo especialmente a minha orientadora, Dra. Ana Cláudia de Azevedo Peixoto, que materializou um desejo antigo e adormecido e me ensinou ferramentas que tornaram possível desbravar esta estrada. Quero também manifestar a minha gratidão ao coorientador Wanderson Fernandes de Souza, que com sua objetividade e simplicidade, me guiou pelos caminhos da análise estatística, e aos professores presentes na minha qualificação, que com suas orientações precisas me ajudaram a preparar este trabalho. Também me sinto grato por ter escolhido a Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ) para realizar o Doutorado. Seus alunos, funcionários e docentes, são a prova viva de que a educação resiste e insiste em transformar vidas.

Também quero reconhecer a importância dos professores que marcaram minha vida e formaram quem sou, bem como das psicólogas e facilitadoras do Instituto TFE Brasil e de todos os participantes do estudo TFE Brasil, desde os entrevistadores, terapeutas e pacientes. Agradeço também à colega Thyzar Albuquerque dos Santos pela parceria no artigo de qualidade de vida, aos colegas Célio Júnio do Carmo Costa, Emily Tinoco de Azevedo, Cláudia Machado de Mesquita, Gabriel Talask e Ana Cláudia de Azevedo Peixoto, pela parceria no artigo de revisão integrativa sobre a terapia focada nas emoções no tratamento da depressão e aos colegas Cristiana Martins, Mariana Amorim, Thiago Carlos Pinheiro e Wilson Lima, pela parceria no artigo sobre trauma na perspectiva da terapia focada nas emoções, que apesar de ainda não estar finalizado, contribuiu para a escrita desta tese.

Agradeço ao meu pai pelo suporte financeiro na minha educação e à minha mãe pelo carinho e confiança sempre demonstrado. Ao Dr. Leslie Greenberg, o meu amigo Les, deixo aqui registrado todo o afeto e carinho por tanta orientação e amizade recebida ao longo das últimas décadas.

E como o mais importante é sempre o último registro, dedico todas as linhas, pontos, vírgulas e parágrafos para a minha amada Márcia Bruno e a minha filha Luísa Bruno, que são as inspirações motivadoras para a minha existência.

RESUMO

MENDES, Marco Aurélio. **O Impacto da terapia focada nas emoções sob uma perspectiva transdiagnóstica: efeitos na regulação emocional, no estresse e na qualidade de vida.** 2026. 182 pg. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Educação, Departamento de Psicologia, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2026.

As classificações diagnósticas dos transtornos mentais têm sido questionadas devido a fatores como baixa precisão, grande sobreposição de sintomas e a dificuldade dos terapeutas na utilização de protocolos específicos para cada quadro clínico distinto. A ideia de propor tratamentos transdiagnósticos como alternativa a estas dificuldades vêm ganhando força nas duas últimas décadas. Ainda pouco conhecida no Brasil, a terapia focada nas emoções é uma prática baseada em evidências e uma abordagem que tem a emoção como o elemento central das suas intervenções. O objetivo desta tese foi avaliar o impacto da terapia focada nas emoções sob uma perspectiva transdiagnóstica e seus efeitos na regulação emocional, no estresse e na qualidade de vida, a partir da base de dados do estudo TFE Brasil: I. 60 pacientes brasileiros foram randomizados, com 31 participantes no grupo intervenção e 29 no grupo controle (lista de espera). O grupo intervenção foi atendido em 16 a 20 sessões semanais de psicoterapia por videoconferência (16.39; SD = 2.54). O impacto das intervenções foi avaliado através de escalas que avaliaram a desregulação emocional (DERS), o estresse percebido (PSS-10) e a qualidade de vida (WHOQOL-BREF). O tratamento foi eficaz na melhora da desregulação emocional total ($p < 0.001$), do estresse percebido ($p < 0.001$) e dos domínios físico ($p < 0.001$), psicológico ($p < 0.001$), relações sociais ($p < 0.001$) e meio ambiente da escala de qualidade de vida ($p < 0.05$). O follow-up de 4 meses após o final do tratamento, revelou a manutenção da melhora na desregulação emocional total ($p < 0.001$), do estresse percebido ($p < 0.001$) e nos domínios físico ($p < 0.05$) e psicológico ($p < 0.001$) da escala de qualidade de vida. Os resultados apontam a terapia focada nas emoções como abordagem promissora na promoção da saúde mental da população brasileira, ampliando as evidências de eficácia das intervenções transdiagnósticas em psicoterapia. As restrições metodológicas deste estudo, como o tamanho da amostra, o formato de videoconferência e o número limitado de sessões, sugerem a necessidade de novos estudos para aprofundar os resultados obtidos.

Palavras-chave: terapia focada nas emoções; psicoterapia; emoções; prática baseada em evidências; abordagem transdiagnóstica.

ABSTRACT

MENDES, Marco Aurélio. **The impact of emotion-focused therapy interventions from a transdiagnostic perspective:** effects on emotional regulation, stress and quality of life. 2026. 182 pages. Thesis (PhD in Psychology). Institute of Education, Department of Psychology, Federal Rural University of Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2026.

Diagnostic classifications of mental disorders have been questioned due to factors such as low precision, significant symptom overlap, and the difficulty therapists face when implementing specific protocols for each distinct clinical condition. The idea of proposing transdiagnostic treatments as an alternative to these challenges has gained momentum over the last two decades. Although still relatively unknown in Brazil despite being an evidence-based practice, Emotion-Focused Therapy (EFT) is a transdiagnostic approach that places emotion as the central element of its interventions. The objective of this thesis was to evaluate the impact of transdiagnostic EFT interventions in regard to emotional regulation, stress and quality of life, in a convenience sample, using the database from the study TFE Brasil: I. 60 Brazilian patients were randomized, with 31 participants in the intervention group and 29 in the control group (waitlist). The intervention group received 16 to 20 psychotherapy sessions via videoconference (mean = 16.39; SD = 2.54). The impact of the interventions was assessed using scales measuring emotional dysregulation (DERS), perceived stress (PSS-10), and quality of life (WHOQOL-BREF). The treatment was effective in improving total emotional dysregulation ($p < 0.001$), perceived stress ($p < 0.001$), and the quality-of-life domains, physical ($p < 0.001$), psychological ($p < 0.001$), social relationships ($p < 0.001$), and environment ($p < 0.05$). The 4-month follow-up after the end of treatment revealed the maintenance of improvement in emotion dysregulation ($p < 0.001$), perceived stress ($p < 0.001$), and in the physical ($p < 0.05$) and psychological ($p < 0.001$) domains of the quality-of-life scale. The results point out EFT as a promising approach in promoting mental health within the Brazilian population, expanding the evidence on the efficacy of transdiagnostic interventions in psychotherapy. The limitations of the sample size and the restricted number of sessions, and the videoconferencing format, suggest the need for further studies to confirm these outcomes.

Keywords: emotion-focused therapy; psychotherapy; emotions; evidence-based practice; transdiagnostic approach.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACP - Abordagem Centrada na Pessoa

ACT - Terapia de Aceitação e Compromisso

APA - Associação Americana de Psicologia

BVS -Biblioteca Virtual em Saúde

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEPS-R - Escala de Produtividade Emocional - Revisada

DERS - Escala de Dificuldades de Regulação Emocional

DBT - Terapia Dialética Comportamental

HADS - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

ISEFT - Sociedade Internacional de Terapia Focada nas Emoções

ISMAI - Instituto Universitário da Maia

MENSIT - Acrônimo para Marcadores, Emoções primárias, Necessidades, Sintomas ou emoções secundárias, Interrupções e Temas centrais

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBE - Prática Baseada em Evidências

PPGPSI - Pós-graduação em Psicologia da UFRRJ

PSS-10 - Escala de Percepção do Estresse

QV - Qualidade de Vida

RE - Regulação Emocional

RS - Revisão Integrativa

SGA - Síndrome Geral de Adaptação

Scielo - Scientific Electronic Library Online

TFE – Terapia Focada nas Emoções

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

TCLE- Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UFRRJ - Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

UMAIA – Universidade da Maia

WHOQOL-BREF - Questionário de Qualidade de Vida Breve

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Etapas do estudo TFE Brasil	50
Figura 2 – Fluxograma dos pacientes na pesquisa	51
ESTUDO 1 – Revisão integrativa da literatura sobre a terapia focada nas emoções no tratamento da depressão	82
Figura 1 – Diagrama PRISMA	98
ESTUDO 2 – Affect and emotion regulation in emotion-focused therapy: findings from a transdiagnostic randomized controlled trial	102
Figura 1 – Flow of participants during the study	127

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Marcadores e tarefas terapêuticas	39
Quadro 2 – Etapas da intervenção	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra	59
Tabela 2 – Características transdiagnósticas do grupo intervenção	60
Tabela 3 – Comparações entre o grupo controle e o grupo intervenção em M1	61
Tabela 4 – Comparações dos momentos M1 – M3 no grupo controle	63
Tabela 5 – Impactos da intervenção ao final do tratamento (M1 – M3)	63
Tabela 6 – Comparações múltiplas com correção de Bonferroni para o grupo intervenção	64
Tabela 7 – Correlações de Spearman das variáveis clínicas para o grupo intervenção pós-tratamento (M3)	65
ESTUDO 1 – Revisão integrativa da literatura sobre a terapia focada nas emoções no tratamento da depressão	82
Tabela 1 – Estratégias de busca para os descritores	99
Tabela 2 – Descrição dos artigos encontrados	99
ESTUDO 2 – Affect and emotion regulation in emotion-focused therapy: findings from a transdiagnostic randomized controlled trial	102
Tabela 1 – Impacts of the Intervention on Clinical Variables at the end of Treatment (M1 vs. M3)	126
Tabela 2 – Multiple Comparisons with Bonferroni Correction for the Intervention Group	126
Tabela S1 – Sociodemographic and Clinical Characteristics of the Total Sample at Baseline (N = 60)	128
Tabela S2 – Baseline Mental Health Characteristics of the Intervention Group	130
Tabela S3 – Spearman’s Correlations Among Clinical Variables for the Intervention Group at Post-treatment (M3)	131
Estudo 3 – Terapia focada nas emoções e qualidade de vida: resultados de um ensaio clínico randomizado em amostra transdiagnóstica	133
Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra	144
Tabela 2 – Características transdiagnósticas do grupo intervenção	146
Tabela 3 – Impactos da intervenção ao final do tratamento (M1 – M3)	147
Tabela 4 – Comparações múltiplas com correção de Bonferroni para o grupo intervenção	148
Tabela 5 – Correlações de Spearman das variáveis clínicas para o grupo intervenção pós-tratamento (M3)	149

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1. INTRODUÇÃO	19
2. JUSTIFICATIVA	22
3. OBJETIVOS	24
3.1. OBJETIVO GERAL	24
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
4. HIPÓTESES	25
4.1. HIPÓTESE NULA (H0)	25
4.2. HIPÓTESE ALTERNATIVA GERAL (H1)	25
4.3. HIPÓTESES ESPECÍFICAS	25
5. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	26
5.1. AS EMOÇÕES E A PSICOTERAPIA	26
5.2. TEORIA CONSTRUTIVISTA DIALÉTICA: ARTICULANDO EMOÇÕES E COGNIÇÕES	30
5.3. A PATOLOGIZAÇÃO DO NORMAL E A NECESSIDADE DE INTERVENÇÕES TRANSDIAGNÓSTICAS NO MUNDO CONTEMPORÂNEO	31
5.4. TERAPIA FOCADA NAS EMOÇÕES: TEORIA E PRÁTICA	33
5.4.1. Esquemas emocionais: a fundação das organizações do <i>self</i>	33
5.4.2. Classificação das emoções	34
5.4.3. Processos centrais de mudança na TFE	37
5.4.4. Prática da psicoterapia em TFE	38
5.5. REGULACAO EMOCIONAL	40
5.6. ESTRESSE	42
5.7. QUALIDADE DE VIDA	44
5.8. PRÁTICA BASEADAS EM EVIDÊNCIAS	45
6. MÉTODO	47
6.1. TIPO DE PESQUISA	47
6.2. DESCRIÇÃO DOS PARTICIPANTES E BANCO DE DADOS E QUESTÕES ÉTICAS	47
6.2.1. Critérios de Inclusão	48

6.2.2. Critérios de Exclusão	48
6.3. PROCEDIMENTOS DA PESQUISA	48
6.4. INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA PESQUISA	51
6.5. ESTRUTURANDO A INTERVENÇÃO	53
6.5.1. Fases da Terapia	53
6.5.2. Formulação de Caso	54
6.5.3. A estrutura do tratamento no estudo TFE BRASIL: I	56
6.5.3.1. Vinculando e observando o processamento emocional	56
6.5.3.2. MENSIT, transformando emoções e criando significados	56
6.5.3.3. Aplicando os significados na vida e fechando a terapia	57
6.6. ANÁLISE ESTATÍSTICA	58
6.7. QUESTÕES ÉTICAS	58
7. RESULTADOS	59
8. DISCUSSÃO	66
9. CONCLUSÃO	71
10. REFERÊNCIAS	73
11. ESTUDO 1 – REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA SOBRE A TERAPIA FOCADA NAS EMOÇÕES NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO	82
12. ESTUDO 2 – AFFECT AND EMOTION REGULATION IN EMOTION-FOCUSED THERAPY: FINDINGS FROM A TRANSDIAGNOSTIC CONTROLLED TRIAL	102
13. ESTUDO 3 – TERAPIA FOCADA NAS EMOÇÕES E QUALIDADE DE VIDA: RESULTADOS DE UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO EM AMOSTRA TRANSDIAGNÓSTICA	133
ANEXO A: ESCALA HOSPITALAR DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE (HADS)	160
ANEXO B: ESCALA DE DIFICULDADES DE REGULAÇÃO EMOCIONAL (DERS)	161
ANEXO C: ESCALA DE PERCEPÇÃO DO ESTRESSE (PSS-10)	163
ANEXO D: QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA BREVE (WHOQOL-BREF)	165
ANEXO E: PARECER SUBSTANCIADO DO CEP	170
ANEXO F: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	175
APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	181

APRESENTAÇÃO

Pensei que fosse mais simples escrever estas linhas. Já escrevi, apaguei, reescrevi, sentei-me e levantei-me diversas vezes. E de repente me dei conta de que estas hesitações, impulsos e retrocessos são nada mais nada menos do que o meu próprio caminhar nesta vida, cheio de curvas e praticamente sem linhas retas. Então paro aqui neste momento e me conecto com esta experiência de escrever este texto e me pergunto: o que acontece comigo neste exato momento? Percebo um cansaço pelos dias dedicados à organização do material e ao mesmo tempo um frescor e uma vontade enorme de continuar. E que eu gostaria que houvesse um caminho mais direto e objetivo, mas que as coisas simplesmente não se organizam para mim desta maneira. E aceitar esta experiência que tem vários aspectos diferentes e simbolizá-las em palavras, me tranquiliza.

Esta experiência real descrita acima está diretamente ligada a um dos aspectos mais essenciais da Terapia Focada nas Emoções (TFE) que é o que chamamos de experiencição, ou seja, a capacidade de percebermos as sensações sentidas em nosso corpo na relação com as situações/ambiente para então criarmos significados a partir das mesmas. E mostra o quanto a TFE se tornou um aspecto fundamental da minha própria vida.

Desde o final da graduação, já são mais de duas décadas dedicadas à prática da psicoterapia. E logo depois dos primeiros 5 anos, a empolgação inicial foi abrindo um espaço para um incômodo cada vez mais crescente com aqueles pacientes que eu não conseguia ajudar. E eu me lembro dos meus questionamentos sobre a capacidade de escolha dos clientes, da sua real disposição para a mudança e da minha própria onipotência de clínico inexperiente achando que eu tinha que salvá-los muitas vezes de si mesmos. Mas em meio a tudo isto havia um ponto específico no qual eu tinha certeza de que faltava na minha abordagem, na época a Terapia Cognitivo-Comportamental. E era justamente como auxiliar os clientes a transformarem suas emoções.

Nas abordagens cognitivas, por mais que exista uma noção muito clara da interação entre pensamento-emoção-comportamento, a ênfase recai nos aspectos cognitivos. A via de acesso para a transformação da experiência envolve sempre uma mudança na interpretação das situações. Mas a questão é que nem sempre é possível mudar a sensação sentida de quem somos através da cognição/razão. E mais uma vez, são eles, os clientes, (sempre eles!) que me auxiliaram a perceber este problema. Lembro até hoje de um cliente, Doutor em astrofísica, que se “achava” burro. E por mais que as evidências contrárias estivessem ali presentes, a sua crença continuava inabalável. Ele sabia que não havia nenhum sentido naquela crença, mas a experiência sentida continuava a mesma.

Foi este cliente quem me ensinou que não é possível mudar uma crença mais profunda com intervenções cognitivas. E que toda a crença é apenas a descrição na linguagem de uma estrutura afetiva que precisa ser o foco da intervenção em psicoterapia.

E assim foi a minha busca por novos modelos de terapia que tivessem este aspecto como o centro de seu processo terapêutico. Alguns me responderam algumas questões, mas nenhum deles trabalhava diretamente com a emoção e seus aspectos mais essenciais. Até que eu descobri a TFE. E foi através da minha própria experiência com a abordagem que eu pude perceber isto de forma mais clara.

Fui realizar o meu primeiro treinamento em TFE no ano de 2013, logo após um grave acidente no qual quase perdi a vida. Na época, eu já estava lendo bastante sobre o modelo, mas faltava a coragem de realizar o treinamento em inglês, viajar para fora do Brasil num mundo em que aulas virtuais ainda não eram tão disseminadas e, principalmente, me arriscar a mudar de abordagem. Mais uma vez, as experiências foram determinantes para a minha decisão.

A primeira, claro, foi ter quase perdido a vida em um acidente médico. Neste momento em que a vida passa como um filme na sua frente, todos os medos ficam pequenos. E a grande motivação humana que é sobreviver e prosperar se faz presente. E a segunda, foi a minha própria experiência com a vergonha, emoção que sempre marcou a minha vida.

Ao final do último dia do primeiro treinamento no Canadá, eu estava me sentindo completamente derrotado. Passei por uma experiência que considero de grande humilhação com uma psicóloga em um grupo no qual eu estava tentando intervir como um terapeuta, trabalhando com a emoção real de uma colega que também estava em treinamento. Me senti inundado pela vergonha que sempre me marcou, de um menino de origem pobre, do bairro periférico de Bonsucesso no subúrbio do Rio de Janeiro, filho de pais nordestinos que não tiveram acesso ao estudo. O único escudo que eu tinha para me proteger do bullying e da sensação de inferioridade sempre foi o estudo e a dedicação. E ali, naquele instante, este escudo havia sido quebrado. E eu estava frente a frente com a minha emoção mais visceral.

Era uma sexta-feira e, logo após esta experiência, eu decidi desistir do treinamento que reiniciava na segunda seguinte. Me dirigi então ao criador da abordagem que conduzia o treinamento, Dr. Les Greenberg, para comunicar a minha desistência. E talvez eu esperasse ouvir algo como “Fique um pouco mais. Você está se exigindo muito” ou qualquer coisa parecida. Mas o que eu ouvi dele foi “Eu estou vendo como está sendo embaraçoso para você passar por tudo isto. Deve ser uma sensação de muita vergonha mesmo, esta emoção que você sente agora”. E ele não me falou para insistir. Mas

acontece que eu me senti visto e tive o meu sentimento real acolhido e validado. E eu lembro até hoje da minha surpresa com a minha reação. Fiquei em silêncio, olhei diretamente em seus olhos e me despedi. E na segunda-feira lá estava eu de novo.

Ao voltar ao Brasil, tive muita dificuldade em praticar a TFE pois eu só havia feito um treinamento de 10 dias. Resolvi voltar mesmo assim no ano seguinte para completar a formação formal que, naquela época era feita de forma intensiva, o que dificultava muito a aprendizagem gradual da abordagem e o amadurecimento das dúvidas práticas e teóricas. O último nível da TFE era com supervisões. Percebo hoje que o vídeo que eu levei era um verdadeiro desastre em relação às intervenções. Mas, mesmo assim, tinha algo bom ali reconhecido pelo próprio Les. Segundo ele, eu era realmente empático à dor do cliente o que, segundo ele, é extremamente raro de ver em um terapeuta cognitivo que, diante da dor, traz imediatamente reflexões e cognições que acabam tirando a pessoa do contato da emoção, sem transformá-la. Foi este feedback que me fez voltar. Entendi também que era apenas com as supervisões que eu iria aprender a usar a TFE e então pedi para ser supervisionado por ele, o que aconteceu apenas em 2015.

E assim o caminho foi seguindo. Comecei a dividir o que vinha aprendendo com um grupo pequeno de colegas cariocas neste mesmo ano de 2015. E fomos experimentando, estudando, até que consegui convencer o Les a vir ao Brasil para realizar o treinamento em TFE no final do ano de 2018. E para que isto acontecesse eu fui convidado para ser facilitador do treinamento em TFE no Canadá no início deste mesmo ano, na minha primeira experiência internacional. Repetimos o treinamento com o Les no Brasil em 2019, comigo sendo facilitador. Me tornei primeiro terapeuta certificado e primeiro supervisor certificado em TFE na América Latina. Em 2020, me tornei o primeiro treinador da TFE na América Latina, o que me possibilitou realizar os treinamentos sem a necessidade de algum profissional de fora, diminuindo os custos e possibilitando a formação de mais colegas brasileiros.

Com a formação acontecendo no Brasil veio a necessidade de qualificar melhor os profissionais brasileiros para atenderem os nossos clientes. Me encontrava insatisfeito com a formação sendo feita apenas com base em estudos com populações norte-americanas e europeias, sem que fosse adaptada à realidade da população brasileira. Assim, montei um projeto de pesquisa com o auxílio de colegas pesquisadores já que não tinha conhecimento de pesquisa pois até então o meu foco sempre havia sido a clínica. O projeto foi enviado para um Comitê de Ética da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, e foi aprovado. Tendo sido fundamental para a qualidade da formação no Brasil. Agora, tínhamos casos clínicos brasileiros que falavam da nossa realidade econômica, racial, religiosa e social.

O que aconteceu em seguida foi que me vi com uma enorme base de dados sem saber o que fazer com ela. Entendi que o material seria importante para a compreensão não apenas da TFE, mas das abordagens transdiagnósticas e do próprio estudo da psicoterapia no Brasil. Procurei a Dra. Ana Cláudia Peixoto que gostou da ideia e entendeu a importância do estudo, desta forma, me convidou para participar do processo seletivo em 2022.

E então cheguei até aqui. E assim se passaram 13 anos desde o início com a TFE. E eu percebi o quanto é importante realizar um estudo científico da psicoterapia e das emoções e o quanto cada emoção é importante, mesmo quando desconfortável. Que não existem emoções positivas nem negativas. Tudo depende do contexto. E que a emoção, uma vez ativada intensamente, é impenetrável à razão. E é isto que me faz querer realizar um Doutorado com quase 60 anos de idade, pois isto pode ser tudo, menos uma decisão racional. Mas faz todo sentido para mim.

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, observa-se uma mudança significativa no campo das psicoterapias. Após o predomínio das abordagens cognitivas, especialmente da terapia cognitivo-comportamental (TCC), tem-se verificado um crescente interesse por modelos que enfatizam os processos emocionais como elementos centrais da experiência humana e da mudança terapêutica. Mesmo abordagens tradicionalmente cognitivas vêm incorporando intervenções focadas na regulação emocional, reconhecendo o papel fundamental das emoções na manutenção e no tratamento dos transtornos mentais (Greenberg, 2021).

Dentre essas abordagens psicoterapêuticas, destaca-se a Terapia Focada nas Emoções (TFE) - trata-se de um modelo de base neohumanista e experiencial que integra intervenções empáticas clássicas, com ênfase na qualidade da relação terapêutica tal como proposta por Carl Rogers, o foco na experiência sentida e nas sensações corporais conforme desenvolvido por Eugene Gendlin, bem como influências da Gestalt-terapia de Fritz Perls, especialmente no uso de estratégias experienciais e na mobilização emocional ativa durante as sessões (Mendes; Greenberg, 2022).

A TFE fundamenta-se na compreensão de que a emoção constitui o principal sistema organizador da experiência humana, desempenhando papel central na construção do self, na regulação das relações interpessoais e na atribuição de significado às vivências. Nesse sentido, o modelo articula a tradição humanista-existencial e fenomenológica com contribuições contemporâneas das teorias das emoções, da teoria do apego e da neurociência afetiva, integrando conhecimento clínico e evidências empíricas acumuladas nas últimas décadas (Mendes; Bruno, 2019).

Com esse arcabouço teórico e metodológico, a TFE vem sendo reconhecida como uma abordagem integrativa, baseada em evidências e aplicável a diferentes quadros clínicos, sendo frequentemente compreendida sob uma perspectiva transdiagnóstica, na medida em que focaliza processos emocionais subjacentes que atravessam distintas categorias diagnósticas (APA, 2024; Greenberg, 2023).

Com raízes na tradição humanista-existencial e fenomenológica, a TFE vem sendo cada vez mais compreendida a partir de uma perspectiva transdiagnóstica. Tal perspectiva propõe que os processos emocionais disfuncionais, como esquemas emocionais desadaptativos, dificuldades de regulação e padrões interpessoais rígidos, atravessam diferentes categorias diagnósticas, oferecendo uma alternativa ao modelo estritamente nosológico. De fato, cresce na literatura científica o questionamento acerca dos limites clínicos da categorização psiquiátrica tradicional, conforme

representada pelos manuais diagnósticos, e amplia-se o apoio a abordagens que focalizam processos psicológicos subjacentes comuns a diferentes transtornos (Dalglish *et al.*, 2020).

Embora as emoções constituam dimensões universais do funcionamento humano, sua expressão, regulação e significado são profundamente influenciados pelo contexto relacional e sociocultural. Aspectos como raça/etnia, gênero e condição socioeconômica podem impactar tanto o sofrimento psíquico quanto os desfechos psicoterapêuticos, sendo fundamentais para uma compreensão contextualizada da intervenção clínica (Benedito; Fernandes, 2020; Gouveia; Zanello, 2019).

Diante desse cenário, esta pesquisa teve como objetivo geral investigar o impacto da TFE em uma amostra transdiagnóstica sobre a desregulação emocional, os sintomas de estresse percebido e a qualidade de vida. Especificamente, buscou-se responder às seguintes questões de pesquisa: (a) a intervenção com a TFE promove mudanças significativas na desregulação emocional, no estresse percebido e na qualidade de vida? (b) variáveis socioeconômicas estão associadas aos desfechos clínicos observados? (c) a TFE pode ser considerada uma abordagem eficaz no contexto da população brasileira?

A partir dessas questões, estruturou-se o presente trabalho da seguinte forma: os capítulos 2 e 3 apresentam a justificativa e os objetivos do estudo; o capítulo 4 contempla a fundamentação teórica - discutindo os principais conceitos que fundamentam os estudos, incluindo a articulação entre emoções e psicoterapia, a teoria construtivista dialética que fundamenta a TFE, a perspectiva transdiagnóstica e os princípios teórico-práticos do modelo; o capítulo 5 descreve o método; o capítulo 6 descreve os resultados; o capítulo 7 apresenta a discussão e as considerações finais. O capítulo 8, apresenta os estudos empíricos que foram resultados da pesquisa, em formato de artigos, que são:

Estudo (1): “Integrative Literature Review on Emotion-Focused Therapy in the Treatment of Depression”. O objetivo foi realizar e apresentar os resultados de uma revisão integrativa da literatura sobre os achados das intervenções em psicoterapia com a Terapia Focada nas Emoções para o tratamento da depressão. O estudo foi submetido à revista Estudos de Psicologia e a versão presente nesta tese segue as normas de publicação.

Estudo (2): “Affect and Emotion Regulation in Emotion-Focused Therapy: Findings from a Transdiagnostic Randomized Trial with a Waitlist Group”. Este estudo teve como objetivo estudar o impacto da terapia focada nas emoções em um ensaio clínico randomizado transdiagnóstico com um grupo controle em lista de espera, utilizando uma amostra brasileira de sessenta participantes. Foram

realizadas dezesseis a vinte sessões de terapia focada na emoção em formato de videoconferência. O estudo foi submetido à revista *Psychotherapy* e a versão presente nesta tese segue as normas de publicação.

Estudo (3): “Terapia focada nas emoções e qualidade de vida: resultados de um ensaio clínico randomizado em amostra transdiagnóstica”. Este estudo teve como objetivo avaliar os efeitos da TFE na qualidade de vida de participantes em um ensaio clínico randomizado controlado com uma amostra de conveniência transdiagnóstica da população brasileira. O artigo já foi estruturado no formato APA em função deste ser o mais utilizado pelos periódicos.

2. JUSTIFICATIVA

É amplamente reconhecido na comunidade científica que a prática profissional em Psicologia e Psicoterapia deve estar fundamentada em pesquisa clínica rigorosa e em métodos de intervenção sistematicamente avaliados quanto à sua eficácia. Nesse contexto, consolidou-se nas últimas duas décadas o campo da Prática Baseada em Evidências (PBE), cujo objetivo é orientar decisões clínicas a partir da integração entre ciência e prática (APA, 2024).

A PBE não se restringe à comprovação empírica da eficácia de intervenções. Trata-se de um processo de tomada de decisão que envolve a articulação de três domínios fundamentais: (1) a melhor evidência científica disponível; (2) a expertise clínica do profissional; e (3) as características, cultura, valores e preferências do cliente (Melnik; Souza; Carvalho, 2014; Stenzel, 2021). Assim, a PBE exige atualização contínua dos clínicos e o desenvolvimento de intervenções que sejam não apenas eficazes, mas também aplicáveis a diferentes contextos e populações.

Apesar dos avanços na pesquisa psicoterapêutica, ainda há desafios importantes no tratamento de transtornos mentais. No caso da depressão, por exemplo, parcela significativa dos pacientes não responde adequadamente ao tratamento medicamentoso ou às psicoterapias convencionais (Cuijpers *et al.*, 2021; Hollon; Ponniah, 2010). Esse cenário evidencia a necessidade de aprimoramento e diversificação das abordagens terapêuticas.

Paralelamente, intensifica-se o debate acerca da utilidade clínica dos sistemas diagnósticos baseados em classificações nosológicas. Embora tais sistemas forneçam uma linguagem comum entre profissionais e alguma organização para a condução do tratamento, sua estrutura foi historicamente influenciada pelo modelo médico tradicional, no qual as doenças tendem a estar associadas a etiologias relativamente específicas (Hayes; Hoffman, 2018). Os transtornos mentais, entretanto, apresentam etiologia multifatorial, envolvendo interações complexas entre fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais (Kendler, 2018). Nesse contexto, a proliferação de intervenções estruturadas segundo a lógica “protocolo-síndrome” pode limitar a flexibilidade clínica e dificultar a disseminação de tratamentos verdadeiramente baseados em processos psicológicos centrais (Wilamowska *et al.*, 2010).

Em resposta a essas limitações, intervenções transdiagnósticas têm se multiplicado nas últimas décadas (Fusar-Poli *et al.*, 2019). A proposta central dessas abordagens consiste em focalizar mecanismos psicológicos comuns a diferentes psicopatologias, como dificuldades de regulação emocional, esquemas cognitivos disfuncionais ou padrões interpessoais rígidos, possibilitando a

aplicação do tratamento a distintos quadros clínicos sem depender exclusivamente da especificidade diagnóstica (Hayes; Hofmann, 2018; Greenberg, 2021).

Evidências empíricas vêm sustentando a eficácia desse modelo. Arch *et al.* (2012), em ensaio clínico randomizado com 128 participantes diagnosticados com diferentes transtornos de ansiedade, compararam a TCC à Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), esta última reconhecida como abordagem transdiagnóstica. Ambos os grupos apresentaram melhora significativa nos desfechos clínicos. Resultados semelhantes têm sido observados quanto à melhora da qualidade de vida e à redução de sintomas de ansiedade e depressão (Ornelas Maia *et al.*, 2017), bem como em transtornos alimentares (Mcintosh *et al.*, 2016) e fobias específicas (Schroder *et al.*, 2017).

Nesse cenário, a TFE apresenta-se como uma alternativa promissora, podendo ser compreendida como essencialmente transdiagnóstica, uma vez que seu foco recai sobre processos emocionais subjacentes e não sobre categorias diagnósticas específicas; sua estrutura de intervenção baseia-se na transformação de esquemas emocionais desadaptativos, independentemente do rótulo nosológico (Greenberg, 2023). O caráter transdiagnóstico da TFE está presente até mesmo nos estudos com as psicopatologias “clássicas”, pois o tratamento é basicamente o mesmo, independentemente do quadro apresentado pelo paciente. Assim, diversos estudos têm demonstrado sua eficácia em diferentes condições clínicas, como ansiedade social (Shahar *et al.*, 2017), trauma complexo (Paivio *et al.*, 2010), depressão (Ellison *et al.*, 2009) e transtorno de ansiedade generalizada (Timulak *et al.*, 2022).

Apesar do crescente corpo de evidências internacionais, busca realizada em bases de dados nacionais (SciELO, Portal CAPES) e internacionais (PubMed) não identificou estudos empíricos que investiguem os efeitos da TFE na população brasileira, tendo sido encontrados apenas trabalhos teóricos. Tal lacuna revela o caráter inédito do presente estudo no contexto nacional e reforça a necessidade de examinar a eficácia de intervenções transdiagnósticas em diferentes contextos culturais, uma vez que a maioria das pesquisas foi conduzida em países norte-americanos e europeus (Mónaco; Goldman; Montoya-Castilla, 2022).

Considerando que o modelo de intervenção da TFE mantém princípios estruturais semelhantes independentemente da psicopatologia e que a depressão constitui o quadro clínico mais investigado nessa abordagem (Salgado; Cunha; Monteiro, 2019), optou-se também pela realização de uma revisão integrativa da literatura acerca da eficácia da TFE no tratamento da depressão, contribuindo para o aprofundamento e contextualização dos achados empíricos do presente estudo.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Investigar a eficácia da TFE sobre a regulação emocional, estresse percebido e qualidade de vida, em uma amostra transdiagnóstica.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar os escores dos instrumentos de avaliação no grupo intervenção antes e após a intervenção com a TFE.
- Comparar os escores dos instrumentos de avaliação entre o grupo intervenção e o grupo controle nos diferentes momentos de avaliação.
- Investigar a associação entre variáveis sociodemográficas e os desfechos clínicos avaliados.
- Mapear e sistematizar a literatura científica acerca da eficácia da TFE no tratamento da depressão por meio de revisão integrativa.

4. HIPÓTESES

4.1. HIPÓTESE NULA (H0)

Não haverá diferença estatisticamente significativa entre o grupo intervenção e o grupo controle nos desfechos de regulação emocional, qualidade de vida e estresse percebido.

4.2. HIPÓTESE ALTERNATIVA GERAL (H1)

H1 - Haverá diferença estatisticamente significativa entre o grupo intervenção e o grupo controle nos desfechos avaliados após a intervenção.

4.3. HIPÓTESES ESPECÍFICAS

H2 – A psicoterapia em TFE resultará em redução significativa da desregulação emocional no grupo intervenção em comparação ao grupo controle.

H3 – A psicoterapia em TFE resultará em melhora significativa na qualidade de vida no grupo intervenção em comparação ao grupo controle.

H4 – A psicoterapia em TFE resultará em diminuição significativa do estresse percebido no grupo intervenção em comparação ao grupo controle.

H5 – Os efeitos obtidos no grupo intervenção serão mantidos no follow-up de quatro meses após o término da psicoterapia.

5. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

5.1. AS EMOÇÕES E A PSICOTERAPIA

Durante muito tempo, a capacidade racional foi considerada a nossa grande força enquanto espécie. Se pensarmos nas epistemologias que dominaram o pensamento ocidental como as provenientes da filosofia grega, observamos que as chamadas paixões humanas eram consideradas como algo a ser dominado e que as emoções eram acusadas de impedir as pessoas a agir de maneira coerente e organizada. Platão argumentava que a capacidade de filosofar, refletir e raciocinar sobre as coisas era o que mais importava. Aristóteles, por sua vez, pregava um estado de equilíbrio oriundo da ponderação racional (Mendes; Greenberg, 2022).

Mas as evidências atuais demonstram que até para uma decisão racional acontecer, diversos processos automáticos relacionados às emoções já descartam inúmeras hipóteses. E vemos cada vez mais estudos, pesquisas e debates sobre o papel fundamental das emoções em nossas vidas (Damásio, 2018). A complexidade das emoções humanas é tamanha que esta temática tem sido considerada por muitos psicólogos como uma das áreas mais confusas da ciência (Plutchik, 2005; Greenberg, 2023).

O uso dos termos afetos, emoções e sentimentos, de forma indiferenciada na literatura, também é outro fator complicador. Eles não se referem exatamente à mesma coisa. Afeto é algo muito mais simples do que uma emoção e se relaciona com a noção de valência ou qualidade (positivo ou negativo, agradável ou desagradável) e de ativação ou intensidade (muito ou pouco) (Barrett, 2018). As emoções incluem os afetos, além da motivação para agir, atenção seletiva e cognições específicas ao estado emocional, bem como as reações neuroquímicas que estão subjacentes a todos esses fenômenos. Por sua vez, os sentimentos são decorrentes da percepção daquilo que acontece conosco enquanto experienciamos afetos ou emoções e utilizados para nos referirmos às categorias mais complexas, como orgulho, ressentimento, entre outras, que não apenas as emoções consideradas básicas como medo, raiva, tristeza, surpresa, nojo, alegria e raiva. Apesar destas diferenças é bastante tênue a linha que separa estes conceitos e tem se observado a tendência de uso intercambiável dos termos na literatura (Greenberg, 2023).

Apesar da existência de grande diversidade e discussões infinitas sobre o tema, existe atualmente um certo consenso sobre alguns aspectos definidores do que é uma emoção. As emoções fazem parte do mais importante sistema de processamento de informação dos organismos e tiveram origem na história evolutiva das espécies, trazendo vantagens de sobrevivência na medida em que,

diante de determinadas situações, acionam respostas de rápido processamento e de maneira automática. São processos determinados biologicamente, mas que podem adquirir novos significados, a partir da interação com o ambiente. No caso do ser humano, as experiências pessoais e a cultura são importantes fatores para moldar as emoções (Damásio, 2018; Greenberg, 2021).

As emoções nos tiram de nossa linha de base habitual, chamando a atenção para o que está acontecendo no momento, nos levando a agir/reagir. Elas nos indicam que algo importante acontece e necessita ser observado e que mudanças no organismo ou na sua relação com o ambiente podem ser necessárias para lidar melhor com a situação (Greenberg, 2021).

O pano de fundo desta mudança em nossos organismos é um conjunto complexo de reações químicas e neurais que formam um padrão diferente do habitual, da linha de base do organismo, envolvendo alterações em nossa fisiologia. Isto é bem claro nas emoções que envolvem grande excitabilidade, com fortes respostas corporais, em uma espécie de valência ou qualidade, como uma explosão de raiva ou o tremor em todo o corpo decorrente, por exemplo, do medo (Damásio, 2018; Greenberg, 2021). O contexto também é importante para se definir a emoção pois reações fisiológicas semelhantes podem surgir em situações diversas, sendo necessária a análise do contexto para que ela seja classificada. As emoções, portanto, são corporificadas, ocorrendo em nosso organismo como um todo e não apenas em nossas mentes. O corpo é, na verdade, o grande palco da experiência emocional (Mendes, 2015).

As emoções possuem características externas específicas como, por exemplo, os punhos e sobrelhas cerrados na raiva. Estas características podem ser modeladas pela cultura. Nossos processos atencionais, por sua vez, são direcionados pelas nossas emoções para os estímulos considerados significativos. As emoções envolvem também sistemas de significados que vamos construindo a partir das nossas experiências. Situações que não envolvem nenhum perigo concreto, podem adquirir significados pessoais em função de experiências traumáticas anteriores, levando a pessoa a reagir como se a ameaça estivesse presente (Greenberg, 2023).

Em linha de raciocínio semelhante, Frijda (2008) considera que as emoções se relacionam a processos de avaliação automática do nosso organismo em relação àquilo que precisamos em determinado instante. Elas têm funções, aspectos motivacionais relacionados à busca daquilo que necessitamos no momento e tendências para ação presentes no corpo relacionadas a este fim. A função do medo, por exemplo, é alertar sobre a possibilidade do perigo, a necessidade presente é de sermos ou nos sentirmos protegidos e a tendência para a ação no organismo é o afastamento do estímulo perigoso ou a aproximação de algo/alguém que possa representar também este afastamento do perigo.

A função da tristeza é significar perdas, a necessidade presente é de estarmos conectados afetivamente com o outro ou com partes compassivas de nós mesmos e a tendência para ação é parar, chorar, levando-nos a estados mais reflexivos. Quando as necessidades presentes nas emoções são atendidas, a relação com o ambiente é modificada e o caráter de urgência, de motivação para fazer algo presente na emoção, cessa imediatamente. Quando isto acontece, podemos dizer que a emoção cumpriu o seu papel adaptativo (Mendes; Pereira, 2018).

Em função das adversidades presentes nas vidas humanas, nem sempre este papel adaptativo da emoção irá se fazer presente tendo a memória um aspecto crucial nesta trama. Se algo que aconteceu foi significativo, terá necessariamente um estado emocional e corporal registrado em nossa memória. Este acontecimento precisa ser assim registrado, para nos conduzir nesta intrincada rede que é a vida. Assim, formamos estruturas ou redes de representações despertadas por gatilhos externos e internos e que também realizam leituras do ambiente classificando estímulos como sendo merecedores ou não de atenção, em verdadeiros esquemas organizadores da informação. Estas estruturas são chamadas de esquemas emocionais (GREENBERG, Pascual-leone & johnson, 2024);

A maior parte das emoções que sentimos no dia a dia é proveniente destes esquemas emocionais. Podemos dizer assim que, as emoções podem ser inatas, mas os esquemas emocionais são aprendidos, pois se formam a partir das experiências. O termo esquemas possui uma longa tradição no estudo da memória e da psicologia, sendo atribuídos à Bartlett e especialmente à Piaget, a popularização do conceito nesta área. Na literatura sobre o tema, os termos esquemas emocionais e emoções também são usados como sinônimos (Greenberg, 2021; 2023). Iremos explicar melhor o termo esquemas emocionais mais à frente.

Por ser automático e rápido, o processamento automático é pouco preciso, disparando em qualquer situação que possa ter significado semelhante em uma experiência anterior. Este caráter da memória, que é tão central para nos manter vivos, nos alertando sobre os acontecimentos ou situações que podem ser perigosas, também acaba por identificar importância em situações simples e sem a menor necessidade de observação e atenção. A reação emocional pode se tornar desadaptativa e não auxiliar a pessoa adequadamente em seu dia a dia (LeDoux, 2012).

A existência deste processamento automático construído a partir de experiências gerando estruturas de significação da realidade ou esquemas, traz também à tona a importância dos aspectos culturais relacionados às emoções. Minorias sociais, por exemplo, que vivem em sociedades racistas e preconceituosas como a nossa, trazem geralmente o corpo marcado por experiências que as fazem ficar em estado de alerta constante com a presença do medo, da raiva e tristeza pela injustiça e da

vergonha paralisante. O profissional de saúde precisa sempre ter estes aspectos presentes pois o que deve ser considerado desadaptativo não é a emoção, a pessoa ou a doença e sim a sociedade (Mendes; Greenberg, 2022).

Como seres sociais que somos, as emoções se relacionam com a cultura na qual estamos inseridos. A evolução da emoção do nojo é um bom exemplo disto. Está relacionada a aversão ao perigo potencial em substâncias que ingerimos e que podem nos contaminar, decorrendo daí a tendência a expelir o que nos causa danos, prevenindo nossos ancestrais de contraírem doenças, se tornando importante mecanismo de sobrevivência. A emoção do nojo foi evoluindo como uma espécie de emoção social, relacionando-se com o senso de justiça e moralidade (Schnall *et al.*, 2008). A repulsa a comportamentos tidos como inadequados e danosos ao grupo, como, por exemplo, a pedofilia, também se enquadram nessa categoria, tendo a emoção ancestral do nojo como estrutura (Curtis, 2011). Estudos de imagem cerebral descreveram que tanto o nojo biológico quanto o decorrente de violações culturais estimulam áreas cerebrais similares, reforçando a associação entre essa emoção e o julgamento moral (Sshaich Borg *et al.*, 2008).

Para Damásio (2018), o aspecto evolutivo relacionado à sobrevivência, se tornou também relacionado à criatividade e à sofisticada engenharia social e cultural presentes nas sociedades humanas. Essencialmente, todos os organismos buscam se manter vivos e para que isto aconteça, mecanismos regulatórios ou homeostáticos atuam para encontrar equilíbrio a partir de diversos processos biológicos existentes para este fim. Exemplos de mecanismos homeostáticos estão presentes na nossa temperatura corporal, no nível de açúcar no sangue, na dor etc. A busca incessante por um organismo regulado, tornou os organismos especializados em comunicar a qualidade do que nos afeta, ou seja, se as coisas estão indo bem ou não em nosso corpo. Esta comunicação, é realizada de maneira rápida, automática, visceral e não-consciente. São estes afetos presentes em nossos corpos, o grande objeto das nossas mentes. Foram os estados afetivos como prazer, desconforto, insegurança, presentes nas relações sociais que levaram à construção de sistemas complexos como as leis presentes no direito e as expressões artísticas.

Sem a desregulação proveniente da relação com o meio, sem os sentimentos decorrentes das dores e prazeres da vida, não haveria a busca de soluções e o uso da lógica racional. Então, mais do que serem algo a ser dominado pela razão, as emoções e sentimentos apontam significados, qualidades e intensidade das coisas e convocam a razão para oferecer soluções que também vão impactar nas emoções (Greenberg, 2023).

5.2. TEORIA CONSTRUTIVISTA DIALÉTICA: ARTICULANDO EMOÇÕES E COGNIÇÕES

As abordagens de psicoterapia precisam ser muito mais do que um apanhado de técnicas e intervenções. Elas necessitam apresentar uma teoria coerente sobre o funcionamento humano que permita a explicação sobre o que acontece com a pessoa/cliente, sobre a interação entre cliente e terapeuta e sobre os processos de mudança. A teoria que fundamenta a TFE é chamada de teoria construtivista dialética e ela nos ajuda a compreender melhor a interação constante entre emoções, narrativas e a criação de significado.

Para a teoria construtivista dialética, os seres humanos são organizações dinâmicas que mudam momento a momento, com múltiplos aspectos e em permanente processo de construção. A ideia de um *self* executivo e unitário é considerada como algo ilusório: o que vemos como *self* ou identidade é o produto de diversas “vozes”, partes ou pólos da experiência em relação a um ambiente em constante mudança. Internamente, ocorrem disputas, diálogos e interação entre estas partes, gerando um senso de unidade que é produzido justamente a partir das tensões e sínteses entre estes diferentes pólos da experiência (Greenberg; Pascual-Leone; Johnson, 2024).

O *self* em construção não significa, porém, algo excessivamente instável e desorganizado. Tal qual o conceito da física de sistemas dinâmicos, no qual ocorre a interação contínua entre diversos subsistemas em aparente caos, possibilitando a emergência de padrões estáveis ou atratores, a noção de estabilidade que experienciamos é proveniente simplesmente da repetição de determinadas organizações, algo como um núcleo mais estável ou estados atratores, reconstruídos novamente em diversos momentos (Whelton; Greenberg, 2005). O *self* é, portanto, dinâmico e em constante formação, com organizações surgindo a partir da síntese de diferentes polaridades, conflitos e vozes internas que integram diversos aspectos da experiência em um dado momento (Elliott *et al.*, 2025; Hermans, 2003). O movimento e a mudança são, portanto, a regra básica da vida (Goldman; Greenberg, 2015).

As organizações do *self* resultantes das sínteses destas diferentes partes de nós mesmos, se relacionam com o ambiente interno e externo através de dois níveis de processamento: o experiencial e o reflexivo. O processamento experiencial diz respeito aos aspectos afetivos, sendo mais automáticos e a nossa primeira resposta às experiências. O processamento reflexivo, por sua vez, se relaciona à nossa capacidade de criar conhecimento sobre as experiências, criar histórias sobre elas e

contém histórias já prontas e programadas para explicar o que acontece conosco e no ambiente à nossa volta (Greenberg, 2023).

Quando acessadas, cada uma destas partes que compõem as organizações do *self*, irá apresentar memórias significativas, emoções/esquemas emocionais e narrativas. Ao acessar uma parte mais crítica do *self*, por exemplo, a pessoa terá mais disponíveis situações nas quais ela “falhou”, apresentando raiva contra si mesma e narrativas com temas sobre exigência excessiva e perfeccionismo.

Na interação com o ambiente e nas relações inter e intrapessoais, bem como em intervenções terapêuticas, podemos ser surpreendidos com diferentes configurações emocionais que podem trazer novidades importantes rompendo a dinâmica das relações existentes e gerando uma nova síntese interna das partes do *self*. A síntese das emoções vigentes até então, com as novas emoções presentes, acaba por gerar novas organizações do *self*, ou seja, novas experiências sentidas de nós mesmos. A partir daí, o processamento reflexivo entra em cena, buscando construir explicações e reflexões para estas novas experiências (Greenberg; Pascual-Leone; Johnson, 2024).

Para a TFE, é justamente no ponto de articulação entre a experiência sentida (processamento experiencial) e a explicada (processamento reflexivo), que acontece a criação de significado. E este novo conhecimento irá ser consolidado em novas narrativas contendo estas histórias pessoais vivenciadas. Narrativas e emoções, portanto, se influenciam mutuamente (Greenberg, 2021).

A teoria construtivista dialética enfatiza a primazia da emoção sobre a cognição pois antes de pensarmos sobre algo, a emoção já está presente. É justamente neste sentido que a abordagem da TFE compreende que a emoção é, muitas vezes, impenetrável à razão e que processos racionais não são suficientes para que a mudança aconteça. Ao mesmo tempo, mais do que uma disputa entre emoção e cognição, a teoria construtiva dialética advoga que não basta apenas sentir: é preciso acessar e aceitar as emoções e experiências, para então trazermos as cognições e refletirmos sobre elas. Sendo assim, terapeutas focados nas emoções precisam saber articular emoção e cognição na busca de facilitar processos de mudança em seus clientes (Greenberg, Pascual-Leone; Johnson, 2024).

5.3. A PATOLOGIZAÇÃO DO NORMAL E A NECESSIDADE DE INTERVENÇÕES TRANSDIAGNÓSTICAS NO MUNDO CONTEMPORÂNEO

A ideia de classificação diagnóstica das doenças mentais presentes em manuais tem recebido críticas da comunidade científica. Estes modelos acabaram por patologizar a normalidade com

diagnósticos baseados em critérios arbitrários e excessivamente focados em sinais e sintomas (Hayes; Hofman, 2018). Além desta dificuldade, a pesquisa tem descrito a existência de grande sobreposição de sintomas entre os diagnósticos psiquiátricos. A preocupação, por exemplo, ocorre em diferentes transtornos mentais, como os transtornos de ansiedade e o transtorno depressivo (Barlow *et al.*, 2017). Outros sintomas como o rebaixamento do humor, agitação e alterações de sono, estão também presentes em diferentes quadros clínicos.

As classificações, portanto, têm sido questionadas e pouco precisas, observando-se grande prevalência de comorbidades entre os diversos transtornos psiquiátricos, e consequentemente, da existência de sinais e sintomas comuns entre eles (Barlow *et al.*, 2017; Dalglish *et al.*, 2020). Além disso, a lógica protocolo-síndrome baseia-se em pesquisas de desfecho de tratamento (i.e., investigar se uma intervenção é eficaz ou não), o que apesar de trazer uma informação bastante relevante, traz pouca ou nenhuma consideração sobre os processos que contribuíram especificamente para a mudança durante o tratamento (Fusar-Poli *et al.*, 2019). Ademais, este tipo de pesquisa muitas vezes acaba por não dar a devida atenção às características da população que podem ser mais relevantes do que o próprio diagnóstico (e.g. fatores étnicos, educacionais, culturais, de gênero etc.) (Lyon *et al.*, 2014).

A aplicabilidade de intervenções direcionadas para a aplicação em transtornos específicos tornou-se algo difícil para os clínicos dominarem, devido a diversidade de diagnósticos presentes nos consultórios de psicoterapia. Apesar da intenção inicial do desenvolvimento de protocolos ter sido a eficácia no tratamento e o foco em aspectos mais particulares de certas patologias, tornou-se praticamente impossível para os clínicos dominarem todos os protocolos de tratamento indicados (Hayes; Hoffman, 2018). Esta constatação tem levado a comunidade terapêutica a propor tratamentos unificados para diferentes transtornos mentais, como o protocolo unificado sugerido por Barlow. A aplicação do protocolo unificado tem apresentado, por exemplo, melhora similar aos protocolos específicos para diferentes transtornos de ansiedade (Barlow *et al.*, 2017).

A TFE pode ser considerada também uma abordagem transdiagnóstica, pois, apesar da existência de sutis diferenças, o tratamento das diversas psicopatologias na abordagem é basicamente o mesmo. Mais do que intervir com foco no sintoma, o objeto de intervenção e o grande constructo transdiagnóstico para a TFE é a emoção. (Greenberg, 2021). Ao invés de aplicar um protocolo para doença X e outro para a doença Y, os terapeutas em TFE focam no trabalho direto com a ansiedade, vergonha, medo, raiva, culpa e demais emoções. Sendo assim, o clínico não precisa se ater a protocolos. Este caráter transdiagnóstico da TFE, com a emoção funcionando como grande categoria

transdiagnóstica está presente desde o início do desenvolvimento do modelo, no início dos anos de 1980 (Greenberg, 2021).

A utilização da perspectiva transdiagnóstica pode auxiliar os clínicos a desenvolverem mais profundamente suas habilidades. Ao invés de pensar em diferentes intervenções para transtornos distintos, os clínicos podem usar as mesmas tarefas terapêuticas em diversos quadros clínicos, o que pode se traduzir em maior eficácia da intervenção (Fusar-Poli *et al.*, 2019). Esta é essencialmente a proposta da TFE, que considera também a necessidade de observações dos aspectos socioculturais e preferências dos clientes e terapeutas (Greenberg, 2021).

5.4. TERAPIA FOCADA NAS EMOÇÕES: TEORIA E PRÁTICA

A TFE considera as emoções como um modo de processamento. Uma vez ativadas, elas geram uma resposta unitária do organismo com reações corporais, tendências para ação e repercussões na atenção e no pensamento. A emoção do medo, por exemplo, que tem como função nos alertar que algo pode ser perigoso para o organismo irá gerar reações corporais como taquicardia, suor nas mãos, acompanhadas de tendências para ação relacionadas ao afastamento do estímulo perigoso. Ao mesmo tempo, a atenção se torna seletiva para aspectos que podem ser ameaçadores com os pensamentos se relacionando, por exemplo, ao que pode acontecer no momento seguinte, como preocupações. A necessidade presente quando a emoção do medo é ativada relaciona-se a proteção e segurança. Quando esta necessidade é atendida, a emoção cumpre o seu papel adaptativo e o organismo volta à homeostasia. Quando isto não acontece, o organismo vai buscar de alguma forma se adaptar a esta ausência e então pode construir reações que, ao longo do tempo, não auxiliam a lidar adequadamente com as situações. Apesar de sua utilidade no passado, a emoção passa a ser desadaptativa no presente sob a forma de alerta, hipervigilância, desesperança e ansiedade (Mendes, 2024).

5.4.1. Esquemas emocionais: a fundação das organizações do *self*

A ideia de estruturas emocionais centrais que atuam na organização das experiências está presente em diferentes modelos de compreensão do funcionamento humano e da psicoterapia. Este conceito também é utilizado na TFE, com a nomenclatura de esquemas emocionais. Apesar da palavra esquema ser usada também em outras abordagens, a TFE apresenta particularidades na utilização do mesmo, especialmente relacionada aos aspectos experienciais e afetivos.

Enquanto as emoções básicas são inatas, os esquemas emocionais são aprendidos, decorrentes de situações anteriores experienciadas na vida do indivíduo que permanecem vivos a partir da memória. Eles podem ser considerados redes de representações construídas a partir das experiências vividas e incluem sensações, tendências para ação, sentimentos, imagens, avaliações e cognições, tal qual uma emoção. Se algo importante para o organismo acontece, a memória precisa guardar bem esta informação, existindo então a tendência à formação de um esquema emocional com significados específicos e reações corporais atrelados. Quando os estímulos atuais, situações ou significados são similares aos que aconteceram no passado, nossos esquemas emocionais são ativados gerando reações emocionais, produzindo, portanto, um estado experiencial, sentido e não apenas pensado. Os esquemas emocionais são ativados por pistas ou gatilhos e são antecipatórios, procurando aplicação no ambiente (Greenberg, 2019; 2023).

Os esquemas emocionais são responsáveis pela grande maioria das nossas experiências emocionais, fornecendo uma resposta integrada e automática tal qual uma emoção básica, incluindo tendências para ação, sensações e reações do organismo e cognições, em uma espécie de pacote operacional pré-programado. Com o decorrer das experiências, torna-se a estrutura básica de formação de significado e das organizações do *self*. A experiência sentida de quem somos é proveniente da síntese destes esquemas (Greenberg, 2023).

Um raio com um barulho ensurdecedor naturalmente nos assusta ativando o medo, da mesma forma que assustaria a um ancestral antigo, andando nas planícies africanas. Esta é uma resposta presente na grande maioria dos membros da espécie. Mas o medo também pode ocorrer em situações particulares, que dizem respeito apenas aquele indivíduo, não sendo mais universais e sim pessoais e idiossincráticas, como nos depararmos com um novo chefe em uma reunião, numa situação aparentemente inofensiva. A presença de esquemas emocionais relacionados à vulnerabilidade e/ou fracasso decorrentes de experiências anteriores, aplicam significados à situação atual, classificando-a automaticamente como algo perigoso, podendo disparar a mesma resposta do medo (Mendes; Greenberg, 2022).

5.4.2. Classificação das emoções

A classificação das emoções é uma das grandes contribuições da TFE para o campo da psicoterapia, tendo a sua influência reconhecida mesmo em abordagens fora do campo humanista

como a TCC e a terapia comportamental dialética, também conhecida no Brasil como DBT (Hofmann, 2023; Linehan; Wilks, 2015).

Segundo a classificação proposta pela TFE, as emoções/esquemas emocionais podem ser de quatro diferentes tipos: emoções primárias adaptativas e desadaptativas, emoções secundárias e instrumentais (Greenberg, 2023).

As emoções primárias nos dão a primeira resposta sobre as coisas, sendo imediatas e automáticas e podem ser adaptativas ou desadaptativas. São consideradas adaptativas quando dizem respeito à situação presente, quando nos ajudam a solucionar e dar atenção adequada aos problemas, proporcionando respostas que orientam a satisfação da necessidade do organismo em determinado contexto. Assim que a necessidade é satisfeita ou a situação deixa de ser importante, a emoção também cessa ou se transforma em algo distinto, cumprindo o seu papel de informar e organizar a pessoa (Greenberg; Watson, 2022).

As emoções primárias são consideradas desadaptativas, quando não nos ajudam, quando dizem mais respeito ao passado do que ao presente. Um exemplo de emoção primária desadaptativa pode ser observado quando eu me sinto nervoso e assustado diante de situações que não oferecem nenhum perigo no presente, mas que tem, de alguma forma, o significado atrelado a algo significativo do meu passado, como um histórico de humilhações e vergonha. Isto faz com que, mesmo em ambiente tranquilo e seguro no presente, eu possa reagir com medo (Goldman; Greenberg, 2015; Mendes, 2015, 2024).

As emoções secundárias, por sua vez, não são respostas imediatas como as primárias, acontecendo mais tardiamente, daí o nome secundárias. Apesar de poderem parecer rápidas e automáticas, quando consideramos o histórico de desenvolvimento, percebemos que são respostas desenvolvidas ao longo do tempo para proteger a pessoa das dores oriundas das emoções primárias. Assim, acabam ganhando um tom de proteção contra a dor mais central. Podemos, por exemplo, sentirmos raiva para nos protegermos de sentir vergonha. Outros tipos de emoções secundárias são considerados quando pensamos sobre situações ou pessoas e sentimos emoções ou ainda apresentamos estado de distresse generalizado na qual não conseguimos nem identificar ao certo que emoções estamos sentindo. Por fim, as emoções instrumentais são as que acontecem quando usamos a emoção para conseguir o que queremos, ganhando assim caráter de manipulação, como bem caracterizado na expressão popular “lágrimas de crocodilo”. O grau de consciência dos indivíduos sobre a função das emoções instrumentais pode variar bastante (Greenberg, 2019).

O foco do trabalho emocional na TFE são as emoções/esquemas emocionais primários e, portanto, uma vez identificada, cada tipo de emoção evoca intervenções diferentes por parte do terapeuta. Nas emoções instrumentais, o trabalho do terapeuta é conversar com a pessoa sobre aquilo que está acontecendo na relação para que ela possa renunciar a qualquer tipo de manipulação, seja ela claramente consciente ou não. Nas emoções secundárias, o objetivo é auxiliá-la a entrar em contato com aquilo que é mais central e que estas acabam por esconder. No caso das emoções primárias desadaptativas, o foco é auxiliar a pessoa a transformá-la com emoções primárias adaptativas (Auszra; Greenberg; Herrmann, 2013).

Os terapeutas focados nas emoções, compreendem que a mudança em psicoterapia, acontece através de 5 princípios específicos (Greenberg, 2021). São eles:

1 - *Awareness* – A palavra *awareness* relaciona-se a estar atento, a perceber que algo está acontecendo. É importante acessar, aceitar a experiência e diferenciar as emoções, pois elas podem aparecer de uma forma global e pouco específica (se um cliente se apresenta em um estado de sofrimento generalizado, é necessário diferenciar este sofrimento em emoções mais específicas como, por exemplo, raiva e tristeza), para então simbolizar as emoções na linguagem e no corpo.

2 – Expressão – Envolve a superação das emoções mais superficiais, dos bloqueios e interrupções do processamento emocional para a ativação e expressão das emoções mais centrais

3 – Regulação Emocional – É importante sentir, mas não a ponto de a pessoa não conseguir simbolizar a sua experiência e nem tão pouco a ponto de não dar nenhuma qualidade ao que está acontecendo. Podem ser usados então procedimentos de *coping* para auxiliar na regulação bem como a utilização da relação terapêutica como forma de apaziguamento (*relational soothing*) (Watson; Greenberg, 2017).

4 – Reflexão – Criação de sentido, permitindo que o cliente organize as suas narrativas a partir de reflexões sobre as suas experiências corporificadas. As emoções, as relações inter e intrapessoais, a clareza sobre as necessidades emocionais fazem com que o cliente consiga aprofundar o conhecimento sobre si mesmo.

5 – Transformação (mudar uma emoção com outra emoção) – Neste aspecto, a TFE se utiliza de conceitos contemporâneos sobre memória para facilitar os processos de mudança. Ao serem vivenciadas novas emoções no ambiente, nas relações interpessoais (inclusive com o terapeuta) e intrapessoais, novas experiências emocionais são acessadas e acrescentadas às experiências já existentes. (Greenberg, 2021; Lane *et al.*, 2015).

5.4.3. Processos centrais de mudança na TFE

O caráter mais inovador da TFE é a descoberta de como podemos mudar emoções com emoções (Greenberg, 2021). O conceito de reconsolidação da memória é o aspecto chave para esta compreensão e tem sido proposto como um componente de mudança independente da abordagem teórica (Watson; Greenberg, 2017).

No modelo tradicional da memória, as memórias são adquiridas/codificadas, armazenadas e recuperadas posteriormente. As memórias iniciais de curto prazo são consideradas instáveis ou suscetíveis à interferência por um período de tempo limitado e se estabilizam e se tornam mais resistentes à mudança ao longo do tempo. Esta transição da memória de curto-prazo, caracteristicamente mais instável e passageira, para a memória de longo prazo, mais estável e duradoura é o que caracteriza o modelo de consolidação da memória. (McGaugh, 2000).

No modelo da reconsolidação de memória, a memória de longo-prazo entra em um estado de labilidade ou instabilidade quando reativada. Quando acessada, a memória se torna receptiva e flexível para o acréscimo de novas informações. Isto faz com que novas emoções possam ser acrescentadas à memória antiga através de uma nova consolidação/síntese (reconsolidação), transformando as emoções até então presentes na memória original (Lane *et al.*, 2015).

Para que a reconsolidação da memória aconteça, é preciso portanto ativar as emoções (Ausra *et al.*, 2013). Apesar da ativação emocional ter sido associada a bons desfechos em psicoterapia, ela não parece ser suficiente para produzir mudanças (Pos, Paolone, Smith & Warwar, 2017). Não é, portanto, qualquer emoção que precisa ser acessada para ser transformada. Ausra *et al.* (2013), observaram que foram as emoções primárias aquelas que apresentaram o potencial de produzir transformação, criando o conceito de produtividade emocional. Os autores desenvolveram uma escala de produtividade emocional, a CEPS-R, para avaliar os momentos nos quais a experiência emocional primária é ativada na sessão de terapia de maneira a produzir transformações para o cliente.

Foram identificadas também sequências emocionais particulares em desfechos bem-sucedidos de terapia que começam com a presença de emoções secundárias. Nos desfechos bem-sucedidos é esperada a diminuição da frequência das emoções secundárias ao longo do tratamento e a emergência das emoções primárias desadaptativas e adaptativas (Pascual-Leone; Greenberg, 2007). Este modelo sequencial do processamento emocional tem sido proposto como um processo de mudança independente da abordagem de psicoterapia utilizada e do quadro clínico apresentado (Pascual-Leone; Kramer, 2019).

5.4.4. Prática da psicoterapia em TFE

O processo de psicoterapia em TFE é guiado por três princípios globais: 1. Comunicação das atitudes relacionais; 2. Presença e sintonia empática às emoções da pessoa; 3. Facilitação de modos particulares de processamento emocional e da criação de significados em momentos específicos.

A comunicação das atitudes relacionais (1) envolve promover segurança, empatia, e aceitação positiva incondicional e genuína. A presença e sintonia empática (2) destaca a figura do terapeuta, a sua conexão às emoções da pessoa e a compreensão do significado das mesmas. O terapeuta precisa checar com o cliente a todo instante se ele está realmente capturando a experiência dele. É importante a prática da escuta ativa, proveniente da ACP, além de compreender e estar sensível às emoções do outro, facilitando o contato e fornecendo o suporte necessário para explorá-las. Além disso, a resposta do terapeuta influencia a experiência do cliente (Greenberg, 2019, 2021).

O desenvolvimento de tarefas específicas para trabalhar com as dificuldades sinalizadas pelo cliente é uma das principais características da TFE. A facilitação de modos particulares (3) se refere justamente às intervenções particulares destinadas a promover a mudança emocional (Mendes, 2015). Esta abordagem utiliza o conceito de marcadores (*markers*), que são estados que sinalizam dificuldades de processamento afetivo/cognitivo provenientes dos esquemas emocionais e que são merecedores de atenção especial. Além de aparecerem no dia a dia dos clientes, estes marcadores também se mostram na terapia, sendo indicativo de que existe ali algo importante e que precisa ser processado de forma mais detalhada. Desde a sua origem, a TFE foi sendo desenvolvida como abordagem focada em intervenções desenhadas como respostas aos marcadores que apareciam durante as sessões de terapia (Greenberg, 2019).

A presença dos marcadores relaciona-se a mais uma característica importante da TFE que é a de privilegiar o diagnóstico baseado no processo da terapia e não em sintomas. A formulação das dificuldades do processamento emocional do cliente é observada durante as sessões e não previamente, estabelecendo foco não apenas para a própria sessão, mas também para o tratamento. O terapeuta que tem este tipo de visão é guiado pelo processo daquilo que acontece com o cliente e não pelo relato que o cliente traz. Falar sobre algo é bastante diferente de experienciar e sentir. A pessoa pode estar em posição de incongruência na qual há uma separação entre aquilo que está acontecendo experiencialmente e a narrativa que está sendo criada naquele instante. O terapeuta está constantemente fazendo este tipo de formulação sobre o fenômeno. (Goldman; Greenberg, 2015).

O uso de tarefas terapêuticas desenhadas para facilitar o processamento emocional das pessoas quando do aparecimento de marcadores, tem sido exaustivamente estudado pela TFE. Os marcadores, portanto, auxiliam na criação de foco para a terapia e são vistos como oportunidades para se intervir de maneira produtiva, ultrapassando as emoções secundárias, facilitando o acesso às emoções primárias e necessidades emocionais, bem como facilitando a emergência de novos significados (Greenberg, 2021).

Exemplos de marcadores podem ser o diálogo crítico consigo mesmo, o bloqueio à expressão das emoções, a presença da vulnerabilidade, ansiedade, sensações vagas e indefinidas, questões inacabadas com as figuras de vínculo, entre outras. Para cada marcador encontrado, tarefas típicas são utilizadas como o diálogo na cadeira-vazia, ao diálogo em duas cadeiras para a divisão crítica, ansiosa e a interrupção do *self*. Na tabela abaixo, descrevemos os principais marcadores e tarefas terapêuticas.

Quadro 1 – Marcadores e Tarefas Terapêuticas

Marcador	Tarefas Terapêuticas	Processo	Resoluções mais comuns encontradas no estudo dos processos de mudança
Sentimentos vagos e difusos	Focalização		Voltar o cliente para a sua experiência interna, auxiliando na simbolização da experiência corporal em palavras e imagens para ganhar clareza do que ele está sentindo
Intensas reações emocionais e necessidade de relatar uma experiência traumática	Recontar o trauma		Integrar novos elementos e visões sobre o que aconteceu, a partir da visita a lugares difíceis e evitados, na presença de um terapeuta empático e confiável.
Reações problemáticas inesperadas	Revelação Evocativa		Facilitar a conexão entre a resposta inexplicada e aspectos específicos da situação que estava sendo vivenciada e que não foram percebidos pelo cliente
Questões Inacabadas (sentimentos antigos e dolorosos com figuras significativas)	Cadeira-vazia		Deixar de lado estas antigas emoções através da expressão e afirmação das necessidades emocionais não-atendidas que levaram a formação de esquemas emocionais. Também podem acontecer como resolução o luto, perdão, afirmação do <i>self</i> e mudança na percepção do outro.
Autocriticismo	Diálogo em duas cadeiras		Separar lados do <i>self</i> , o lado crítico e o experiencial (aquele que sente o impacto da crítica interna) e facilitar a integração entre eles especialmente em relação aos padrões de exigência e valores elevados do <i>self</i> crítico.
Interrupção ou bloqueio das emoções	Diálogo em duas cadeiras		Auxiliar o cliente a se reapropriar de emoções até então bloqueadas e interrompidas devido ao seu caráter extremamente doloroso.
Preocupações excessivas e ansiedade	Diálogo em duas cadeiras		Facilitar a integração de lados do <i>self</i> , um que catastrofiza e assusta (preocupador) e outro que fica perdido, assustado e preocupado (<i>self</i>

			experencial). Auxiliar na compreensão do sujeito como agente da sua própria ansiedade.
Vulnerabilidade	Afirmações empáticas		Acompanhar o cliente em sua dor, se fazer presente e compassivo, utilizar a relação terapêutica como forma de apaziguamento. Validar a experiência do cliente.
Angústia devastadora	Auto apaziguamento		Auxiliar o cliente para entrar em contato com as suas necessidades emocionais não-atendidas no passado, facilitando processos de autocompaixão.

Fonte: Elaboração Própria

O uso de tarefas a partir dos marcadores acaba por fornecer bastante dinamismo e objetividade ao trabalho em TFE. A terapia em TFE, porém, não é algo simples, como identificar o marcador e realizar a tarefa terapêutica. O terapeuta precisa ter uma boa noção do processamento emocional da pessoa, que informa também se ele irá ou não conseguir realizar determinada tarefa. Assim, começa a ser construída a formulação daquilo que parece ser mais central para a pessoa e que pode ser transformado em terapia (Mendes, 2024).

No quadro acima, a coluna processo está em branco para enfatizar que cada pessoa possui o seu próprio processo pessoal na resolução de uma tarefa. Não cabe ao terapeuta guiar em excesso para que a pessoa adote soluções que não são geradas a partir de suas próprias experiências (Greenberg, 2019)

5.5. REGULAÇÃO EMOCIONAL

Regulação Emocional (RE) é uma área que testemunhou um notável crescimento de interesse no campo da psicologia, particularmente nos domínios da saúde mental e da pesquisa em psicoterapia (Gross, 2015). Apesar de ser um conceito amplamente aceito, esforços contínuos buscam estabelecer uma definição mais cientificamente precisa do que realmente é a RE (Berking; Wupperman, 2012).

A RE pode ser descrita como o processo pelo qual os indivíduos influenciam suas emoções e quando e como elas são experimentadas (Gross, 2015). Esta definição clássica acaba por trazer a ideia de controle emocional (Gratz; Roemer, 2004). Porém, a RE vai além do simples monitoramento e avaliação; ela engloba a capacidade de experimentar plenamente a diversidade de emoções encontradas na vida cotidiana. Isso envolve aceitar, diferenciar, tolerar, entender e ser informado por elas (Greenberg, 2023; Mendes; Greenberg, 2022).

Sloan *et al.* (2017) delinearam dois marcos teóricos importantes sobre a RE. O primeiro é o Modelo de Processo de Gross, considerado uma abordagem tradicional em que a RE é conceituada

como um conjunto de estratégias que os indivíduos desenvolvem para melhorar, manter ou diminuir sua experiência afetiva, incluindo a regulação da excitação fisiológica, sentimentos e comportamentos (Koole; Webb; Sheeran, 2015; Gross, 2015).

O segundo quadro inclui modelos que percebem a RE como um constructo multidimensional. Nesta categoria, destaca-se o modelo desenvolvido por Gratz e Roemer (2004). Esta concepção descreve o reconhecimento e atuação dos indivíduos em quatro domínios principais: a) consciência, compreensão e aceitação das emoções; b) a capacidade de inibir a impulsividade e engajar-se em comportamentos orientados para objetivos; c) o uso de estratégias adequadas para modular as respostas emocionais em vez de eliminar completamente as emoções; d) a capacidade de tolerar e experimentar emoções negativas como parte natural da vida (Gratz; Roemer, 2004). Caso qualquer um desses domínios seja comprometido, um indivíduo é considerado emocionalmente desregulado.

O foco principal da RE em relação à psicoterapia tradicionalmente centrou-se em processos deliberados, exigentes de recursos e conscientes, como reavaliação, distração e supressão (Koole; Rothermund, 2011). No entanto, nos últimos anos, tem surgido uma perspectiva que distingue processos implícitos e explícitos de regulação emocional, o que pode impactar a prática psicoterapêutica (Etkin; Büchel; Gross, 2015; Braunstein; Gross; Ochsner, 2017; Koole et al., 2015).

Enquanto na RE explícita, os indivíduos estão conscientes de seus objetivos, utilizando estratégias deliberadas como atenção seletiva, distração e reavaliação, na RE implícita ocorrem processos que não requerem controle consciente, ou seja, os indivíduos não percebem que estão engajados em processos de regulação. Um exemplo de RE implícita, é a transformação de emoções com emoções proposto pela TFE. Segundo esta perspectiva, as emoções quando ativadas, ficam instáveis e prontas para receber novas informações. Assim, ao se acessar uma emoção desadaptativa é possível facilitar processos nos quais esta emoção é modificada através da presença de novas emoções adaptativas (Greenberg, 2023). Uma vez que esta transformação aconteça, as pessoas passam a reagir a situações antigas de forma distinta. Se antes, em uma situação desafiadora era necessário usar intervenções deliberadas como respiração, realocação atencional, entre outras, agora a pessoa passa a reagir automaticamente de outra forma, sem que este tipo de intervenções seja necessário (Greenberg; Watson 2017). Essa distinção é crucial porque, mesmo sem intenções conscientes, os indivíduos podem alcançar um estado emocional regulado. Essas metas implícitas podem ter consequências afetivas e guiar pensamentos e comportamentos (Koole; Rothermund, 2011). Na TFE, chamamos este processo de RE implícita, de regulação afetiva.

Como as dificuldades na regulação emocional são consideradas um fator chave no desenvolvimento e manutenção da psicopatologia (Gratz; Weiss; Tull, 2015), não é surpreendente que intervenções que buscam a RE emocional tenham sido propostas como um tratamento transdiagnóstico. Sloan *et al.* (2017) conduziram uma revisão sistemática com 67 estudos medindo mudanças na regulação emocional e sintomas psicopatológicos em diferentes patologias, incluindo depressão, abuso de substâncias, transtorno de personalidade borderline, ansiedade e transtornos alimentares. Em todos os artigos, exceto três, houve diminuição de estratégias de RE desadaptativas independentemente do tipo de terapia e protocolo utilizado.

5.6. ESTRESSE

Em artigo célebre de 1936, Hans Selye descreveu uma resposta não-específica do organismo observada em experimentos realizados com ratos. Os animais apresentavam respostas orgânicas semelhantes, como úlceras estomacais e modificações nas estruturas linfáticas, independentes da natureza do agente causador do dano, o que representaria o esforço de adaptação às alterações do ambiente (Ursin; Eriksen, 2004).

Selye chamou este conjunto de reações de Síndrome Geral de Adaptação (SGA), sendo o estado manifestado por esta síndrome de estresse (Szabo, 1998; Lipp & Malagris, 2011). Para Selye (1973), o estresse pode ter aspectos positivos ou negativos, utilizando o termo eustresse (do grego eu = bom) para se referir aos positivos e distresse (do latim dis = ruim) para se referir ao negativo. Os fatores produtores de estresse foram chamados, por sua vez, de estressores. Observa-se o desuso do sentido original dos termos distresse e eustresse, sendo substituídos pelo termo estresse, com o sentido de desgaste (Mendes, 2012).

Segundo Selye (1973), a SGA se desenvolve em três fases ou estágios: alarme, resistência e exaustão. A reação de alarme equivale a uma reação de emergência ou resposta imediata diante de um estímulo que desequilibre a regulação interna do organismo como aumento da frequência cardíaca e pressão arterial. Se o estímulo ou situação for eliminado ou deixar de exigir alguma adaptação, o organismo irá restabelecer a homeostase ou equilíbrio, sendo as reações citadas passageiras. Assim, a resposta pode não ter efeitos negativos sobre o organismo, aumentando a capacidade de lidar com as situações. Caso o retorno ao equilíbrio não aconteça, os efeitos negativos começam a acontecer, passando-se para uma segunda fase chamada de resistência (Selye, 1973).

Na fase de resistência, as reações são diferentes podendo ser até mesmo opostas às de alarme. Os sintomas iniciais desaparecem, sendo a preparação e a motivação para ação substituídas por uma sensação de desgaste e cansaço, decorrentes da tentativa contínua de adaptação do organismo (Szabo, 1998). Quando a exposição ao estímulo ou situação que demanda uma resposta permanece e os mecanismos homeostáticos falham na tentativa de retorno ao equilíbrio, passa-se para uma terceira fase conhecida como exaustão, demonstrando a finitude da fase de resistência. O organismo fica exposto a sintomas mais graves como problemas cardiovasculares e renais (Selye, 1973; Lipp; Malagris, 2011).

Lipp (2005), propôs mais uma fase ao modelo de Selye, adicionando a fase de quase-exaustão, entre a fase de resistência original e a de exaustão. Esta fase se caracteriza pela dificuldade de adaptação ao estressor, como a fase de resistência original, porém, caracterizada pelo esgotamento e o aparecimento de reações mais graves. O indivíduo ainda consegue funcionar, mas com um desgaste revelando a progressão para a fase de exaustão, na qual seu funcionamento está claramente comprometido (Lipp; Malagris, 2011).

Inicialmente, Selye não deu importância aos fatores psicológicos do estresse, sendo estas considerações incluídas posteriormente na sua obra. Coube, porém, aos psicólogos Richard Lazarus e Suzan Folkman, o questionamento das diferenças e variações individuais na resposta ao estresse e relação com as variáveis cognitivas relacionadas à interpretação do ambiente e às estratégias de respostas ou manejo (*coping*) do estresse (Mendes, 2012). Para os autores, quatro pontos teriam que ser considerados no estudo do estresse: a presença de um agente causal externo ou interno, (estressores), enfatizando aqui a relação do indivíduo com o ambiente e a construção do significado envolvido nesta relação (1); a avaliação que permitiria diferenciar o que seria ou não ameaçador (2); as estratégias (*coping*) para lidar com os fatores estressores (3); a reação propriamente dita do estresse e seus efeitos mentais e psicológicos (Lazarus; Folkman, 1984; Lazarus, 1993).

Lazarus e Folkman (1984), compreendiam a presença de dois tipos de avaliação: a primária, que seria imediata e “intuitiva”, permitindo ao indivíduo atribuir valores/ significados aos eventos como sensação de dano, perda, relevância ou irrelevância, e a secundária, um tipo de avaliação mais refinada e elaborada, que envolveria também a capacidade dos indivíduos identificarem as suas estratégias pessoais para lidar com os estressores.

Apesar da teoria de Lazarus e Folkman ficar conhecida como uma teoria de avaliação (*appraisal*) e ter ganhado reconhecimento entre o movimento cognitivista em psicoterapia, é importante realçar o que Lazarus conceitua especificamente como avaliação. Para o autor, a atividade

cognitiva avaliativa não implica a reflexão deliberada, automática ou a percepção consciente e as reações dos organismos, mesmo os não-humanos, relacionava-se aos instintos ou heranças neurais em conjunto com as experiências e os significados construídos, concepção muito semelhante ao que entendemos contemporaneamente como o processamento automático relacionado às emoções. Para o autor, o significado atribuído a algo, não necessariamente implica em racionalidade ou em um pensamento estruturado, sendo um componente essencial das reações dos organismos (Lazarus, 1982). Os processos cognitivos, porém, são importantes para a percepção dos indivíduos sobre os eventos, sobre os significados conscientes atribuídos a estes, sua capacidade de gerenciá-los e na percepção das reações do organismo em relação a estes mesmos eventos (Machado *et al.*, 2014).

5.7. QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida (QV) é um conceito complexo, amplo e de difícil compreensão. O conceito pode aparecer como sinônimo de saúde, condições de vida, significado da vida e satisfação pessoal, entre outros, necessitando, portanto, de uma definição conceitual que, por sua vez, se relaciona ao objetivo científico em questão (Pereira; Teixeira; Santos, 2012).

Segundo Ruidiaz-Gómez e Cacante-Caballero (2021), o conceito começou a surgir por volta de 1960, refletindo mudanças sociais, novos modelos epidemiológicos e a ampliação do conceito de saúde. Os indicadores de morbidade e mortalidade foram gradativamente subestimados em favorecimento do nível de funcionamento adequado para favores a saúde, as relações, a autonomia, passando a ter um amplo impacto político e social. A QV passou a ser vista de forma a incluir a ideia de bem-estar e a simples ausência de doenças (Almeida; Gutierrez; Marques, 2012).

A QV pode estar associada a fatores diversos como trabalho, gênero, raça, faixa etária, escolaridade, condição socioeconômica, hábitos alimentares, atividade física e percepções culturais, avaliações subjetivas, espirituais e religiosas (Gomes *et al.*, 2015; Melo *et al.*, 2015; Oliveira; Bastos; Moretti-Pires, 2021; Oliveira *et al.*, 2012; Silveira *et al.*, 2012). O conceito de QV deve, portanto, englobar a complexidade de variáveis que o compõem e a interação entre elas (Almeida; Gutierrez; Marques, 2012).

A dificuldade na definição levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a reunir especialistas para buscar pontos conceituais sobre o tema (WHOQOL GROUP, 1995). A partir desta discussão, a OMS passou a definir QV como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida

relacionada ao contexto cultural e sistemas de valores nos quais estão inseridos e também a sua relação com as expectativas, objetivos, padrões e preocupações (WHO, 2026).

São inúmeras as formas de avaliação da QV como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) ou instrumentos como o WHOQOL em versões mais estendidas ou breves, amplamente utilizadas na área da saúde. Refletindo a complexidade humana, o WHOQOL apresenta uma diversidade de domínios, com a versão longa (100 itens) compreendendo seis (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais/religião/crenças pessoais) e a versão breve (“WHOQOL-BREF”), quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) (Pereira; Teixeira; Santos, 2012).

5.8. PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

É amplamente reconhecido na comunidade científica que a prática profissional em Psicologia e Psicoterapia deve estar fundamentada em pesquisa clínica rigorosa e em métodos de intervenção sistematicamente avaliados quanto à sua eficácia. Nesse contexto, consolidou-se nas últimas duas décadas o campo da Prática Baseada em Evidências (PBE), cujo objetivo é orientar decisões clínicas a partir da integração entre ciência e prática (APA, 2024).

A PBE não se restringe à comprovação empírica da eficácia de intervenções. Trata-se de um processo de tomada de decisão que envolve a articulação de três domínios fundamentais: (1) a melhor evidência científica disponível; (2) a expertise clínica do profissional; e (3) as características, cultura, valores e preferências do cliente (Melnik; Souza; Carvalho, 2014; Stenzel, 2021). Assim, a PBE exige atualização contínua dos clínicos e o desenvolvimento de intervenções que sejam não apenas eficazes, mas também aplicáveis a diferentes contextos e populações.

Inserida nesse paradigma, a TFE consolidou-se como uma abordagem neo-humanista e experiencial que atende aos critérios de eficácia da PBE (APA, 2024). Ao longo das últimas décadas, a TFE foi submetida a inúmeros ensaios clínicos controlados e randomizados, demonstrando resultados robustos no tratamento da depressão, traumas interpessoais e dificuldades conjugais. Sua fundamentação não reside apenas na observação clínica, mas em uma compreensão profunda dos processos de mudança e no papel central da regulação emocional como mecanismo transdiagnóstico de saúde mental (Elliot *et al.*, 2021; Greenberg, 2021; Greenber e Watson, 2022).

A TFE exemplifica a integração dos três pilares da PBE ao equilibrar tratamentos com alguma estrutura conjugados com a necessária flexibilidade clínica. Embora se baseie em tarefas terapêuticas

empiricamente validadas, a abordagem prioriza a expertise clínica no manejo da aliança terapêutica e a sintonização empática com as preferências e valores do cliente. Dessa forma, a TFE não é aplicada de maneira mecânica, mas sim como um processo colaborativo que respeita a singularidade da experiência emocional do indivíduo, mantendo, simultaneamente, o compromisso com a excelência científica e a validade empírica (Greenberg, 2021).

6. MÉTODO

6.1. TIPO DE PESQUISA

O presente estudo se baseia no método experimental, caracterizado pela testagem de hipóteses e pela busca de relações causais ou de influência entre duas ou mais variáveis. Além da determinação do objeto de estudo, utilizam-se formas de controle, como a randomização aleatória, a comparação entre grupos com a utilização de controles e a observação dos efeitos que as variáveis produzem no objeto (Gil, 2002).

6.2. DESCRIÇÃO DOS PARTICIPANTES E BANCO DE DADOS E QUESTÕES ÉTICAS

Com o objetivo de investigar e compreender os efeitos das intervenções com a TFE na população, o presente projeto buscou avaliar material coletado pelo estudo TFE BRASIL: I. Considerando que o estudo utilizou duas amostras independentes (grupo intervenção e grupo controle), o tamanho da amostra foi estimado com base no cálculo recomendado por Rosner e Glynn (2011). Foi utilizado uma estimativa de incidência de transtornos mentais na população brasileira de 30% (baseado no estudo de Lopes, 2020) e expectativa de obtenção de grupo com 50% com algum diagnóstico. O nível de confiança estimado adotado foi de 95% com margem de erro de 80%. Em função do cálculo do tamanho amostral, a pesquisa trabalhou com um grupo mínimo de 30 participantes e número equivalente no grupo controle.

Foi realizado um ensaio clínico randomizado com uma amostra de conveniência com 60 clientes, que realizou de 16 a 20 sessões por videoconferência. Os clientes do estudo foram selecionados a partir de pessoas que procuravam a clínica do Instituto TFE Brasil ou que haviam contactado o mesmo através da divulgação da pesquisa realizada em mídias sociais. Foram também contactados professores universitários que trabalhavam em alguns Serviços de Psicologia Aplicada na cidade do Rio de Janeiro para que enviassem pacientes que estavam na fila de espera.

Um total de dez terapeutas participaram do estudo, com idades variando de 30 a 57 anos ($M = 46,8$, $DP = 9,70$), sendo que 80% dos quais eram do sexo feminino e tinham mais de dez anos de experiência como clínicos. Os critérios de elegibilidade exigiam que os terapeutas tivessem pelo menos o Nível III de treinamento em TFE e recebessem supervisão regular de um supervisor credenciado em TFE.

O presente estudo utilizou uma base de dados já existente de um estudo anterior (TFE Brasil: I), que foi construído a partir das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, de acordo com a Resolução CNS 466/12 e 510/16. O referido estudo foi realizado entre março de 2021 a abril de 2022, tendo seu projeto sido aprovado por comitê de ética em pesquisa com o parecer de número 4.680.858, acontecendo durante o período de março de 2021 a abril de 2022 (ANEXO E).

6.2.1. Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão da pesquisa foram: ter entre 18 e 65 anos, de quaisquer gêneros e preencher os critérios para sintomas de ansiedade e/ou depressão na escala *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). Os participantes poderiam estar usando medicação psiquiátrica, desde que esta tivesse sido iniciada pelo menos dois meses antes do início da terapia.

6.2.2. Critérios de Exclusão

Os critérios de exclusão foram ter transtornos de personalidade, transtornos psicóticos, tentativas de suicídio nos últimos 2 meses e histórico de abuso de substâncias além da discordância em participar da pesquisa ao saber do seu conteúdo e/ou recusa no preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO F).

Clientes que necessitassem de uma mudança na medicação durante o tratamento seriam excluídos da análise de dados, mas continuariam a receber as sessões de terapia.

Indivíduos que não atenderam aos critérios de participação na pesquisa foram encaminhados para serviços públicos gratuitos em universidades ou postos de saúde.

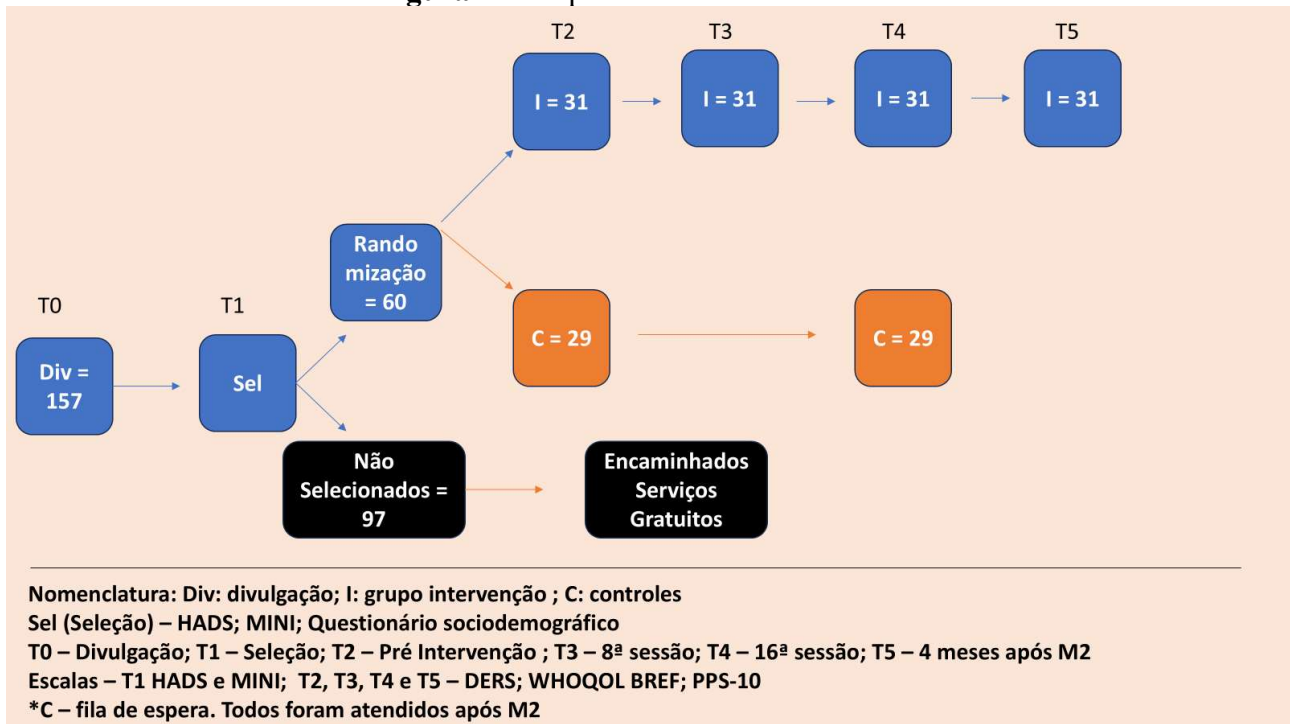
As etapas do estudo original são descritas a seguir.

6.3. PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

As etapas do estudo TFE Brasil: I serão detalhadas aqui e podem ser visualizadas no quadro abaixo (figura 1). O estudo incluiu as seguintes etapas: divulgação (T0); seleção inicial (T1); pré-tratamento (T2); intermediária (M3); pós-tratamento (T4); e follow-up (T).

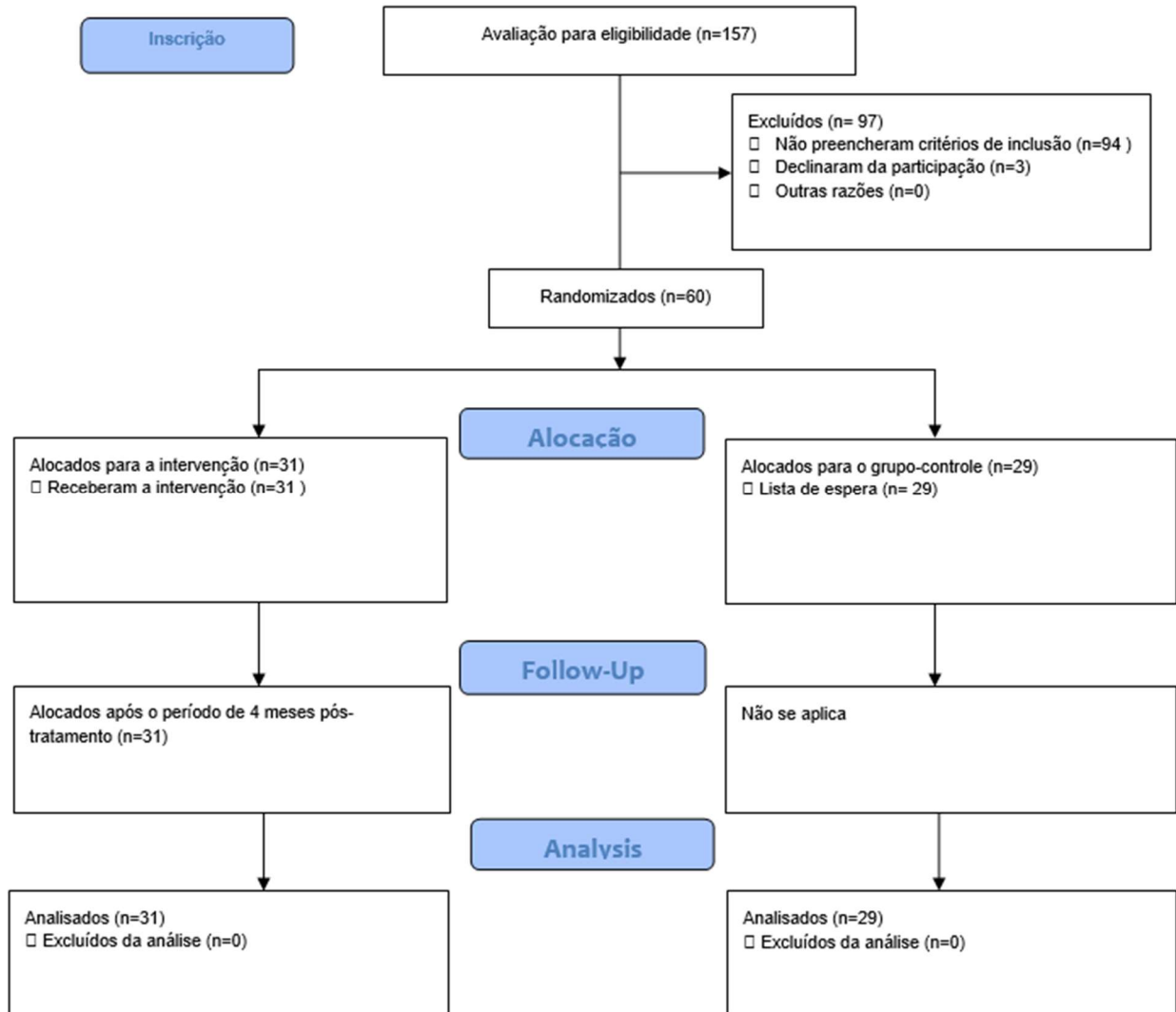
Em T1, os participantes entravam em contato com a equipe de pesquisa por e-mail e eram instruídos a preencher formulários online com a escala HADS, coleta de dados sociodemográficos e o TCLE. Os participantes não-selecionados eram comunicados por e-mail que não se encaixavam nos critérios da pesquisa e recebiam uma lista de serviços de psicoterapia gratuitos. Os demais eram convidados a participar de uma entrevista com um pesquisador na qual era conduzida a entrevista psiquiátrica MINI, que serviu como ferramenta de triagem para acessar os critérios de exclusão.

Caso o participante preenchesse algum critério de exclusão também era avisado por e-mail de que não poderiam participar da pesquisa recebendo uma lista de serviços de psicoterapia gratuitos. Os participantes selecionados eram então convidados a preencher as escalas DERS, WHOQOL e PSS-10, sendo posteriormente randomizados através do software Excel e então alocados em um dos dois grupos: intervenção e controle (T2). O grupo controle ficava em uma lista de espera e era contactado após 4 meses, tempo esperado da duração da terapia com o grupo intervenção (16 sessões / sessões semanais). O grupo intervenção era atendido por outro profissional, diferente do entrevistador. O grupo intervenção preencheu as escalas DERS, WHOQOL e PSS-10 em outras três ocasiões além da anterior ao tratamento: na 8ª sessão (T3), ao final da terapia, que significa aproximadamente entre a 16ª e 20ª sessões (T4), e 4 meses após a última sessão (T5). Já o grupo controle completou os questionários novamente, 4 meses após a entrada na lista de espera para atendimento (T3). O número médio de sessões atendidas foi de 16,39 (DP=2,54). O fluxo do procedimento na pesquisa pode ser observado na figura 1. As sessões de psicoterapia foram gravadas via zoom e arquivadas em HD externo, com senha. Após a gravação das sessões elas eram apagadas de qualquer nuvem ou notebook, ficam registradas apenas neste HD externo. Ao final das sessões de terapia, todas as sessões de todos os clientes foram arquivadas em dois HDs externos com senha.

Figura 1 – Etapas do estudo TFE Brasil: I

Fonte: Elaboração Própria

A figura 2 traz o fluxograma completo da pesquisa, desde o rastreio para elegibilidade até o follow-up final. Para elaboração do fluxograma, foi utilizado o modelo sugerido pelo CONSORT 2010. Inicialmente, 157 participantes foram rastreados sendo que 97 foram excluídos: 94 não preencheram os critérios de inclusão e 3 se recusaram a participar do estudo ao saber que haveria gravação das sessões. Os participantes foram randomizados em dois grupos, intervenção e controle. Isto nos levou ao número de casos analisados de 31 pacientes no grupo intervenção e 29 no controle.

Figura 2 – Fluxo dos Pacientes na Pesquisa

Fonte: Diagrama de Fluxo CONSORT (2010)

6.4. INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA PESQUISA

- Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) (ANEXO A) - A Escala HADS foi desenvolvida originalmente por Zigmond e Snaith (1983). Embora inicialmente projetada para uso em hospitais, a HADS é amplamente utilizada para triagem de estados de ansiedade e depressão em populações não psiquiátricas e não clínicas (Annunziata *et al.*, 2020; Faro, 2015a). É um instrumento simples, rápido e fácil de usar, incorporando características desejáveis para a realização de pesquisas na área de saúde mental. A HADS é composta por 14 itens, sendo sete relativos à depressão e sete relacionados à ansiedade.

Faro (2015a) conduziu uma pesquisa com 690 brasileiros, fornecendo evidências da validade estrutural da HADS e sugerindo modificações nos parâmetros diagnósticos originais de ansiedade e depressão adaptados à população local.

- Escala de Desregulação Emocional (DERS) (ANEXO B) – Esta escala tem como objetivo avaliar as dificuldades de regulação emocional do indivíduo e o impacto destas dificuldades em seu dia a dia. Possui quatro fatores: consciência e compreensão das emoções (1), aceitação (2), controle dos impulsos (3) e acesso a estratégias de autorregulação percebidas como efetivas. A Escala demonstrou consistência na validação para a população brasileira (Cancian *et al.*, 2018).
- Escala de Percepção do Estresse (PSS-10) (ANEXO C) – Avalia o grau no qual os indivíduos percebem as situações como estressantes, conforme explicitado anteriormente. A versão reduzida foi validada para a população brasileira (Faro, 2015b).
- Questionário de Qualidade de Vida (WHOQOOL-BREF) (ANEXO D) – Questionário estruturado breve sobre a qualidade de vida, obtido a partir de perguntas de múltipla escolha referentes a diferentes domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente. O questionário apresentou bom desempenho psicométrico quando estudado para aplicação na população brasileira (Fleck *et al.*, 2000).
- MINI (MINI International Neuropsychiatric Interview – Versão Brasileira 5.00) – A Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Mini 7.0.2 (MINI) é uma entrevista diagnóstica breve e estruturada, projetada para investigar transtornos psiquiátricos compatíveis com o DSM-V. Pode ser administrada em um curto período de tempo (15-30 minutos) e não requer treinamento extenso para os entrevistadores (Amorim, 2000). A MINI inclui 130 perguntas desenvolvidas para explorar o eixo do DSM-V. O instrumento foi traduzido para o português, demonstrando alta validade e boas qualidades psicométricas em uma amostra de 120 brasileiros (Marques; Zuardi, 2008). Seguindo as diretrizes dos autores do instrumento, que autorizam pesquisadores de instituições públicas (como universidades e hospitais) a fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação, a entrevista foi aplicada integralmente durante a fase de triagem. Contudo, visando respeitar a integridade dos direitos autorais para reprodução em escala pública e digital (repositórios de teses), o formulário completo não foi incluído como anexo.

- Questionário sociodemográfico para a coleta de dados do cliente (apêndice A) – Ficha elaborada pelos pesquisadores com base em dados comumente utilizados em pesquisas deste tipo, acrescidos de informações específicas como uso de medicação e experiência prévia em psicoterapia.

6.5. ESTRUTURANDO A INTERVENÇÃO

Em função do caráter transdiagnóstico e da dificuldade de utilização de um protocolo para atender uma diversidade de questões clínicas com uma abordagem calcada fortemente no aspecto fenomenológico, foi utilizado as noções de fases da terapia e de formulação de caso, presentes na teoria da TFE para orientar as intervenções nas sessões de tratamento.

6.5.1. Fases da Terapia

A TFE considera a presença de fases da psicoterapia, comuns no tratamento realizado através da abordagem, entendendo-as, porém, de forma flexível, sem rigidez excessiva. São elas: (1) formação do vínculo e *awareness*, (2) evocação e exploração e (3) geração de alternativas (Greenberg, 2019).

A primeira fase tem como objetivo promover a aliança segura entre cliente e terapeuta, estimulando a *awareness* emocional e estabelecendo o foco inicial da terapia. O terapeuta começa a desenvolver um senso sobre as dores emocionais do cliente, iniciando a compreensão dos esquemas emocionais centrais que precisam ser acessados. Isso se dá a partir do processo e das respostas do cliente, com o estabelecimento de uma aliança colaborativa. Nesse momento, podem ser fornecidas fundamentações ou explicações lógicas sobre o trabalho com as emoções, suas funções e como transformá-las (Goldman; Greenberg, 2015).

Na segunda fase, chamada de evocação e exploração, busca-se auxiliar as pessoas a acessarem suas emoções primárias. A partir da segurança estabelecida na fase anterior e também na formulação que o terapeuta vai construindo sobre o processamento emocional da pessoa, vai sendo construído ambiente favorável à presença das emoções. Podem entrar em cena neste momento, algumas dificuldades como as interrupções e bloqueios que podem ser ultrapassados através da relação terapêutica e de tarefas específicas desenhadas para este fim. O terapeuta precisa ficar atento à ativação emocional da pessoa, pois a intensidade excessiva pode levar o indivíduo a não simbolizar

o que acontece ou até mesmo a dissociar, e a falta de emoção acaba por não dar nenhuma qualidade ao que está sendo vivido naquele momento (Mendes; Bruno, 2019).

A terceira fase, geração de alternativas, tem como objetivo a busca de novas respostas que permitam a transformação a partir do acesso aos recursos internos do indivíduo, que são mobilizados com o auxílio do terapeuta. É neste momento, que acontece a mudança da emoção com outras emoções e a emergência de experiências emocionais corretivas através das tarefas terapêuticas e/ou da relação terapêutica permitindo a emergência de novos significados (Goldman e Greenberg, 2015).

6.5.2. Formulação de Caso

Um dos avanços mais recentes na teoria da TFE é a formulação de casos. Ela serve como um roteiro para ajudar os terapeutas a focar nos aspectos mais importantes a serem trabalhados na terapia. A formulação em TFE não é realizada a priori. O terapeuta, consciente da qualidade do contato, da forma de expressão do indivíduo, dos temas e marcadores que emergem durante a sessão, tenta seguir o que parece ser mais doloroso e importante para o cliente. A ideia é ajudar o cliente a entrar em contato com a dor para que possa processá-la, aceitá-la, entendê-la e transformá-la. Portanto, sentir-se mal pode levar a sentir-se bem. Para o terapeuta focado nas emoções, a dor é uma aliada, guiando em direção às emoções primárias desadaptativas que precisam ser acessadas e transformadas.

Para Goldman e Greenberg (2015), a formulação é a explicação de como os problemas do cliente se desenvolveram e o que atualmente os mantém, bem como o que pode ser feito na terapia para acessar e transformá-los. Embora a TFE seja focada primariamente naquilo que acontece momento a momento durante a terapia, ter uma formulação de caso ajuda o terapeuta da TFE a estabelecer vínculos entre os problemas atuais e a história do cliente. Além disso, sugere que tipo de intervenção é mais necessária e capaz de produzir mudanças.

A formulação de caso na TFE é um processo em constante evolução que ocorre ao longo do processo terapêutico, de forma colaborativa. Pode ser dividida em três etapas: abertura ou revelação da narrativa e observação do estilo de processamento emocional do cliente (1); cocriação de foco e identificação da emoção central (2); e atenção aos marcadores e aos novos significados emergentes (3) (Goldman; Greenberg, 2015; Mendes; Greenberg, 2022).

Na etapa 1, a aliança terapêutica começa a se formar, sendo observados passos importantes relacionados ao processamento emocional do cliente, como: Ouvir os problemas atuais (1); identificar experiências dolorosas e comoventes (2); observar e prestar atenção aos estilos de processamento

emocional do cliente e verificar se ele se encontra sub regulado, ou seja, com pouca ativação emocional, ou sobre regulado, o que implica em excesso de controle e pouca expressão e ativação emocional (3) e como a narrativa baseada na emoção se revela (4).

Este é um momento no qual o terapeuta abre espaço para o cliente falar sobre seus problemas emocionais ou relacionais atuais e suas dificuldades de comportamento. Neste sentido, as histórias relacionadas ao apego e à identidade são particularmente importantes para a TFE. Não só representam um passo importante na formação da sensação do cliente sobre o mundo e sobre si mesmo, mas também afetam a qualidade do diálogo estabelecido intrapessoalmente, entre as partes do self. A capacidade de resiliência, a entrada em grupos sociais, relacionamentos afetivos e terapias passadas também são fontes importantes de informação para entender a história que começa a se revelar. Gradualmente, narrativas e emoções se organizam e começam a fazer sentido, ajudando o terapeuta a entender as dificuldades do indivíduo.

O terapeuta valida as emoções do cliente, e suas respostas têm o propósito de aprofundar a experiência do cliente. Algumas perguntas sobre o processamento emocional do cliente já podem ser respondidas nesta fase: eles são sobre regulados ou sub regulados? Seu estilo é mais interno ou externo? Suas narrativas correspondem às suas emoções? É difícil simbolizar a experiência emocional? As emoções são diferenciadas ou vagas e difusas?

A segunda etapa da formulação de caso é marcada pelo foco nas experiências emocionais mais dolorosas do cliente. O acrônimo MENSIT é usado para se referir aos seis principais aspectos que ajudam a identificar emoções centrais: Marcadores, Emoções primárias ou Esquemas Emocionais, Necessidades, emoções Secundárias, Interrupções e Temas (Goldman; Greenberg, 2015). O terapeuta detecta a presença de temas significativos, interrupções emocionais ou bloqueios, bem como emoções secundárias que precisam ser ultrapassadas para a chegada às emoções primárias. As dificuldades no processamento emocional (marcadores) podem então ser acessadas através de tarefas específicas.

Durante a terceira etapa, o foco é nos marcadores, com a realização de tarefas terapêuticas específicas e a observação do progresso e dificuldades. Novas emoções e novos significados podem surgir, assim como novos marcadores, indicando a necessidade de aprofundar ainda mais a experiência. O terapeuta pode, por exemplo, identificar um processo de autocrítica e propor um diálogo de duas cadeiras com diferentes aspectos do *self*. À medida que a tarefa é implementada, o cliente pode reconhecer que seu lado crítico é muito semelhante à forma como sua mãe costumava criticá-lo. O terapeuta deve então decidir se continua o diálogo crítico com o *self* ou se trabalha com as questões inacabadas com a mãe do cliente.

6.5.3. A estrutura do tratamento no estudo TFE BRASIL: I

A estrutura descrita a seguir foi criada pelo autor deste estudo com o objetivo de organizar as intervenções, bem como o acompanhamento e supervisões. Buscou-se conjugar os aspectos relacionados aos conceitos de fases de terapia e formulação de caso para a construção de uma estrutura do tratamento. Entendeu-se que os dois conceitos apresentavam sobreposição, podendo ser a formulação de caso e suas etapas, uma concepção mais dinâmica e atual da própria ideia de fases de terapia.

Os terapeutas passaram por cursos anteriores focados em conceitos teóricos e práticas da TFE e receberam supervisão contínua. Chegou-se assim, a seguinte nomenclatura e etapas do processo terapêutica:

6.5.3.1. Vinculando e observando o processamento emocional

Nesta etapa, os terapeutas foram instruídos a criar segurança na relação com o paciente. Orientou-se a observação minuciosa do ritmo do cliente e a dosagem equilibrada entre o acompanhamento com alguma leve exploração empática. Destacou-se também a importância da formação desta segurança através das respostas não-verbais do terapeuta aos diferentes estados emocionais do cliente. A abertura da história da pessoa e seus aspectos pungentes bem como as dificuldades atuais foram destacados para que o terapeuta pudesse criar uma compreensão entre passado e presente, utilizando a observação do processo emocional do cliente, ou seja, da forma que o cliente falava, expressava, respirava e reagia, usando estes indicadores como instrumentos para compreensão do que pareceu ser mais significativo. Algumas intervenções psicoeducacionais experienciais também foram realizadas, para que os terapeutas pudessem fornecer aos clientes, alguma lógica sobre a importância do trabalho com as emoções em psicoterapia, especialmente quando estas eram vivenciadas durante a terapia.

Apesar de não haver uma rigidez em relação a este aspecto, os terapeutas foram orientados a utilizar as 4 primeiras sessões para esta primeira etapa.

6.5.3.2. MENSIT, transformando emoções e criando significados

O acrônimo MENSIT foi utilizado para sintetizar esta segunda fase. Os terapeutas procuraram identificar as emoções secundárias, validando-as, mas buscando sempre as emoções primárias desadaptativas. Quando não era possível acessá-las pela exploração empática, os terapeutas eram instruídos a utilizar intervenções, mesmo quando os marcadores não estavam presentes. Optou-se por este tipo de proposta em função do número limitado de sessões de terapia para o estudo. O objetivo desta etapa era auxiliar o terapeuta a ter um foco bem definido das dificuldades do cliente, buscando identificar formas possíveis de facilitação da transformação das emoções. Considerou-se esta etapa presente a partir da sessão 5 e até a 13a. Após a emergência de novas emoções, seja na tarefa terapêutica ou na relação interpessoal com o paciente, os terapeutas procuravam auxiliar os clientes nos processos de criação de significado, buscando a simbolização das experiências e a compreensão das mesmas.

Houve alguma dificuldade em estabelecer algo rígido pois mesmo já tendo definido o que parecia ser mais central, novas possibilidades iam aparecendo. Nas supervisões, os terapeutas foram instruídos a definir um foco, mesmo que outros parecessem também importantes, discutindo isso com os clientes. Os processos de transformação emocional, seja nas tarefas ou na relação terapêutica com experiências emocionais corretivas interpessoais, eram discutidos nas supervisões, para que o terapeuta observasse a emergência destas nas sessões, guiando os clientes nesta direção nas sessões seguintes.

6.5.3.3. Aplicando os significados na vida e fechando a terapia

Nesta etapa final da terapia, algo como a 13a e a 16a sessões, os terapeutas eram instruídos a focar em auxiliar os clientes a relacionar os significados criados na fase anterior às suas vidas, em como experienciaram as relações com o ambiente, as pessoas e consigo mesmos. Também eram instruídos a começar os processos relacionados ao fechamento da terapia. Como o número de sessões era limitado, considerou-se mais produtivo e ético auxiliar os clientes na construção do significado dos processos terapêuticos vivenciados até então. Alguns clientes que se encontravam em processos mais dolorosos e ainda não concluídos, eram convidados a realizar mais algumas sessões de terapia.

Quadro 2 – Etapas da intervenção

ETAPAS	OBJETIVOS
Vinculando e observando o processo emocional (aprox. sessões de 1 a 4)	Criação de Segurança. Observação do ritmo e do grau de regulação emocional do cliente. Conhecer a história da pessoa e seus aspectos pungentes.

	Dificuldades atuais. Ligações entre o passado e o presente. Intervenções psicoeducacionais experienciais sobre o trabalho com emoções.
MENSIT e Transformando Emoções (aprox. sessões de 5 a 11)	Identificar Marcadores, Emoções Primárias Desadaptativas, Necessidades, Emoções Secundárias, Interrupções e Temas Centrais. Realizar intervenções com o foco na transformação e na experiência emocional corretiva interpessoal. Auxiliar na criação de significado.
Aplicando os significados na vida e fechando a terapia (aprox. sessões de 12 a 16)	Construção de significado das experiências vivenciadas na terapia e a verificação de implementação de mudanças na vida real.

Fonte: Elaboração Própria

6.6. ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise quantitativa foi realizada com a comparação de resultados considerando pré-intervenção (1), os resultados após a última sessão (2), após 1 mês da última sessão (3) e 4 meses após o encerramento do tratamento (4). O grupo controle foi utilizado para a comparação com o grupo intervenção no momento pré-terapia e após a última sessão. Foram empregados procedimentos de comparação entre as médias ou seus correspondentes não paramétricos para a análise da variância. Foram realizadas a verificação de associações entre as medidas coletadas pelos diversos inventários e os questionários padronizados para coleta de dados, através do programa SPSS. Além das comparações, foi empregado o teste post-hoc de Bonferroni, com o objetivo de comparar os diferentes momentos de coleta de dados. Foi utilizado nível de significância $< 0,05$ para os testes estatísticos.

6.7. QUESTÕES ÉTICAS

O estudo foi elaborado sob as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, de acordo com a Resolução CNS 466/12 e 510/16. Para garantir e preservar os cuidados integrais com os sujeitos do estudo, os sujeitos que não foram selecionados para a pesquisa foram encaminhados para Serviços de Psicologia Gratuitos. Os sujeitos selecionados da pesquisa que ficaram no grupo controle, foram convidados a receber atendimentos gratuitos por psicólogos em formação no Instituto TFE Brasil. O TCLE aprovado pelo CEP (Apêndice F) foi elaborado de forma a garantir aos sujeitos a possibilidade de sair da pesquisa a qualquer momento que desejassem.

7. RESULTADOS

Dos 60 participantes, 53 clientes identificaram-se como mulheres e 7 identificaram-se como homens ($n=60$). A idade dos participantes variou entre 22 e 64 anos ($M = 39.9$; $DP = 11.4$). Quanto à identidade racial autodeclarada, 48,3% ($n = 29$) consideraram-se brancos, 25% ($n = 15$) pretos e 25% ($n=15$) pardos. No Brasil, o termo "pardo" designa uma população miscigenada (Travassos; Williams, 2004). Um participante optou por não declarar sua raça.

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra ($N = 60$)

Características	(%) n
Intervenção	51.7 (31)
Controle	48.3 (29)
Gênero	
Feminino	88.3 (53)
Masculino	11.7 (7)
Raça	
Parda	25 (15)
Negra	25 (15)
Branca	48.3 (29)
Prefiro não informar	1.7 (1)
Grau de Instrução	
Superior completo	60 (36)
Ensino médio completo	31.7 (19)
Fundamental completo	6.7 (4)
Fundamental incompleto	1.7 (1)
Renda Familiar	
Até 2 salários-mínimos	31.7 (19)
Mais de 2 e até 4 salários-mínimos	33.3 (20)
Mais de 4 e até 6 salários-mínimos	25 (15)
6 salários-mínimos ou mais	6.7 (4)
Prefiro não informar	3.3 (2)
Constituição Familiar	
Solteira (o/e)	48.7 (28)
Casada (o/e)	36.7 (22)
Divorciada (o/e)	5 (3)
Separada (o/e)	10 (6)
Viúva (o/e)	1.7 (1)
Situação Profissional	
Estudante	6.7 (4)
Desempregado	25 (15)
Empregado	56.7 (34)

Trabalho principal ligado aos cuidados da casa	8.3 (5)
Prefiro não informar	3.3 (2)

Fonte: Elaboração Própria

Um total de dez terapeutas participaram do estudo, 80% dos quais eram do sexo feminino. Os critérios de elegibilidade exigiam que os terapeutas tivessem pelo menos o Nível III de treinamento em TFE e recebessem supervisão regular de um supervisor credenciado em TFE. Além disso, suas idades variaram de 30 a 57 anos ($M = 46,8$, $DP = 9,70$), e 80% tinham mais de dez anos de experiência como psicólogos clínicos. Todos os casos receberam supervisão quinzenal.

As características diagnósticas foram obtidas através da entrevista MINI e demonstraram a natureza transdiagnóstica da amostra. O Transtorno Depressivo Maior (74.19%) e o Transtorno de Ansiedade Generalizada (54.84%) foram as condições mais prevalentes, com a maioria dos participantes apresentado múltiplas comorbidades. As frequências dos diagnósticos e as taxas de comorbidade estão descritas na tabela 2.

Tabela 2 – Características transdiagnósticas do grupo intervenção (N = 31)

Características diagnósticas	<i>n</i>	%
MINI Resultados		
Sem Diagnóstico	4	12.90
Transtorno Depressivo Maior	23	74.19
Episódio Depressivo Maior	3	9.68
Transtorno de Ansiedade Generalizada	17	54.84
Transtorno de Ansiedade Social	8	25.81
Transtorno de Pânico	6	19.35
Agorafobia	6	19.35
Transtorno de Estresse Pós-Traumático	1	3.22
Transtorno Obsessivo-Compulsivo	1	3.22
Anorexia nervosa	1	3.22
Transtorno de Compulsão Alimentar	1	3.22
Número de Transtornos (comorbidades)		
0	4	12.90

Características diagnósticas	<i>n</i>	%
1	8	25.81
2	6	19.35
3	7	22.58
4	3	9.67
5	3	9.67

Nota. *n* = subgrupo da amostra; MINI = Mini-International Neuropsychiatric Interview.

Fonte: Elaboração Própria

Um grupo separado de clínicos atuou como entrevistadores. Todos eram psicoterapeutas profissionais atualmente em treinamento na TFE, que passaram por um breve programa de treinamento sobre a administração da entrevista MINI. Os resultados foram avaliados em quatro momentos diferentes: M1 – quando o grupo de intervenção iniciou a terapia e quando o grupo de controle entrou na lista de espera; M2 – após oito sessões de terapia para o grupo de intervenção; M3 – ao final da terapia e quatro meses após o grupo de controle entrar na lista de espera; M4 – quatro meses após o grupo de intervenção terminar a terapia.

O teste de Shapiro–Wilk foi aplicado para avaliar a normalidade. Para variáveis quantitativas, foram utilizados testes *t* de amostras independentes para dados paramétricos e o teste de Mann–Whitney para dados não paramétricos. A análise revelou uma diferença significativa entre os grupos na subescala de estratégias da DERS na linha de base. No entanto, como não foram encontradas diferenças nas outras subescalas da DERS, nem nas escalas PSS-10 e WHOQOL-BREF, os grupos foram considerados equivalentes para o propósito do estudo.

Tabela 3 – Comparações entre o grupo controle e intervenção em M1

Variáveis	Condição	Média (DP)	<i>t</i> ou <i>z</i>	<i>p</i> (valor)
Idade	Controle	42 (12,17)	1,325	0,19
	Intervenção	38,1 (10,63)		
DERS				
Não-aceitação	Controle	0,62 (0,20)	0,227	0,821
	Intervenção	0,61 (0,25)		
Objetivos	Controle	0,77 (0,16)	0,711	0,48
	Intervenção	0,74 (0,16)		
Impulsos	Controle	0,54 (0,19)	-1,313	0,189
	Intervenção	0,48 (0,17)		
Consciência	Controle	0,60 (0,17)		

Estratégias	Intervenção	0,62 (0,17)	-0,66	0,509
	Controle	0,65 (0,15)		
Clareza	Intervenção	0,57 (0,17)	2,018	0,048*
	Controle	0,64 (0,17)		
Total	Intervenção	0,63 (0,17)	0,258	0,797
	Controle	3,81 (0,71)		
PSS-10	Intervenção	3,65 (0,75)	0,891	0,376
	Controle	28,28 (4,64)		
WHOQOL-BREF	Intervenção	26,45 (5,94)	1,32	0,192
	Controle	28,28 (4,64)		
Físico	Intervenção	2,76 (0,75)	-0,414	0,681
	Controle	2,39 (0,82)		
Psicológico	Intervenção	2,66 (0,53)	-0,849	0,396
	Controle	2,73 (0,46)		
Relações Sociais	Intervenção	2,81 (0,55)	-0,365	0,717
	Controle	2,75 (0,53)		
Meio Ambiente	Intervenção	2,97 (0,63)	0,015	0,988
	Controle	2,97 (0,55)		
HADS	Intervenção	12,61 (3,27)	-0,07	0,944
	Controle	12,55 (3,48)		
Total	Intervenção	25,81 (5,12)	0,423	0,674
	Controle	26,38 (5,36)		

Nota: Comparações realizadas via teste *t* de Student ou Mann-Whitney (*z*), conforme a distribuição dos dados; **p* < 0.5; M1 = entrada na pesquisa.

Fonte: Elaboração Própria

A homogeneidade entre os grupos controle e intervenção também foi avaliada por meio da análise de variáveis categóricas, como sexo, nível de escolaridade, renda, composição familiar e a resposta à pergunta ‘Você já passou por psicoterapia antes?’. Os testes utilizados (qui-quadrado ou teste exato de Fisher) não revelaram diferenças estatisticamente significativas em relação ao sexo (*p* = 0.43), nível de escolaridade (*p* = 0.84), renda (*p* = 0.28), composição familiar (*p* = 0.14) ou à pergunta sobre experiência anterior com psicoterapia (*p* = 0.19). Com base nesses resultados, tanto para variáveis quantitativas quanto categóricas, considerou-se que não houve diferenças importantes entre os grupos de controle e de intervenção.

Como o tempo pode exercer influência sobre as variáveis, comparamos as escalas DERS, PSS-10 e WHOQOL-BREF no grupo controle no *baseline* M1 e novamente em M4, um período correspondente às 16 sessões do grupo intervenção. O teste *t* de amostras pareadas foi utilizado para

dados paramétricos e o teste de Wilcoxon foi aplicado aos dados não paramétricos. Os resultados são apresentados na tabela 4 e mostram que não houve diferenças estatisticamente significativas no grupo controle ao longo do tempo (M1 - M3).

Tabela 4 – Comparações dos momentos M1 e M3 no grupo controle

Variáveis	<i>t</i> ou <i>z</i>	<i>p</i> (valor)
DERS		
Não-aceitação	0,552	0,586
Objetivos	1,478	0,151
Impulsos	-0,487	0,626
Consciência	-0,952	0,349
Estratégias	1,135	0,266
Clareza	1,761	0,089
Total	1,453	0,157
PSS-10		
	1,345	0,19
WHOQOL-BREF		
Físico	-0,319	0,752
Psicológico	-0,198	0,843
Relações Sociais	0,-291	0,773
Meio Ambiente	-0,174	0,093

Nota: Comparações realizadas via teste *t* de Student ou Mann-Whitney (*z*), conforme a distribuição dos dados; M1 = entrada na pesquisa; M3 = ao final da terapia e quatro meses após o grupo de controle entrar na lista de espera.

Fonte: Elaboração Própria

Testes de amostras independentes foram utilizados para comparar os grupos controle e intervenção. O tamanho de *d* foi calculado através do *d* de Cohen. Os grupos foram comparados através da análise das diferenças das médias nas escalas DERS, PSS-10 e WHOQOL-BREF. Para dados paramétricos, utilizamos o teste *t* de amostras independentes e, para os não paramétricos, o teste de Mann-Whitney. Como descrito na tabela 5, o grupo tratamento apresentou diferenças estatisticamente significativas em comparação ao controle em todas as variáveis.

Tabela 5 – Impactos da intervenção ao final do tratamento (M1 - M3)

Variável	M1		<i>p</i> ^a	M3		<i>p</i> ^b	<i>d</i>
	M1 Controles	Intervenção		M3 Controles	Intervenção		
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)		<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)		
DERS							
Não-aceitação	0.63 (0.20)	0.61 (0.25)	821	0.61 (0.22)	0.39 (0.16)	< .001	1.11
Objetivos	0.77 (0.16)	0.74 (0.16)	480	0.73 (0.14)	0.54 (0.19)	< .001	1.12
Impulsos	0.54 (0.54)	0.48 (0.17)	223	0.52 (0.20)	0.34 (0.11)	< .001	1.14

Consciência	0.60 (0.17)	0.62 (0.17)	591	0.63 (0.17)	0.49 (0.16)	.002	0.86
Estratégias	0.65 (0.15)	0.57 (0.15)	48	0.62 (0.19)	0.40 (0.17)	< .001	1.21
Clareza	0.64 (0.17)	0.63 (0.17)	797	0.61 (0.12)	0.41 (0.13)	< .001	1.52
Total	3.81 (0.71)	3.65 (0.75)	376	3.71 (0.63)	2.57 (0.72)	< .001	1.68
PSS-10	28.28 (4.64)	26.45 (5.94)	192	26.62 (6.56)	18.29 (8.53)	< .001	1.09
WHOQOL-Bref							
Físico	2.75 (0.53)	2.81 (0.55)	681	2.78 (0.62)	3.58 (0.60)	< .001	1.31
Psicológico	2.73 (0.46)	2.66 (0.53)	568	0.63 (0.17)	0.49 (0.16)	< .001	1.31
Relações							
Sociais	2.69 (0.82)	2.76 (0.75)	717	2.72 (0.77)	3.44 (0.84)	.001	0.89
Meio							
Ambiente	2.97 (0.55)	2.97 (0.63)	988	3.07 (0.52)	3.36 (0.50)	.035	0.56

Nota. *M* = média; *DP* = desvio-padrão; *d* = Cohen's *d*.; ^aComparação entre grupos (M1); ^bComparação dentro do grupo intervenção (M1 vs. M3).

Fonte: Elaboração Própria

Utilizamos a ANOVA de medidas repetidas e testamos os fatores renda familiar, grau de instrução e idade como covariáveis, para estudarmos a influência de variáveis socioeconômicas e o desfecho. Apenas a variável idade mostrou-se um moderador do domínio relações sociais ($p < 0.05$), e das subescalas da DERS impulsos ($p < 0.05$) e clareza ($p < 0.05$). Os tamanhos de efeito, porém, foram pequenos e moderados, explicando uma parte limitada da variabilidade dos resultados da intervenção.

Para analisar os efeitos do tratamento no grupo intervenção ao longo do tempo (M1, M2, M3 e M4), utilizamos a ANOVA de medidas repetidas para os dados paramétricos ou o teste de Friedman para os dados não paramétricos (tabela 6). As comparações foram ajustadas utilizando a correção de Bonferroni.

Tabela 6 – Comparações múltiplas com correção de Bonferroni para o grupo intervenção (N = 31)

	<i>P</i>	M1 x M2	M1 x M3	M1 x M4	M2 x M3	M2 x M4	M3 x M4
DERS							
Não-aceitação	<0.05	.096	.003	.000	1.000	.073	.992
Objetivos	<0.05	1.000	.000	.005	.026	.161	1.000
Impulsos	<0.05	.370	.001	.000	.413	.055	1.000
Consciência	<0.05	1.00	.010	.161	.413	1.000	1.000
Estratégias	<0.05	.330	.000	.001	.207	.295	1.000
Clareza	<0.05	.063	.000	.000	.035	.183	1.000
Total	<0.05	.330	.000	.000	.007	.096	1.000
PSS-10							
	<0.05	.003	.000	.000	.128	1.000	1.000
WHOQOL-BREF							

Físico	<0.05	.000	.000	.024	.014	1.000	.015
Psicológico	<0.05	.016	.000	.000	.055	1.000	1.000
Relações	<0.05	.007	.001	.080	.296	1.000	.072
Sociais							
Meio	<0.05	.084	.001	.073	1.000	1.000	1.000
Ambiente							

Nota. A significância estatística foi determinada usando a ANOVA de medidas repetidas ou o teste de Friedman com a correção de Bonferroni.

Fonte: Elaboração Própria

As correlações entre as variáveis foram realizadas através do teste de correlações de Spearman (tabela 7).

Tabela 7 – Correlação de Spearman das variáveis clínicas para o grupo intervenção pós-tratamento (M3)

Variável	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
DERS												
Não-aceitação	-	0.58**	0.43*	0.34	.70**	.54**	.73**	.62**	-.42*	.58**	-0.27	-0.27
Objetivos		-	.53**	.35	.72**	.53**	.77**	.58**	.53**	.54**	-.38*	-0.12
Impulsos			-	.53**	.63**	.56**	.75**	.50**	.55**	.63**	.57**	-.20
Consciência				-	.40*	.73**	.73**	.38*	.50**	.60**	-.44*	-.16
Estratégias					-	.57**	.82**	.80**	.52**	.75**	.57**	-.41*
Clareza						-	.82**	.57**	.63**	.72**	-.42*	-.32
Total							-	.68**	.66**	.76**	.57**	-.30
PSS-10								-	.37*	.72**	.54**	.63**
WHOQOL-BREF												
Físico								1	.64**	.53**	.19	
Psicológico									1	.63**	.44*	
Relações												
Soc.											1	.40*
Meio												
Ambiente												1

Nota. Relações Soc. = Relações Sociais; os valores representam os coeficientes de correlação de Spearman (r_s). * $p < .05$. ** $p < .01$.

Fonte: Elaboração Própria

8. DISCUSSÃO

A intervenção com a TFE demonstrou eficácia superior na redução da desregulação emocional em comparação ao grupo de controle (lista de espera). Enquanto em M1, ambos os grupos apresentavam níveis equivalentes de desregulação, em M3, o grupo intervenção exibiu um declínio significativo nos escores da DERS, enquanto o grupo controle permaneceu estável (tabela 5). Esse contraste resultou em um tamanho de efeito alto no grupo intervenção, tanto para o escore total ($d = 1.68$) quanto para todas as subescalas da DERS. Mesmo a subescala estratégias, que se refere à capacidade da pessoa gerenciar a desregulação emocional, mostrou melhora significativa em M3 ($p < 0.001$) em comparação com o grupo controle, apesar da ausência do uso de técnicas explícitas de regulação emocional durante a terapia em TFE. Esses achados alinham-se ao modelo da TFE, que propõe a transformação emocional em vez de intervenções baseadas em psicoeducação ou regulação emocional deliberada.

Em relação aos efeitos da intervenção com a TFE na desregulação emocional ao longo do tempo, observamos que estes não foram evidentes antes da oitava sessão (tabela 6). Estes achados foram consistentes com o modelo de intervenção proposto no estudo (quadro 2) no qual as 4 primeiras sessões são destinadas à construção do vínculo e à observação do processo emocional do cliente e a etapa seguinte (aproximadamente da 5a a 11a sessão) focada na transformação emocional. Desta forma, o cliente vai ampliando gradualmente a sua capacidade de regulação através da segurança da relação terapêutica, da percepção da importância das emoções e do aumento da *awareness*, sobre a sua própria experiência emocional. Auszra *et al.* (2013) descobriram que a produtividade emocional durante a fase intermediária da terapia (aproximadamente entre a 4a e a 12a sessão), foi capaz de prever resultados clínicos positivos, com as emoções primárias desempenhando um papel particularmente central neste quesito (Herrmann *et al.*, 2014).

Ainda em relação aos efeitos da intervenção na desregulação emocional ao longo do tempo, a subescala objetivos ($p < 0.05$) e clareza ($p < 0.05$), foram as únicas escalas que alcançaram significância estatística entre M2 e M3 (tabela 6). Gratz e Roemer (2004), compreendem a redução da desregulação na subescala objetivos como refletindo melhoras na concentração e no desempenho de tarefas sob estresse emocional. O intervalo M2 e M3, coincide com a etapa na intervenção que tem como foco a ativação e transformação emocional que ocorrem durante as tarefas terapêuticas na TFE. Assim, podemos especular a melhora nesta escala com a maior capacidade de tolerar estados emocionais desconfortáveis, bem como ao impacto da transformação emocional, levando a uma

ativação reduzida de esquemas emocionais desadaptativos na vida cotidiana. Por sua vez, a melhora da desregulação na subescala clareza, relacionada à compreensão e simbolização das emoções (Gratz; Roemer, 2004), pode estar refletindo o aumento da experiencição comumente realizada ao longo das sessões em TFE.

Assim, as subescalas clareza e objetivos, parecem ser particularmente importantes para a melhora observada no escore total da DERS ($p < 0.001$) neste estudo, especialmente entre os momentos M2 e M3. Este resultado está alinhado com a literatura da TFE, que identifica dois processos centrais de mudança: a ativação emocional e a experiencição (Pos *et al.*, Missirlan *et al.*, 2005; Pascual-Leone; Yeryomenko, 2016). Pos *et al.*, (2017) observaram que a ativação emocional foi relevante apenas quando levou ao aumento da experiencição, um fenômeno especialmente evidente na fase intermediária da terapia.

Como já mencionado anteriormente, a escala PSS-10 foca na experiência subjetiva do estresse, incluindo as interpretações que os indivíduos atribuem aos eventos e o quão incontroláveis ou sobrecarregados eles percebem que suas vidas estão (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983). Os resultados descritos na tabela 5, revelam que a psicoterapia em TFE levou a uma redução estatisticamente significativa no estresse percebido avaliado pela escala PSS-10, quando comparados os grupos intervenção e controle ($p < 0,001$). Essa melhora já era evidente na metade do tratamento (M2; $p < 0,005$) e tornou-se ainda mais acentuada ao final do tratamento (M3; $p < 0.001$), resultando em um tamanho de efeito elevado relacionado à intervenção psicoterápica ($d = 1,08$). A redução rápida dos escores da PSS-10, observada no presente estudo, sugere que a fase inicial da TFE, ao promover uma aliança terapêutica segura e a consciência emocional, pode aliviar rapidamente a carga percebida do sofrimento psicológico.

A TFE postula a transformação da emoção pela emoção como o principal mecanismo de mudança, em vez do *insight*, da busca por evidências ou da instrução racional. Como a emoção é o nosso sistema de significado primário, quando a emoção muda, a cognição e o comportamento mudam em consequência. A transformação nesta abordagem ocorre por meio de sínteses, quando uma nova emoção primária adaptativa é coativada com uma emoção primária desadaptativa anteriormente dominante, gerando assim novas experiências e novos estados afetivos (Greenberg *et al.*, 2024). Tais sínteses também podem ocorrer quando partes do *self*, como, por exemplo, uma parte crítica que ataca, desvaloriza e humilha outra parte que se sente envergonhada, frágil e paralisada, interagem, confrontam-se e engajam-se em um diálogo. A transformação também pode emergir a

partir da relação terapêutica, através da presença de novas emoções e experiências emocionais corretivas que surgem na díade paciente-terapeuta.

Dado que as intervenções relacionadas ao manejo (*coping*) do estresse e a reestruturação cognitiva não são o foco da TFE, os resultados sugerem a primazia do processamento emocional/experiencial sobre o processamento lógico ou racional. Esses achados são consistentes com os relatados por Bakhshandeh Amnieh *et al.* (2024), que revelaram a diminuição do estresse percebido com a psicoterapia em TFE para transtornos de ansiedade.

A QV avaliada através da WHOQOL-BREF também apresentou melhora estatisticamente significativa na comparação do grupo intervenção com o controle após a psicoterapia em TFE. Enquanto os escores do grupo controle permaneceram estáveis em M3, o grupo intervenção apresentou aumentos significativos em todos os domínios do WHOQOL-BREF (tabela 5). O tamanho do efeito foi elevado nos domínios físico ($d = 1.31$), psicológico ($d = 1.30$) e relações sociais ($d = 0.89$), e moderado no domínio meio ambiente ($d = 0.56$). Com exceção do domínio meio ambiente, todas as subescalas no grupo intervenção mostraram mudanças estatisticamente significativas já na oitava sessão (M2) (tabela 6), descrevendo o rápido impacto da TFE na melhora da QV.

O menor efeito do domínio meio ambiente observado neste estudo, pode ser explicado pelo fato de que ele inclui itens menos suscetíveis a mudanças psicoterapêuticas a curto prazo, como recursos financeiros e condições do ambiente físico. Essa interpretação é reforçada pelo perfil da amostra, na qual 65% relataram renda de até quatro salários-mínimos (tabela 1). Por outro lado, a melhora observada neste domínio ao final do tratamento pode ser atribuída à impactos indiretos, como a redução de percepções negativas sobre o ambiente, o aumento da autoestima levando os indivíduos a buscarem melhorias em suas condições de vida, o aprimoramento das relações interpessoais e do engajamento em atividades e lazer. Embora essas variáveis não tenham sido mensuradas neste estudo, a TFE tem demonstrado eficácia na redução do autocríticismo e dos sintomas de depressão e ansiedade, fatores frequentemente associados a uma sensação de paralisia nos indivíduos (Choi, Pos & Magnusson, 2015; Dillon, Timulak & Greenberg, 2018; Greenberg & Watson, 2022).

A avaliação do follow-up no grupo intervenção, após 4 meses do final da terapia, revelou resultados que merecem atenção. Em relação ao estresse percebido, medida pela PSS-10, a redução também foi mantida no *follow-up*, indicando melhorias psicológicas mais duradouras após a intervenção com a TFE. A análise dos escores da DERS revelou que os ganhos na desregulação emocional observados no pós-tratamento foram mantidos no *follow-up*, tanto para o escore total quanto para todas as subescalas, com exceção da subescala consciência (tabela 6). Alguns estudos,

incluindo o estudo de validação desta escala para a população brasileira, identificaram que a subescala consciência possui propriedades psicométricas menos satisfatórias, sugerindo que ela pode não representar adequadamente o construto capturado pelo escore total (Bardeen *et al.*, 2012; Cancian *et al.*, 2019).

Em relação à QV, as hipóteses do estudo foram parcialmente confirmadas. Quando comparados ao início da terapia (M1), os domínios físico e psicológico revelaram melhora estatisticamente significativa no *follow-up* (M4) enquanto o mesmo não ocorreu em relação aos domínios meio ambiente e relações sociais (tabela 6). Fatores adversos relacionados às condições socioeconômicas afetam a saúde mental da população, podem explicar a dificuldade na manutenção dos ganhos terapêuticos a médio prazo no domínio meio ambiente.

Quanto ao domínio relações sociais, ele abarca o apoio social, a vida sexual e os vínculos interpessoais. A não-manutenção dos escores no *follow-up*, pode ser interpretada como reflexo da solidão, um marcador fundamental do bem-estar psicológico. A solidão é um dos principais indicadores de saúde mental e não é definida pelo estar fisicamente sozinho, mas sim pela carência das relações e conexões necessárias para navegar na adversidade (West, Kellner & Moore-West, 1986). Ela também está associada à interrupções dos processos cognitivos sociais, incluindo representações alteradas de si e do outro, e processamento atípico de estímulos externos (Ma de Sousa *et al.*, 2025). Dado que a TFE é uma terapia de base humanista com forte ênfase na qualidade da relação terapêutica, pode-se especular que a terapia possa ter ajudado a reduzir a sensação de isolamento, e que seu término possa ter levado os pacientes a sentirem novamente a falta de apoio social. Além disso, a intervenção ocorreu durante um período em que a população ainda era significativamente afetada pela pandemia da COVID-19.

Ainda sobre a QV, observamos a manutenção dos ganhos no *follow-up* nos domínios psicológico e físico (tabela 6). O domínio psicológico refere-se à avaliação do bem-estar emocional do indivíduo, incluindo a presença de afeto positivo, capacidade de concentração, memória, autoestima, autoimagem e a frequência de afeto negativo, ansiedade e sintomas depressivos. O domínio físico descreve como a percepção da saúde física influencia a qualidade de vida, focando em aspectos como fadiga, dor, sono e energia (WHO, 2024). O sofrimento físico e o psicológico estão interligados: o comprometimento emocional pode afetar fatores físicos, como a percepção da dor, o sono e os níveis de energia. Inversamente, melhoras no bem-estar físico podem relacionar-se ao bem-estar psicológico através da redução da frequência de sentimentos de angústia, melhora da autoimagem, da concentração e aumento da autoestima. Observamos também que o único domínio

que mostrou melhora entre o final da terapia e a avaliação de *follow-up*, incluindo a comparação com a DERS e a PSS, foi o domínio físico, sugerindo que a transformação emocional pode influenciar comportamentos relacionados à saúde.

A análise da correlação das variáveis descreveu uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o estresse percebido e a desregulação emocional e uma correlação negativa entre o estresse percebido e a QV. A desregulação emocional também esteve correlacionada negativamente com a QV, sendo esta correlação estatisticamente significativa (tabela 7). Os resultados sugerem que a psicoterapia em TFE facilitou mudanças emocionais, cognitivas e comportamentais significativas ao focar nos processos emocionais subjacentes que sustentam o sofrimento psicológico. Esses achados reforçam a premissa central do modelo, que postula que a ativação emocional, a transformação e o aumento da experiência emocional são mecanismos-chave de mudança, afetando o organismo como um todo.

9. CONCLUSÃO

A eficácia de uma intervenção em psicoterapia com uma amostra transdiagnóstica, é bastante promissora pois favorece à melhor expertise dos clínicos, que não precisam ficar perdidos em meio à lógica protocolo-síndrome. Ao mesmo tempo, mais estudos precisam ser realizados até mesmo com grupos com síndromes específicas para que possamos comparar a eficácia da intervenção da TFE com populações diagnósticas e transdiagnósticas em nosso país.

No que concerne à transformação emocional, componente central da TFE, observou-se que a melhora significativa dos desfechos dos participantes nas variáveis estudadas, sem o uso de técnicas deliberadas e de *coping*. A permanência do impacto significativo na desregulação emocional no *follow-up*, sugere a presença de efeitos mais duradouros da intervenção, em um processo de regulação afetiva, com a emoção sendo regulada desde o seu surgimento, sem a necessidade de estratégias deliberadas de regulação emocional. Processos semelhantes foram observados em relação ao estresse percebido e à QV. A proposta central da TFE, na qual um terapeuta presente e empaticamente sintonizado com o cliente, observa atentamente os processos emocionais como portas de entrada para a transformação de emoções com emoções, atuando de maneira a facilitar novas sínteses emocionais e auxiliar na criação de significados a partir da experiência vivida, mostra-se promissora com a população brasileira.

Apesar dos resultados positivos quanto à eficácia da TFE em uma amostra transdiagnóstica, com resultados significativos como a melhora da desregulação emocional, do estresse e da qualidade de vida, limitações importantes deste estudo devem ser consideradas. A predominância de mulheres na amostra, dado que as respostas emocionais podem apresentar características específicas em relação ao gênero e o formato de videoconferência são fatores que podem restringir a generalização desta pesquisa para outros contextos. Além do tamanho limitado da amostra dificultar a generalização dos dados para a população brasileira, observou-se que a população do estudo apresentou prevalência de pessoas com ensino superior (60 %), índice maior do que a média nacional (18,4%) (Brasil. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2022). Cabe lembrar que o período no qual os dados foram coletados, coincide com o período em que ainda havia grande número de infectados pela COVID-19, o que pode ter influenciado na saúde mental dos pacientes, dos próprios terapeutas e também na adesão maciça dos pacientes ao tratamento.

Outra limitação importante foi o fator tempo. A análise dos dados acabou por ficar restrita à análise quantitativa, não havendo a possibilidade do estudo de processos, tão característico da

abordagem. Espera-se num futuro próximo, a realização destes estudos verificando mais detalhadamente os processos de mudança na população estudada.

10. REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. A. B. de; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. F. R. **Qualidade de vida**: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. São Paulo: EACH/USP, 2012. Disponível em: http://www5.each.usp.br/wp-content/uploads/2019/01/qualidade_vida.pdf. Acesso em: 9 mar. 2026.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. **Problem area**: psychological treatments. [S. l.], 2024. Disponível em: <https://div12.org/psychological-treatments/treatments/emotion-focused-therapy-for-depression/>. Acesso em: 9 mar. 2026.
- AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): Validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Brazilian Journal of Psychiatry**, [s. l.], v. 22, n. 3, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000300003>. Acesso em: 9 mar. 2026.
- ANNUNZIATA, M. A. *et al.* Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) accuracy in cancer patients. **Supportive Care in Cancer**, [s. l.], v. 28, n. 8, p. 3921–3926, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05244-8>. Acesso em: 9 mar. 2026.
- ARCH, J. J. *et al.* Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, [s. l.], v. 80, n. 5, p. 750–765, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0028310>. Acesso em: 9 mar. 2026.
- AUSZRA, L.; GREENBERG, L. S.; HERRMANN, I. Client emotional productivity: Optimal client in-session emotional processing in experiential therapy. **Psychotherapy Research**, [s. l.], v. 23, p. 732–746, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2013.816882>. Acesso em: 9 mar. 2026.
- BAKHSHANDEH AMNIEH, T. *et al.* The Efficacy of Emotion-Focused Psychotherapy on Perceived Stress and Psychological Well-being in Patients with Corona Anxiety during the Pandemic. **Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies**, [s. l.], v. 5, n. 3, 2024. DOI: <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.5.3.3>. Acesso em: 9 mar. 2026.
- BARDEEN, J. R.; FERGUS, T. A.; ORCUTT, H. K. An examination of the latent structure of the difficulties in Emotion Regulation Scale. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, [s. l.], v. 34, n. 3, p. 382–392, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10862-012-9280-y>. Acesso em: 9 mar. 2026.
- BARLOW, D. H. *et al.* The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. **JAMA Psychiatry**, [s. l.], v. 74, n. 9, p. 875–884, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>. Acesso em: 9 mar. 2026.
- BARRETT, L. F. **How emotions are made?** [S. l.]: Mariner Books, 2018.
- BENEDITO, M. S.; FERNANDES, M. I. A. Psicologia e racismo: As heranças da clínica psicológica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s. l.], v. 40, p. 1-16, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003229997>. Acesso em: 9 mar. 2026.

BERKING, M.; WUPPERMAN, P. Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. **Current Opinion in Psychiatry**, [s. l.], v. 25, n. 2, p. 128–134, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283503669>. Acesso em: 9 mar. 2026.

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). **Censo da Educação Básica 2022**: notas estatísticas. Brasília, DF: Inep, 2022. Disponível em: https://abmes.org.br/arquivos/documentos/siteABMES-notas_estatisticas_censo_escolar_2022.pdf. Acesso em: 9 mar. 2026.

BRAUNSTEIN, L. M.; GROSS, J. J.; OCHSNER, K. N. Explicit and implicit emotion regulation: a multi-level framework. **Social Cognitive and Affective Neuroscience**, [s. l.], v. 12, n. 10, p. 1545–1557, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1093/scan/nsx096>. Acesso em: 9 mar. 2026.

CANCIAN, A. C. M. *et al.* Psychometric properties of the Brazilian version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, [s. l.], v. 41, n. 1, p. 18-26, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0128>. Acesso em: 9 mar. 2026.

CHOI, B. H.; POS, A. E.; MAGNUSSON, M. S. Emotional change process in resolving self-criticism during experiential treatment of depression. **Psychotherapy Research**, [s. l.], 2015. DOI: <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1041433>. Acesso em: 9 mar. 2026.

COHEN, S.; KAMARCK, T.; MERMELSTEIN, R. A global measure of perceived stress. **Journal of Health and Social Behavior**, [s. l.], v. 24, n. 4, p. 385–396, 1983. DOI: <https://doi.org/10.2307/2136404>. Acesso em: 9 mar. 2026.

CUIJPERS, P. *et al.* The effects of psychotherapies for depression on response, remission, reliable change, and deterioration: A meta-analysis. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, [s. l.], v. 144, n. 3, p. 288–299, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1111/acps.13335>. Acesso em: 9 mar. 2026.

CURTIS, V. Why disgust matters. **Philosophical Transactions of the Royal Society of London, Series B, Biological Sciences**, [s. l.], v. 366, n. 1583, p. 3478–3490, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1098/rstb.2011.0165>. Acesso em: 9 mar. 2026.

DALGLEISH, T. *et al.* Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, [s. l.], v. 88, n. 3, p. 179–195, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1037/ccp0000482>. Acesso em: 9 mar. 2026.

DAMASIO, A. **The strange order of things**: Life, feeling, and the making of cultures. [S. l.]: Pantheon, 2018.

DILLON, A.; TIMULAK, L.; GREENBERG, L. S. Transforming core emotional pain in a course of emotion-focused therapy for depression: A case study. **Psychotherapy Research**, [s. l.], 2018. DOI: <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1233364>. Acesso em: 9 mar. 2026.

ELLIOT, R. *et al.* Research on humanistic-experiential psychotherapies: updated review. In: BARKHAM, M; LUTZ, W; CASTONGUAY, L. G. (ed.). **Bergins and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change**. New Jersey: Wiley, 2021.

ELLIOTT, R. *et al.* **Learning emotion-focused therapy**: The process-experiential approach to change. 2. ed. [S. l.]: American Psychological Association, 2025.

ELLISON, J. A. *et al.* Maintenance of gains following experiential therapies for depression. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, [s. l.], v. 77, n. 1, p. 103–112, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0014653>. Acesso em: 9 mar. 2026.

ETKIN, A.; BÜCHEL, C.; GROSS, J. J. The neural bases of emotion regulation. **Nature Reviews Neuroscience**, [s. l.], v. 16, n. 11, p. 693–700, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1038/nrn4044>. Acesso em: 9 mar. 2026.

FARO, A. Análise Fatorial Confirmatória e Normatização da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [s. l.], v. 31, n. 3, p. 1-9, 2015a. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-37722015032072349353>. Acesso em: 9 mar. 2026.

FARO, A. Análise fatorial confirmatória das três versões da Perceived Stress Scale (PSS): Um estudo populacional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, [s. l.], v. 28, n. 1, p. 21-30, 2015b. DOI: <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528103>. Acesso em: 9 mar. 2026.

FLECK, M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 34, n. 2, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>. Acesso em: 9 mar. 2026.

FRIJDA, N. H. The psychologists' point of view. In: LEWIS, M.; HAVILAND-JONES, J. M.; BARRETT, L. F. (ed.). **Handbook of emotions**. 3. ed. [S. l.]: The Guilford Press, 2008. p. 68–87.

FUSAR-POLI, P. *et al.* Transdiagnostic psychiatry: a systematic review. **World Psychiatry**, [s. l.], v. 18, n. 2, p. 192–207, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20631>. Acesso em: 9 mar. 2026.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOLDMAN, R. N.; GREENBERG, L. S. **Case formulation in emotion-focused therapy**: Co-creating clinical maps for change. [S. l.]: American Psychological Association, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1037/14523-000>. Acesso em: 9 mar. 2026.

GOMES, K. K. *et al.* Quality of life and quality of working life of health science professors at a higher education institution. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, [s. l.], v. 15, n. 1, p. 18-28, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5327/Z1679443520177027>. Acesso em: 9 mar. 2026.

GOUVEIA, M.; ZANELLO, V. Psicoterapia, raça e racismo no contexto brasileiro: Experiências e percepções de mulheres negras. **Psicologia Em Estudo**, [s. l.], v. 24, 2019. DOI: <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v24i0.4273>. Acesso em: 9 mar. 2026.

GRATZ, K. L.; WEISS, N. H.; TULL, M. T. Examining emotion regulation as an outcome, mechanism, or target of psychological treatments. **Current Opinion in Psychology**, [s. l.], v. 3, p. 85-90, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.02.010>. Acesso em: 9 mar. 2026.

GREENBERG, L. S. Theory of functioning in emotion-focused therapy. In: GREENBERG, L. S.; GOLDMAN, R. (ed.). **Clinical handbook of emotion-focused therapy**. [S. l.]: American Psychological Association, 2019. p. 37-60.

GREENBERG, L. S. **Changing emotion with emotion: A practitioner's guide**. [S. l.]: American Psychological Association, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1037/0000248-000>. Acesso em: 9 mar. 2026.

GREENBERG, L. Changing emotion with emotion. **Person-Centered & Experiential Psychotherapies**, [s. l.], v. 22, n. 4, p. 368–383, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1080/14779757.2023.2234966>. Acesso em: 9 mar. 2026.

GREENBERG, L.; PASCUAL-LEONE, J.; JOHNSON, J. Schematic processing and emotional change: Implications for treatment. **New Ideas in Psychology**, [s. l.], v. 73, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2024.101075>. Acesso em: 9 mar. 2026.

GREENBERG, L. S.; WATSON, J. C. Emotion-focused therapy for depression: Canadian contributions. **Canadian Journal of Behavioural Science**, [s. l.], v. 54, n. 2, p. 152–162, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1037/cbs0000317>. Acesso em: 9 mar. 2026.

GROSS, J. J. Emotion regulation: Current status and future prospects. **Psychological Inquiry**, [s. l.], v. 26, n. 1, p. 1–26, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>. Acesso em: 9 mar. 2026.

HAYES, S. C.; HOFMANN, S. G. (ed.). **Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy**. [S. l.]: New Harbinger Publications, 2018.

HERRMANN, I. R.; GREENBERG, L. S.; AUSZRA, L. Emotion categories and patterns of change in experiential therapy for depression. **Psychotherapy Research**, [s. l.], 2014. DOI: <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.958597>. Acesso em: 9 mar. 2026.

HERMANS, H. J. M. The construction and reconstruction of dialogical self. **Journal of Constructivist Psychology**, [s. l.], v. 16, n. 2, p. 89–130, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1080/10720530390117902>. Acesso em: 9 mar. 2026.

HOFMANN, S. **Emoção em terapia: Da ciência à prática**. Porto Alegre: Artmed, 2023.

HOLLON, S. D.; PONNIAH, K. A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. **Depression and Anxiety**, [s. l.], v. 27, n. 10, p. 891–932, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.20741>. Acesso em: 9 mar. 2026.

KENDLER, K. S. Classification of psychopathology: conceptual and historical background. **World Psychiatry**, [s. l.], v. 17, n. 3, p. 241–242, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20549>. Acesso em: 9 mar. 2026.

KOOLE, S. L.; ROTHERMUND, K. "I feel better but I don't know why": the psychology of implicit emotion regulation. **Cognition & Emotion**, [s. l.], v. 25, n. 3, p. 389–399, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1080/02699931.2010.550505>. Acesso em: 9 mar. 2026.

KOOLE, S. L.; WEBB, T. L.; SHEERAN, P. Implicit emotion regulation: Feeling better without knowing why. **Current Opinion in Psychology**, [s. l.], v. 3, p. 6-10, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.027>. Acesso em: 9 mar. 2026.

LANE, R. D. *et al.* Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: New insights from brain science. **The Behavioral and Brain Sciences**, [s. l.], v. 38, e1, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0140525X14000041>. Acesso em: 9 mar. 2026.

LAZARUS, R. S. Thoughts on the relations between emotion and cognition. **American Psychologist**, [s. l.], v. 37, n. 9, p. 1019–1024, 1982. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.9.101>. Acesso em: 9 mar. 2026.

LAZARUS, R. S. From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. **Annual Review of Psychology**, [s. l.], v. 44, p. 1–21, 1993. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.44.020193.000245>. Acesso em: 9 mar. 2026.

LAZARUS, R.; FOLKMAN, S. **Stress appraisal and coping**. New York: Springer, 1984.

LEDOUX, J. E. Rethinking the emotional brain. **Neuron Perspective**, [s. l.], v. 73, n. 4, p. 653-676, 2012.

LINEHAN, M. M.; WILKS, C. R. The course and evolution of dialectical behavior therapy. **American Journal of Psychotherapy**, [s. l.], v. 69, n. 2, p. 91–239, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.97>. Acesso em: 9 mar. 2026.

LIPP, M. E. N. **Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)**. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

LIPP, M.; MALAGRIS, L. Estresse: aspectos históricos, teóricos e clínicos. In: RANGÉ, B. (org.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 617-632.

LOPES, C. S. Como está a saúde mental dos brasileiros? A importância das coortes de nascimento para melhor compreensão do problema. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00005020>

LYON, A. R. *et al.* A case for modular design: Implications for implementing evidence-based interventions with culturally diverse youth. **Professional Psychology: Research and Practice**, [s. l.], v. 45, n. 1, p. 57–66, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0035301>. Acesso em: 9 mar. 2026.

MA DE SOUSA, A. *et al.* Loneliness is associated with unstable and distorted emotion transition predictions. **Communications Psychology**, [s. l.], v. 3, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1038/s44271-025-00310-w>. Acesso em: 9 mar. 2026.

MACHADO, W. L. *et al.* Dimensionalidade da escala de estresse percebido (Perceived Stress Scale, PSS-10) em uma amostra de professores. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 27, n. 1, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722014000100005>. Acesso em: 9 mar. 2026.

MARQUES, J. M.; ZUARDI, A. W. Validity and applicability of the Mini International Neuropsychiatric Interview administered by family medicine residents in primary health care in Brazil. **General Hospital Psychiatry**, [s. l.], v. 30, n. 4, p. 303–310, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2008.02.001>. Acesso em: 9 mar. 2026.

MCGAUGH, J. L. Memory: A century of consolidation. **Science**, [s. l.], v. 287, p. 248–251, 2000. DOI: <http://dx.doi.org/10.1126/science.287.5451.248>. Acesso em: 9 mar. 2026.

MCINTOSH, V. V. W. *et al.* Psychotherapy for transdiagnostic binge eating: A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy, appetite-focused cognitive-behavioral therapy, and schema therapy. **Psychiatry Research**, [s. l.], v. 240, p. 412–420, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.080>. Acesso em: 9 mar. 2026.

MELNIK, T.; SOUZA, W. F.; CARVALHO, M. R. A importância da prática da psicologia baseada em evidências: aspectos conceituais, níveis de evidência, mitos e resistências. **Revista Costarricense de Psicología**, [s. l.], v. 33, n. 2, p. 79-92, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476747238008>. Acesso em: 9 mar. 2026.

MELO, C. de F. *et al.* Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. **Estudos E Pesquisas Em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 447–464, 2015. DOI: <https://doi.org/10.12957/epp.2015.17650>. Acesso em: 9 mar. 2026.

MENDES, M. A. **Estresse em crianças e adolescentes com asma atendidos em ambulatório de pneumologia pediátrica**. 2012. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

MENDES, M. A. Terapia focada nas emoções e processos de mudança em psicoterapia. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, [s. l.], v. 11, n. 2, p. 96-104, 2015. Disponível em: https://www.rbtc.org.br/detalhe_resumo.asp?id=219. Acesso em: 9 mar. 2026.

MENDES, M. A.; PEREIRA, A. L. S. Estratégias de regulação emocional em psicoterapia. In: NEUFELD, C. B.; FALCONE, E. M. O.; RANGÉ, B. (org.). **Procognitiva: Programa de Atualização em Terapia Cognitivo-Comportamental: Ciclo 5**. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2018. p. 9-53.

MENDES, M. A.; BRUNO, M. Terapia focada nas emoções. In: MELO, W. V. (org.). **A prática das intervenções psicoterápicas: como tratar pacientes na vida real**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2019. p. 277-302.

MENDES, M. A.; GREENBERG, L. S. **A clínica das emoções: teoria e prática da terapia focada nas emoções**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2022.

MENDES, M. A. Características e diferenciais da terapia focada nas emoções. In: MENDES, M. A.; CAROLI, A. L. G.; BRUNO, M. (org.). **A prática da terapia focada nas emoções: compreendendo a abordagem a partir de histórias reais**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2024. p. 1-44.

MISSIRLIAN, T. M. *et al.* Emotional arousal, client perceptual processing, and the working alliance in experiential psychotherapy for depression. **Journal of Consulting and Clinical**

Psychology, [s. l.], v. 73, n. 5, p. 861–871, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.861>. Acesso em: 9 mar. 2026.

MÓNACO, E.; GOLDMAN, R. N.; MONTOYA-CASTILLA, I. “The scientific flourishing of Emotion-Focused Therapy”: A bibliometric analysis of EFT articles in Web of Science databases. **Person-Centered and Experiential Psychotherapies**, [s. l.], v. 21, n. 3, p. 269–292, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1080/14779757.2022.2096105>. Acesso em: 9 mar. 2026.

OLIVEIRA, E. R. A. *et al.* Gênero e qualidade de vida percebida: Estudo com professores da área de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 17, n. 3, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300021>. Acesso em: 9 mar. 2026.

OLIVEIRA, F. de; BASTOS, J. L.; MORETTI-PIRES, R. O. Interseccionalidade, discriminação e qualidade de vida na população adulta de Florianópolis, Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 11, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042320>. Acesso em: 9 mar. 2026.

ORNELAS MAIA, A. C. C. *et al.* Improvement in quality of life and sexual functioning in a comorbid sample after the unified protocol transdiagnostic group treatment. **Journal of Psychiatric Research**, [s. l.], v. 93, p. 30–36, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.05.013>. Acesso em: 9 mar. 2026.

PAIVIO, S. C. *et al.* Efficacy of two versions of emotion-focused therapy for resolving child abuse trauma. **Psychotherapy Research**, [s. l.], v. 20, n. 3, p. 353–366, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1080/10503300903505274>. Acesso em: 9 mar. 2026.

PASCUAL-LEONE, A.; GREENBERG, L. S. Emotional processing in experiential therapy: Why "the only way out is through." **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, [s. l.], v. 75, n. 6, p. 875–887, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.875>. Acesso em: 9 mar. 2026.

PASCUAL-LEONE, A.; YERYOMENKO, N. The client "experiencing" scale as a predictor of treatment outcomes: A meta-analysis on psychotherapy process. **Psychotherapy Research**, [s. l.], v. 27, n. 6, p. 653–665, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1152409>. Acesso em: 9 mar. 2026.

PASCUAL-LEONE, A.; KRAMER, U. How Clients “Change Emotion With Emotion”: Sequences in Emotional Processing and Their Clinical Implications. In: GREENBERG, L. S.; GOLDMAN, R. N. (ed.). **Clinical handbook of emotion-focused therapy**. [S. l.]: American Psychological Association, 2019. p. 147-170. DOI: <https://doi.org/10.1037/0000112-013>. Acesso em: 9 mar. 2026.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 241-250, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1807-55092012000200007>. Acesso em: 9 mar. 2026.

PLUTCHIK, R. **Emotions in the practice of psychotherapy**: Clinical implications of affect theories. 2. ed. [S. l.]: American Psychological Association, 2005.

- POS, A. E. *et al.* How does client expressed emotional arousal relate to outcome in experiential therapy for depression? **Person-Centered & Experiential Psychotherapies**, [s. l.], v. 16, n. 2, p. 173-190, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1080/14779757.2017.1323666>. Acesso em: 9 mar. 2026.
- ROSNER, B.; GLYNN, R. Power and sample size estimation for the clustered wilcoxon test. **Biometrics**, v. 67, n. 2, p. 646-653, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1541-0420.2010.01488.x>.
- RUIDIAZ-GÓMEZ, K. S.; CACANTE-CABALLERO, J. V. Desarrollo histórico del concepto Calidad de Vida: una revisión de la literatura. **Revista Ciencia y Cuidado**, [s. l.], v. 18, n. 3, p. 86-99, 2021. DOI: <https://doi.org/10.22463/17949831.2539>. Acesso em: 9 mar. 2026.
- SALGADO, J.; CUNHA, C.; MONTEIRO, M. Emotion-focused therapy for depression. In: GREENBERG, L. S.; GOLDMAN, R. N. (ed.). **Clinical handbook of emotion-focused therapy**. [S. l.]: American Psychological Association, 2019. p. 293–314. DOI: <https://doi.org/10.1037/0000112-013>. Acesso em: 9 mar. 2026.
- SCHAICH BORG, S. *et al.* Infection, incest, and iniquity: investigating the neural correlates of disgust and morality. **Journal of Cognitive Neuroscience**, [s. l.], v. 20, n. 9, p. 1529–1546, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1162/jocn.2008.20109>. Acesso em: 9 mar. 2026.
- SCHNALL, S. *et al.* Disgust as embodied moral judgment. **Personality and Social Psychology Bulletin**, [s. l.], v. 34, n. 8, p. 1096–1109, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1177/0146167208317771>. Acesso em: 9 mar. 2026.
- SCHRÖDER, J.; JELINEK, L.; MORITZ, S. A randomized controlled trial of a transdiagnostic Internet intervention for individuals with panic and phobias - One size fits all. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, [s. l.], v. 54, p. 17–24, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.05.002>. Acesso em: 9 mar. 2026.
- SELYE, H. The evolution of the stress concept. **American Scientist**, [s. l.], v. 61, n. 6, p. 692–699, 1973.
- SHAHAR, B.; BAR-KALIFA, E.; ALON, E. Emotion-focused therapy for social anxiety disorder: Results from a multiple-baseline study. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, [s. l.], v. 85, n. 3, p. 238–249, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1037/ccp000166>. Acesso em: 9 mar. 2026.
- SILVEIRA, M. F. *et al.* Qualidade de vida entre adolescentes: Estudo seccional empregando o SF-12. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], 2012. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/qualidade-de-vida-entre-adolescentes-estudo-seccional-empregando-o-sf12/10637?id=10637>. Acesso em: 9 mar. 2026.
- SLOAN, E. *et al.* Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. **Clinical Psychology Review**, [s. l.], v. 57, p. 141–163, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.002>. Acesso em: 9 mar. 2026.
- STENZEL, L. M. Habilidades terapêuticas interpessoais: A retomada de Carl Rogers na prática da psicologia baseada em evidências. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 557-576, 2021.

Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652021000300010. Acesso em: 9 mar. 2026.

SZABO, S. Hans Selye and the development of the stress concept. Special reference to gastroduodenal ulcerogenesis. **Annals of the New York Academy of Sciences**, [s. l.], v. 851, p. 19–27, 1998. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1998.tb08972.x>. Acesso em: 9 mar. 2026.

TIMULAK, L. *et al.* A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder: Results of a feasibility randomized controlled trial. **Psychotherapy**, [s. l.], v. 59, n. 1, p. 84–95, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1037/pst0000427>. Acesso em: 9 mar. 2026.

THE WORLD Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, [s. l.], v. 41, n. 10, p. 1403–1409, 1995. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k). Acesso em: 9 mar. 2026.

URSIN, H.; ERIKSEN, H. R. The cognitive activation theory of stress. **Psychoneuroendocrinology**, [s. l.], v. 29, n. 5, p. 567–592, 2004. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0306-4530\(03\)00091-X](https://doi.org/10.1016/S0306-4530(03)00091-X). Acesso em: 9 mar. 2026.

WATSON, J. C.; GREENBERG, L. S. **Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder**. [S. l.]: American Psychological Association, 2017.

WEST, D. A.; KELLNER, R.; MOORE-WEST, M. The effects of loneliness: A review of the literature. **Comprehensive Psychiatry**, [s. l.], v. 27, n. 4, p. 351–363, 1986. DOI: [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(86\)90011-8](https://doi.org/10.1016/0010-440X(86)90011-8). Acesso em: 9 mar. 2026.

WHELTON, W. J.; GREENBERG, L. S. Emotion in self-criticism. **Personality and Individual Differences**, [s. l.], v. 38, n. 7, p. 1583–1595, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.09.024>. Acesso em: 9 mar. 2026.

WILAMOWSKA, Z. A. *et al.* Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. **Depression and Anxiety**, [s. l.], v. 27, n. 10, p. 882–890, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.20735>. Acesso em: 9 mar. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders 2024**. [S. l.], 2024. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/74b12494-f213-4b5b-9533-18442147e1fb/content>. Acesso em: 9 mar. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHOQOL: measuring quality of life**. [S. l.], 2024. Disponível em: <https://www.who.int/tools/whoqol>. Acesso em: 9 mar. 2026.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, [s. l.], v. 67, n. 6, p. 361–370, 1983. Acesso em: 9 mar. 2026.

ESTUDO 1

Integrative literature review on emotion-focused therapy in the treatment of depression

Revisão integrativa da literatura sobre a terapia focada nas emoções no tratamento da depressão

Cabeçalho: Estudos de Psicologia I Campinas I 20XX I XX I eXXXX

Categoria: Artigo de revisão

Temática: Psicologia Clínica e Psicoterapias

Cabeçalho: Emotion-focused therapy for depression: an integrative review

Editor: ([Preenchimento da revista](#))

Conflito de interesses: não há

Apoio: não houve apoio

Recebido: ([Preenchimento da revista](#))

Versão Final: ([Preenchimento da revista](#))

Aprovado: ([Preenchimento da revista](#))

Abstract

Objective

This paper aims to describe an integrative review of the literature on emotion-focused therapy for depression.

Method

The quest for the studies was performed in the databases Medline, PsycInfo and BVS for the period that comprises 2013-2023. Inclusion and exclusion criteria were applied, leading to 26 articles. The following thematic categories were obtained through Bardin's content analysis: process research (a), emotional processing (b), and narrative aspects related to change processes (c).

Results

The findings describe emotion-focused therapy emphasis in understanding processes of change as well as the importance of emotional processing as a central aspect for the treatment of depression. Significant gaps were identified, such as the geographical concentration of research and researchers in North America and Europe and the lack of studies involving diverse populations, such as Latin Americans and Africans.

Conclusion

Emotion-Focused Therapy emerges as an effective approach for the treatment of depression, highlighting the central role of emotional processes in facilitating therapeutic change. In a complex and highly prevalent disorder like depression, emotion-focused therapy emerges as an important evidence-based treatment option, expanding the possibilities for psychological care. These findings underscore the need to apply EFT in other contexts, taking into account variables such as ethnicity and gender, in order to assess its efficacy in a broader and more comprehensive manner.

Keywords: depression; clinical psychology; psychotherapy; evidence-based practice; mental health.

Resumo

Objetivo

Apresentar uma revisão integrativa da literatura sobre os achados das intervenções em psicoterapia com a Terapia Focada nas Emoções para o tratamento da depressão.

Método

A busca foi realizada nas bases de dados Medline, Scopus, PsycINFO e BVS compreendendo os anos de 2013 a 2023. A aplicação dos critérios de inclusão e exclusão levou à seleção de 26 artigos. As seguintes categorias temáticas foram obtidas através da análise de Bardin: pesquisa de processos (a), processamento emocional (b) e aspectos narrativos relacionados aos processos de mudança (c).

Resultados

Os resultados encontrados descreveram a ênfase da terapia focada nas emoções nos processos que levaram à mudança, além da importância do processamento emocional como aspecto central para o tratamento da depressão. Lacunas significativas foram identificadas, como a concentração geográfica da pesquisa e dos pesquisadores na América do Norte e na Europa e a escassez de estudos envolvendo populações diversas como latino-americanas e africanas.

Conclusão

A terapia focada nas emoções apresenta-se como uma abordagem efetiva para o tratamento da depressão, destacando o papel central dos processos emocionais para a facilitação da mudança em psicoterapia. Em um transtorno complexo e altamente prevalente como a depressão, a terapia focada nas emoções emerge como importante opção de tratamento baseado em evidências, expandindo a possibilidade de cuidados psicológicos. Estes achados ressaltam a necessidades de aplicação da TFE em outros contextos, levando em considerando variáveis como etnia e gênero, de maneira a compreender sua eficácia de forma mais ampla.

Palavras-chave: depressão; psicologia clínica; psicoterapia; prática clínica baseada em evidências; saúde mental.

A depressão é a principal causa de incapacidade global e o fator que mais contribui para mortes por suicídio. Estima-se que 280 milhões de pessoas em todo mundo sofram com a depressão, sendo que 3,8 % da população mundial irá experimentar depressão ao longo da vida. (WHO, 2023).

Embora as intervenções farmacológicas sejam amplamente utilizadas, nem todos os clientes respondem adequadamente ao tratamento, não havendo evidências de que os medicamentos reduzam o risco de recaída, uma vez que seu uso seja descontinuado. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) mantém-se como a intervenção psicológica com maior respaldo científico no tratamento da depressão, conforme demonstrado em estudos recentes (Cuijpers et al., 2023). No entanto, apesar de seu sólido embasamento empírico, a TCC apresenta limitações significativas em termos de resposta clínica. Meta-análises atualizadas, como a de Driessen et al. (2023), indicam que apenas cerca de 50% dos pacientes com depressão respondem adequadamente a essa abordagem. Esse dado revela um desafio crucial no campo da saúde mental: mesmo com a intervenção mais estudada e validada, uma parcela substancial de indivíduos não alcança melhora clínica satisfatória. Esta taxa limitada de resposta, consistente com revisões sistemáticas como a de Lemmens et al. (2021), aponta para a complexidade do tratamento da depressão e levanta questões importantes sobre os fatores que realmente determinam o sucesso terapêutico.

Tendo em vista estes dados, o objetivo deste artigo é descrever os resultados encontrados em uma revisão integrativa da literatura que estudou a Terapia Focada nas Emoções (TFE) aplicada ao tratamento da depressão nos últimos dez anos, realizando uma síntese da literatura existente e contribuindo assim para o conhecimento sobre o tema, explorando novas possibilidades para intervenções psicoterápicas com respostas satisfatórias.

A TFE vem sendo desenvolvida desde os anos 70 por Leslie Greenberg e colaboradores. Trata-se de um modelo neohumanista que combina intervenções empáticas clássicas com ênfase na qualidade da relação terapêutica como protagonizado por Carl Rogers, o foco nas sensações e afetos experienciados no corpo, como proposto por Eugene Gendlin, e ainda a influência da Gestalt Terapia de Fritz Perls, com a utilização de estratégias experienciais e mobilização emocional durante as sessões de psicoterapia. Com raízes profundas no terreno da psicoterapia humanista-existencial, experiencial, fenomenológica e também do conhecimento proveniente das teorias contemporâneas sobre as emoções e a neurociência afetiva, a TFE é considerada uma abordagem baseada em evidências para a depressão, segundo a Associação Americana de Psicologia e, consequentemente, uma alternativa de tratamento psicoterápico (APA, 2025; Duffy et al., 2023).

A abordagem considera as emoções como o elemento organizador da experiência humana e por isso dá maior importância aos processos emocionais e a transformação das emoções do cliente como o foco central da psicoterapia, além do fortalecimento do *self* e da criação de novos

significados através de uma relação terapêutica segura. Além da ênfase nas emoções, uma das contribuições originais da TFE para a compreensão dos processos de mudança em psicoterapia é a classificação dessas mesmas emoções, pois nem todas elas se traduzem em benefício para o bom desfecho clínico (Greenberg & Watson, 2022).

As emoções são classificadas pela TFE como primárias, secundárias e instrumentais. As emoções primárias relacionam-se às avaliações automáticas, podendo ser adaptativas ou desadaptativas. As secundárias, por sua vez, são aquelas que protegem as pessoas de emoções primárias muito dolorosas, como sentir raiva (secundária) para se proteger da vergonha (primária) ou ainda que surgem a partir de processos cognitivos reflexivos. Por fim, as instrumentais são as que acontecem quando as emoções são utilizadas para conseguir o que queremos mesmo que não estejamos sentindo plenamente a emoção, tendo assim um certo caráter manipulativo (Herrmann et al., 2014; Pascual-Leone & Kramer, 2019).

A TFE compreende que a tão característica perda de vitalidade presente na depressão está relacionada às dificuldades de processamento emocional. Um ciclo retroalimentador se forma: ao evitar ou negar as emoções primárias desadaptativas e dolorosas, o indivíduo deixa de acessar e processar essas experiências emocionais, impedindo o contato com seus recursos pessoais internos e a possibilidade de transformação destas dores, levando à desesperança e ao desamparo (Greenberg & Watson, 2022).

Método

O método utilizado nesta pesquisa foi a revisão integrativa da literatura, construído a partir dos descritos por Dhollande et al. (2021), Hopia et al. (2016) e Souza, Silva & Carvalho (2010). Ao fazer a combinação de achados de pesquisa com diferentes metodologias aliada a um método rigoroso e ordenado de investigação, a revisão integrativa acaba por realizar uma síntese do conhecimento atual, gerando aprofundamento e detalhamento de conceitos. A partir deste ponto, lacunas na literatura podem ser identificadas, promovendo novas questões para o avanço do assunto em questão, levando a revisão das teorias, ao desenvolvimento de políticas públicas, protocolos e procedimentos do dia a dia dos clínicos (Dhollande et al., 2021).

Para chegarmos à questão norteadora - “Quais os resultados encontrados nas pesquisas que estudaram a terapia focada nas emoções para a depressão nos últimos dez anos?”- e para especificar os critérios de exclusão e inclusão, foi utilizada a estratégia SPIDER, indicada na busca de artigos mistos e qualitativos (Araújo, 2020). Os componentes da SPIDER são: *Sample* (população), *Phenomenon of Interest* (fenômeno de interesse), *Design* (desenho do estudo), *Evaluation* (desfecho) e *Research type* (tipo de pesquisa) (Dhollande et al., 2021). Em relação aos critérios de inclusão, foram considerados artigos científicos completos, que tratam da intervenção com clientes depressivos em ambiente de psicoterapia com a TFE desenvolvida por Greenberg e

colaboradores, nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa, no período de 10 anos (2013-2023). Os critérios de exclusão foram dissertações e/ou teses, livros e artigos aos quais os pesquisadores não tiveram acesso completo.

A escolha das bases de dados seguiu a orientação contida em Duffy et al. (2023), sendo escolhidas a Medline, Scopus, PsycINFO e BVS. As palavras-chave e os operadores booleanos especificados em cada base estão descritas na Tabela 1. A seleção ocorreu entre os dias 10 e 20 de janeiro de 2024, sendo realizada por pesquisadores de forma independente, com a posterior discussão de discordâncias, chegando-se a uma seleção consensual. Após esta etapa, houve a análise da qualidade dos artigos através da ferramenta JBI checklist (Moola et al., 2020).

Utilizou-se a análise de conteúdo (AC), segundo a perspectiva de Bardin (1977), para se chegar às categorias finais de análises. Esta se iniciou com a leitura flutuante dos artigos, que foi posteriormente aprofundada possibilitando a identificação dos temas mais recorrentes e significativos, resultando assim nas categorias temáticas encontradas. Cada pesquisador realizou as leituras de forma independente, sendo os resultados discutidos em conjunto, até se alcançar um consenso.

Resultados e Discussão

Os resultados da pesquisa dos descritores nas bases de dados e a aplicação dos critérios de exclusão e inclusão estão descritos na Figura 1 através do fluxograma PRISMA 2020 (Page et al., 2020). Todas as publicações encontradas estavam na língua inglesa. Foram encontradas apenas pesquisas com participantes adultos.

Observou-se uma concentração significativa das publicações em um número reduzido de revistas científicas (6), sendo que apenas duas delas responderam por 76,92% do total. Embora este dado demonstre a aceitação da TFE em revistas específicas, revela a necessidade de diversidade nas publicações para alcançar maior número de pesquisadores/clínicos. Destaca-se a importância dos ensaios clínicos randomizados que utilizaram a intervenção da TFE com pacientes depressivos como os realizados no Canadá (York I, York II, Toronto Depression Study) e em Portugal (ISMAI). Dos 26 estudos incluídos na revisão, apenas 3 (11,11%) não utilizaram dados provenientes dessas pesquisas, o que ressalta sua relevância para o desenvolvimento científico da TFE.

A totalidade dos artigos foi de pesquisadores norte-americanos e europeus, com amostras compostas por populações desses mesmos contextos. Essa concentração evidencia uma lacuna importante: a ausência de estudos sobre o tratamento da depressão com a TFE em outras populações, como as latino-americanas e africanas, bem como a ausência de pesquisadores fora do eixo América do Norte/Europa (tabela 2).

As categorias identificadas foram as seguintes: (a) pesquisa de processos, (b) processamento emocional e (c) aspectos narrativos relacionados aos processos de mudança .

Categoria A: Pesquisa de Processos

A pesquisa de processos busca identificar e compreender os fatores que influenciam a mudança em psicoterapia e como estes se relacionam às intervenções e às interações com o terapeuta. Ela pode ser dividida em estudos de microprocessos, que analisam segmentos específicos das sessões, e macroprocessos, que investigam a evolução da mudança durante o curso da terapia e a relação entre o processo e o desfecho. Em função da maior complexidade, a pesquisa de processos demanda mais tempo e maiores recursos, o que acaba se traduzindo em menor número de artigos (Krause, 2024).

A TFE, no entanto, destaca-se por ser o modelo de terapia com maior número de estudos de processos (Elliot et al., 2021). Um dos seus aspectos essenciais é justamente o fato de ser informada por esse tipo de pesquisa, com a análise detalhada de vídeos e áudios das sessões de terapia. Dos 26 artigos encontrados, 24 (92,31%) continham pelo menos uma análise referente ao estudo de processos. Observou-se também a presença de diversas escalas desenvolvidas por pesquisadores da TFE para avaliar processos específicos como a ativação emocional, os estados afetivos significativos, a produtividade emocional entre outros (Auszra et al., 2013; Braga et al., 2016; Dillon et al., 2018).

Categoria B: Processamento emocional

Esta categoria temática trata dos estudos que relacionaram o processamento emocional na TFE para a depressão, sua relação com a mudança e os desfechos clínicos. Pascual-Leone e Greenberg (2007) identificaram a presença de sequências emocionais particulares em desfechos bem-sucedidos de terapia. Os clientes geralmente iniciam o processo expressando emoções secundárias, sendo gradualmente conduzidos ao contato com emoções primárias desadaptativas. A partir desse ponto, podem acessar suas necessidades emocionais subjacentes e responder com emoções primárias adaptativas, que promovem a transformação das experiências emocionais desadaptativas. Nos desfechos bem-sucedidos é esperada a diminuição da frequência das emoções secundárias ao longo do tratamento e a emergência das primárias desadaptativas e adaptativas. Este modelo oriundo da TFE tem sido proposto como um elemento chave da mudança, independente da abordagem de psicoterapia utilizada e do quadro clínico (Pascual-Leone & Kramer, 2019).

Na revisão realizada, a redução dos sintomas depressivos esteve associada ao aumento das emoções primárias adaptativas, sendo que o oposto ocorreu em relação às emoções secundárias. Níveis moderados de emoções primárias desadaptativas também estiveram

relacionados a melhores desfechos clínicos (Dillon et al., 2016; Herrmann et al., 2014; McNally et al., 2014).

A frequência dos tipos de emoção e sua relação com as fases da terapia, também foi outro achado significativo. Menores níveis de emoções secundárias e a presença das emoções primárias adaptativas na chamada fase de trabalho (combinação da sessão na qual o cliente mais progrediu com a sessão anterior) foram preditores da melhora dos clientes, sendo a frequência das emoções primárias adaptativas a maior preditora da melhora terapêutica (Picirilli & Pos, 2022). A fase intermediária da terapia, que compreende aproximadamente 25% a 75% do tempo total do tratamento, foi sugerida como relevante para a transformação emocional já que as emoções primárias, tanto desadaptativas quanto adaptativas, tiveram ali seu pico durante a terapia (Dillon et al., 2016; Herrmann et al., 2014; McNally et al., 2014).

Auszra et al. (2013), desenvolveram a escala CEPS-R para avaliar a produtividade emocional, ou seja, a capacidade das emoções produzirem mudanças. Para uma emoção ser produtiva, os autores sugeriram que ela precisa ser primária e processada de acordo com critérios específicos (percepção, aceitação, congruência, regulação, simbolização, agência, diferenciação). No contexto da TFE para a depressão, a ativação emocional isoladamente não foi suficiente para explicar os resultados ao final da terapia. Por sua vez, a produtividade emocional na fase intermediária da terapia foi preditora do bom desfecho clínico sendo particularmente a produtividade da emoção primária mais significativa para explicar a redução dos sintomas do que outras variáveis como a experiencição, compreendida como a capacidade de nomear, simbolizar e criar significado de sensações corporais e emoções, e a aliança terapêutica (Herrmann et al., 2014).

A produtividade emocional da emoção primária, portanto, e não a simples presença da emoção, parece ser um dos fatores centrais para a mudança na TFE para a depressão. Estes achados podem ser significativos para os clínicos que trabalham com emoções, independentemente da abordagem, já que a classificação da TFE tem sido utilizada por outros modelos (Hofmann, 2024; Linehan & Wilks, 2015), reforçando a necessidade dos clínicos de saber identificar quando a emoção é instrumental, secundária ou primária e quais as variáveis necessárias para alcançar a produtividade emocional.

O aumento da experiencição ao longo da terapia mostrou-se um fator preditivo da redução dos sintomas depressivos na TFE (Pinheiro et al., 2021). Entretanto, esse avanço não impactou diretamente a intensidade dos sintomas na sessão seguinte àquela em que o cliente atingiu um nível mais elevado de experiencição, sugerindo que a manifestação deste efeito pode levar mais tempo. Além disso, a menor severidade dos sintomas no início da sessão se associou a uma maior experiencição ao longo da mesma. Já a ativação emocional teve relevância apenas quando

impulsionou o aumento da experiencição, fenômeno observado especialmente na fase intermediária da terapia (Pos et al., 2017).

Percebe-se aqui, a importância da produtividade emocional mais uma vez, pois a ativação que amplia a capacidade de experiencição envolve aspectos como a regulação adequada da emoção e sua simbolização. Esses achados podem influenciar a tomada de decisão clínica, indicando que clientes que iniciam a sessão com menor intensidade de sintomas, podem ser direcionados para intervenções que favoreçam um maior grau de experiencição. Por sua vez, intervenções que reduzam a intensidade dos sintomas em uma determinada sessão, seguida de outras que busquem maior experiencição também podem ter efeitos positivos. O estudo de Pinheiro et al. (2021) também observou os mesmos resultados sobre o aumento de experiencição e menor sintomas clínicos no grupo que foi tratado com TCC, sugerindo ser a experiencição uma variável transteórica e de possível interesse para outras abordagens.

Singh et al. (2021) estudaram a presença de ganhos súbitos (GS) na TFE para a depressão. Estes foram definidos como reduções abruptas ou dramáticas de sintomas que ocorreram durante um intervalo de sessões. Na primeira parte do estudo, foram selecionados 36 clientes que participaram de 16 a 20 sessões de TFE. Foram observados GS em 23 (63,9%) clientes, sendo que em 85,7 % dos casos observados a melhoria foi sustentável e não apenas passageira. Na segunda parte do estudo, 14 destes clientes foram estudados a partir do chamado arco do GS, período formado pela sessão controle (duas sessões anteriores à sessão na qual ocorreu o GS), crítica (sessão anterior ao GS) e pós-ganho (sessão posterior ao GS).

Os clientes aumentaram o nível de experiencição, passando da reflexão e exploração inicial de suas experiências e emoções na sessão controle para a exploração intencional e elaboração dos sentimentos, geralmente a partir da identificação de um problema ou de uma necessidade, na sessão crítica. O aumento da experiencição porém, não foi observado na sessão pós-ganho. Em relação às emoções primárias adaptativas, estas se apresentaram maiores na sessão crítica do que na sessão controle. Por sua vez, o foco do terapeuta nas necessidades do cliente foi significativamente maior na sessão crítica do que na sessão controle. Esta combinação das emoções primárias adaptativas do cliente e do foco do terapeuta na sessão crítica, parecem explicar a presença do GS (Singh et al., 2021).

Os resultados dos estudos de Choi et al. (2015), Muntigl et al. (2019) e Watson et al. (2014), destacam o papel essencial da relação terapêutica no processamento emocional e na promoção da mudança. A empatia percebida pelo cliente na relação com o terapeuta, pode ser internalizada permitindo o desenvolvimento de novas formas de relacionamento consigo mesma. Além disso, a atitude exploratória do terapeuta pode levar a busca por novas formas de resposta por parte do cliente e maior capacidade de adaptação às diferentes situações na vida.

Heinonem & Pos (2021) procuraram estudar a associação entre problemas interpessoais e o processamento emocional com um grupo de pacientes depressivos tratados com a TFE, provenientes dos estudos York I e II, e que responderam ao *follow-up* de 18 meses depois do encerramento do tratamento. Duas sessões da chamada fase de trabalho, ou seja, entre a quarta sessão e a quarta antes da última sessão do tratamento, foram escolhidas por terem sido identificadas pelos clientes como as mais produtivas de acordo com questionários de avaliação preenchidos pelos mesmos ao final de cada encontro da terapia.

As emoções expressas na terapia estavam alinhadas com os padrões interpessoais observados antes do tratamento. Pacientes com dificuldades interpessoais caracterizadas por dominância e vingança demonstraram maior expressão de raiva rejeitadora ao longo das sessões. Em relação à transformação emocional, não foi o contato com emoções vulneráveis que esteve associado à melhora e sim a presença da raiva primária adaptativa assertiva, através da expressão e validação das necessidades emocionais que ocorreram na sessão de terapia. Em contrapartida, os pacientes com dificuldades interpessoais caracterizadas por traços de inibição social e passividade manifestaram, predominantemente, emoções como medo e vergonha. Para este grupo, observou-se a associação da melhora à presença da tristeza/luto e da autocompaixão. A raiva assertiva não esteve associada à melhora (Heinonen & Pos, 2021).

Essa associação entre padrões interpessoais e estados emocionais desadaptativos, observada no tratamento com a TFE, reforça a premissa fundamental da abordagem: para que haja transformação emocional, é necessário permitir o acesso e a vivência das emoções dolorosas. Esse pressuposto ganha força diante do fato de que foram os próprios pacientes que apontaram estas sessões como aquelas que lhes trouxeram maior benefício demonstrando, assim, a importância do terapeuta focar nas dores emocionais centrais. Além disto, os resultados descrevem como determinadas características interpessoais podem exigir a presença de diferentes emoções para a melhora clínica.

Robinson et al. (2015) descreveram a utilização da terapia de grupo na TFE para a depressão. Os participantes destacaram a importância da intervenção com as cadeiras e as experiências emocionais corretivas como a validação, a empatia e o apaziguamento interrelacional entre os membros. Estes resultados são significativos pois o formato de grupo tem se mostrado efetivo em diversos quadros clínicos, incluindo a depressão, levando a maior eficiência dos serviços de saúde, além de custos menores. Os grupos podem ser bastante frutíferos quando realizados por clientes oriundos de grupos minorizados ou com dificuldades semelhantes, reduzindo o senso de isolamento dos participantes (Rosendahl et al., 2021).

Categoria C: Aspectos narrativos relacionados aos processos de mudança

Alguns dos artigos encontrados procuraram acessar e explorar as narrativas presentes durante o tratamento, associando-as aos processos de mudança observados. Estudo de caso conduzido por Angus & Kagan (2013), descreveu a efetividade da TFE no fortalecimento do *self* e na reconstrução da narrativa sobre si. A expressão de sentimentos reprimidos e sua transformação, relacionou-se à mudança na narrativa, antes dominada pela autocrítica e desesperança para outra caracterizada pela autocompaixão e agência, levando à redução significativa nos sintomas depressivos. O *follow-up* de seis meses após o final da terapia revelou mudanças importantes na narrativa e na descrição das experiências da cliente, com os autores sugerindo a presença de um novo posicionamento no mundo.

Braga et al. (2016) e Ribeiro et al. (2014) estudaram o progresso ou as dificuldades nas narrativas relacionando-as à ambivalência, sendo esta definida quando o surgimento de Momentos Inovadores — novidades na forma como o indivíduo constrói sua narrativa sobre si mesmo — é seguido por um retorno à perspectiva anterior, caracterizada por narrativas caracterizadas por padrões desadaptativos e problemáticos. Dois processos de resolução da ambivalência foram sugeridos inicialmente por Braga et al. (2016): (1) a dominância da parte inovadora e a consequente inibição da parte problemática e (2) a negociação/integração entre essas partes.

Nos casos bem-sucedidos da TFE para a depressão, observou-se a maior frequência da dominância das partes inovadoras nas fases iniciais da terapia, com uma tendência à diminuição desta dominância nas fases intermediárias e finais da terapia. A maior frequência do processo de dominância no início do tratamento, pode ser uma particularidade do sucesso do tratamento da depressão, exigindo um olhar atento do terapeuta, para que este não guie demais a intervenção para a negociação/integração neste momento.

Por sua vez, a negociação/integração entre as posições apresentou tendência a aumentar durante todo o tratamento (Braga et al., 2016). Ribeiro et al. (2014) encontraram resultados semelhantes nos quais o retorno à narrativa problemática apresentou declínio ao longo do tratamento nos desfechos bem-sucedidos com a TFE para a depressão, refletindo um processo de integração entre as partes do *self*. Este aumento da negociação/integração, especialmente na fase intermediária e final da terapia, também merece a atenção, pois pode sinalizar ao terapeuta um bom prognóstico do caso.

Alguns estudos da TFE para depressão utilizaram o modelo de assimilação de Stiles para avaliar os desfechos terapêuticos. Para este modelo, a mudança terapêutica ocorre quando experiências problemáticas até então evitadas, passam a serem aceitas e assimiladas/incorporadas no *self* (Basto et al., 2018, 2021). Observou-se que a assimilação de novas experiências tende a aumentar ao longo dos tratamentos bem-sucedidos, sendo observado o caminho inverso nos casos em que não houve melhora (Barbosa et al., 2017, 2018; Couto et al., 2016; Ribeiro et al., 2016). Em

relação ao processo de mudança, Basto et al. (2018, 2021), observaram que, ao contrário do modelo de Stiles, que propõe uma sequência regular de estágios, este processo acontece de forma mais instável no tratamento da TFE para depressão. No caso bem-sucedido, o nível de assimilação e a instabilidade tenderam a aumentar, e a intensidade dos sintomas a diminuir, sobretudo na fase final do tratamento. No caso mal-sucedido, o nível de assimilação e instabilidade praticamente não se alteraram no decorrer da terapia.

Através da análise intensiva de dois casos clínicos de depressão tratados com a TFE, Ribeiro et al. (2016) avaliaram as intervenções do terapeuta e as respostas do cliente em três fases: inicial, intermediária e final. As intervenções foram classificadas em duas categorias: de suporte, no caso de estarem próximas da zona de desenvolvimento terapêutica proximal (ZDTP), e desafiadoras, no caso de estarem próxima a zona de desenvolvimento potencial terapêutica (ZDPT), direcionando o foco do cliente para experiências inovadoras ou alternativas. No caso em que não houve melhora, as trocas terapêuticas foram mais estáveis nas três fases do tratamento, com uso predominante de intervenções de suporte pelo terapeuta, dentro da ZDTP. No caso em que houve melhora clínica, foi descrito um melhor equilíbrio entre intervenções de apoio e as desafiadoras, com maior frequência deste tipo de intervenção em comparação com o caso com desfecho mal-sucedido, com o terapeuta impulsionando ativamente a ZDPT.

Estes resultados corroboram o estilo presente na TFE de não apenas acompanhar, mas também guiar o cliente na direção de novas fronteiras emocionais. Barbosa et al. (2016, 2017) observaram que o tratamento em TFE levou a diminuição da perspectiva imersa, na qual a narrativa presente revela que o *self* que avalia a experiência coincide com o *self* que a experiencia. Por outro lado, a perspectiva distanciada, considerada como aquela na qual o *self* atual está separado daquele que viveu a situação, esteve associada à melhora clínica quando seguida da autorreflexão. A relação entre estas perspectivas e o bom desfecho terapêutico não foi direta, já que a imersão permaneceu elevada ao longo de praticamente todo o tratamento, ocorrendo em conjunto com a perspectiva distanciada. As intervenções promoveram a imersão no material pouco assimilado, e após esta, foi promovido o distanciamento, especialmente através de técnicas que permitiram a diferenciação e o diálogo entre partes do *self* e a criação de significado.

A literatura sobre estes constructos compreende a perspectiva distanciada como um mecanismo protetivo contra a depressão, ao contrário da imersa, que pode aprisionar a pessoa em ciclos ruminativos (Kross et al., 2012). Os resultados de Barbosa et al. (2016, 2017), porém, sugerem que a imersão não necessariamente atrapalha o desfecho, sendo a transição progressiva da imersão para o distanciamento mais característica da melhora na terapia de clientes depressivos com a TFE e não a simples frequência de uma perspectiva ou outra. A importância da imersão para

o tratamento vai de encontro à proposta da TFE de se entrar em contato com as emoções para transformá-las.

Cunha et al. (2016) buscaram compreender a consolidação das mudanças e a reconstrução da narrativa sobre o *self* na fase final da terapia com a TFE para a depressão. Os autores observaram que ao mesmo tempo em que a validação dos sentimentos positivos emergentes facilitou a expansão da auto-observação do cliente, a validação imediata da dor ofereceu suporte para as dificuldades para a mudança. Estes resultados descrevem a importância da validação e da relação terapêutica na terapia em TFE.

Conclusões

Esta revisão integrativa teve como objetivo descrever os achados da literatura sobre a TFE no tratamento da depressão nos últimos dez anos. Os resultados encontrados apontam a TFE como uma abordagem psicoterapêutica efetiva e baseada em evidências para o manejo da depressão, destacando o papel central do processamento emocional na facilitação da mudança terapêutica.

A pesquisa de processos presente em grande parte dos artigos encontrados, ofereceu uma compreensão aprofundada dos mecanismos de mudança, evidenciando a importância da produtividade emocional, e não da simples ativação da emoção, como um fator preditivo de bons desfechos. O estudo detalhado das sequências emocionais, com a transição de emoções secundárias para primárias adaptativas a partir do contato com as necessidades emocionais, emergiu como um pilar da transformação nos quadros depressivos, assim como o aumento da capacidade de experiência. Além disso, a qualidade da relação terapêutica também demonstrou ter um papel central, com a presença da empatia e do equilíbrio entre respostas de acompanhamento/suporte e de exploração de novas fronteiras para o cliente.

As sequências emocionais, a transformação das emoções, a produtividade emocional, a relação terapêutica e o grau de experiência foram sugeridas como importantes variáveis transteóricas. Estes achados trazem um duplo benefício: auxiliam não apenas terapeutas desta abordagem, mas também de outros modelos interessados em aprofundar o trabalho com as emoções, além de reforçarem a necessidade dos estudos de processos tão presentes na abordagem.

A revisão identificou lacunas significativas, como a concentração geográfica das pesquisas e dos pesquisadores – em sua maioria norte-americanos e europeus –, além da escassez de estudos com populações diversas, como as latino-americanas e africanas. Esses achados reforçam a necessidade de aplicar a TFE em outros contextos, considerando variáveis como etnia e gênero, a fim de verificar sua eficácia de forma mais abrangente.

Outro ponto relevante foi a predominância de dados provenientes de um número limitado de ensaios clínicos (como os estudos York e ISMAI), o que ressalta a importância de replicar as intervenções em diferentes cenários a fim de confirmar sua efetividade em diversas populações.

Os resultados encontrados são clinicamente relevantes. Ao mesmo tempo em que apontam caminhos para o desenvolvimento de novas pesquisas em TFE, oferecem aos terapeutas das mais diversas abordagens, insights para compreender os processos de mudança e refletir sobre as intervenções. Em um transtorno complexo, de difícil tratamento e altamente prevalente,

Referências

- American Psychological Association. (2025). *Emotion-focused therapy for depression*. <https://div12.org/treatment/emotion-focused-therapy-for-depression/>
- Angus, L. E., & Kagan, F. (2013). Assessing client self-narrative change in emotion-focused therapy of depression: An intensive single case analysis. *Psychotherapy*, 50(4), 525–534. <https://doi.org/10.1037/a0033358>
- Araújo, W. C. O. (2020). Recuperação da informação em saúde: Construção, modelos e estratégias. *ConCI: Convergências em Ciência da Informação*, 3(2), 100–134. <https://doi.org/10.33467/conci.v3i2.13447>
- Auszra, L., Greenberg, L. S., & Herrmann, I. (2013). Client emotional productivity—Optimal client in-session emotional processing in experiential therapy. *Psychotherapy Research*, 23, 732–746. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2013.816882>
- Barbosa, E., Silva, S., Pinto-Gouveia, J., & Salgado, J. (2017). How and when immersion and distancing are useful in emotion-focused therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 29(6), 737–751. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1411626>
- Barbosa, E., Couto, A. B., Basto, I., Stiles, W. B., Pinto-Gouveia, J., & Salgado, J. (2018). Immersion and distancing during assimilation of problematic experiences in a good-outcome case of emotion-focused therapy. *Psychotherapy Research*, 28(2), 313–327. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1211347>
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Basto, I. M., Stiles, W. B., Rijo, D., & Salgado, J. (2018). Does assimilation of problematic experiences predict a decrease in symptom intensity?. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(1), 76–84. <https://doi.org/10.1002/cpp.2130>
- Basto, I., Stiles, W. B., Pinheiro, P., Mendes, I., Rijo, D., & Salgado, J. (2021). Fluctuation in the assimilation of problematic experiences: A comparison of two contrasting cases of Emotion-Focused Therapy. *Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1892231>
- Braga, C., Oliveira, J. T., Ribeiro, A. P., & Gonçalves, M. M. (2016). Ambivalence resolution in emotion-focused therapy: The successful case of Sarah. *Psychotherapy Research*, 28(3), 423–432. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1169331>

- Choi, B. H., Pos, A. E., & Magnusson, M. S. (2015). Emotional change process in resolving self-criticism during experiential treatment of depression. *Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1041433>
- Couto, A.B., Barbosa, E., Silva, S., Bento, T., Teixeira, A.S., Salgado, J., & Cunha, C. (2016). Client's immersed and distanced speech and therapist's interventions in emotion-focused therapy for depression: an intensive analysis of a case study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 19(2). <https://doi.org/10.4081/ripppo.2016.205>
- Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., Plessen, C. Y., Ciharova, M., Ebert, D., & Karyotaki, E. (2023). Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: a comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry*, 22(1), 105-115. <https://doi.org/10.1002/wps.21069>
- Cunha, C., Mendes, I., Ribeiro, A. P., Angus, L., Greenberg, L. S., & Gonçalves, M. M. (2016). Self-narrative reconstruction in emotion-focused therapy: A preliminary task analysis. *Psychotherapy Research*, 26(5), 602–617. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1158429>
- Dillon, A., Timulak, L., & Greenberg, L. S. (2018). Transforming core emotional pain in a course of emotion-focused therapy for depression: A case study. *Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1233364>
- Dhollande, S., Taylor, A., Meyer, S., & Scott, M. (2021). Conducting integrative reviews: a guide for novice nursing researchers. *Journal of Research in Nursing*, 26(5), 427–438. <https://doi.org/10.1177/1744987121997907>
- Driessen, E., Van, H. L., Peen, J., Don, F. J., Twisk, J. W. R., Cuijpers, P., & Dekker, J. J. M. (2017). Cognitive-behavioral versus psychodynamic therapy for major depression: Secondary outcomes of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(7), 653–663. <https://doi.org/10.1037/ccp0000207>
- Duffy, K. E. M., Simmonds-Buckley, M., Haake, R., Delgadillo, J., & Barkham, M. (2023). The efficacy of individual humanistic-experiential therapies for the treatment of depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 34(3), 323–338. <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2227757>
- Elliott, R., Watson, J., Timulak, L., & Sharbanee, J. (2021). Research on humanistic-experiential psychotherapies: Updated review. In M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (7th ed., pp. 421–467). Wiley.
- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2022). Emotion-focused therapy for depression: Canadian contributions. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 54(2), 152–162. <https://doi.org/10.1037/cbs0000317>
- Heinonen, E., & Pos, A. E. (2020). The role of pre-treatment interpersonal problems for in-session emotional processing and long-term outcome in emotion-focused psychotherapy. *Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1630778>
- Herrmann, I. R., Greenberg, L. S., & Auszra, L. (2014). Emotion categories and patterns of change in experiential therapy for depression. *Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.958597>
- Hofmann, S. G. (2024). Emoção em terapia: da ciência à prática. Porto Alegre: Grupo A.

- Hopia, H., Latvala, E., & Liimatainen, L. (2016). Reviewing the methodology of an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(4), 662–669. <https://doi.org/10.1111/scs.12327>
- Krause, M. (2024). Lessons from ten years of psychotherapy process research. *Psychotherapy Research*, 34(3), 261–275. <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2200151>
- Kross, E., Gard, D., Deldin, P., Clifton, J., & Ayduk, Ö. (2012). Asking why from a distance: Its cognitive and emotional consequences for people with major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(3), 559–569. <https://doi.org/10.1037/a0028808>
- Holmqvist Larsson, K., & Zetterqvist, M. (2024). An emotion regulation skills training for adolescents and parents: perceptions and acceptability of methodological aspects. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1448529. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1448529>
- Lemmens, L. H. J. M., DeRubeis, R. J., Arntz, A., Peeters, F. P. M. L., & Huibers, M. J. H. (2021). Therapy processes associated with sudden gains in cognitive therapy for depression: exploring therapeutic changes in the sessions surrounding the gains. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 576432. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.576432>
- McNally, S., Timulak, L., & Greenberg, L. S. (2014). Transforming emotion schemes in emotion-focused therapy: A case study investigation. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 13(2), 128–149. <https://doi.org/10.1080/14779757.2013.871573>
- Moola, S., Munn, Z., Tufanaru, C., Aromataris, E., Sears, K., Sfetcu, R., Currie, M., Qureshi, R., Mattis, P., Lisy, K., & Mu, P-F. (2020). Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JB I Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>
- Muntigl, P., Horvath, A. O., Bänninger-Huber, E., & Angus, L. (2019). Responding to self-criticism in psychotherapy. *Psychotherapy Research*. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2019.1686191>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *International Journal of Surgery*, 88, 105906. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2021.105906>
- 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(6), 875–887. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.87>
- Pascual-Leone, A., & Kramer, G. (2019). How clients “change emotion with emotion”: Sequences in emotional processing and their clinical implications. In L. S. Greenberg & R. N. Goldman (Eds.), *Clinical handbook of emotion-focused therapy* (pp. 147–170). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000112-007>
- Piccirilli, A. M., & Pos, A. E. (2023). Does emotional processing predict 18-month post-therapy outcomes in the experiential treatment of major depression? *Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2076628>
- Pinheiro, P., Gonçalves, M. M., Sousa, I., & Salgado, J. (2021). What is the effect of emotional processing on depression? A longitudinal study. *Psychotherapy Research*, 31(4), 507–519. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2020.1781951>

- 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 & Experiential Psychotherapies*, 16(2), 173–190. <https://doi.org/10.1080/14779757.2017.1323666>
- Ribeiro, A. P., Mendes, I., Stiles, W. B., Angus, L., Sousa, I., & Gonçalves, M. M. (2014). Ambivalence in emotion-focused therapy for depression: the maintenance of problematically dominant self-narratives. *Psychotherapy Research*, 24(6), 702–710. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.879620>
- Ribeiro, E., Cunha, C., Teixeira, A. S., Stiles, W. B., Pires, N., Santos, B., Basto, I., & Salgado, J. (2016). Therapeutic collaboration and the assimilation of problematic experiences in emotion-focused therapy for depression: Comparison of two cases. *Psychotherapy Research*, 26(6), 665–680. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1208853>
- Robinson, A. L., McCague, E. A., & Whissell, C. (2014). That chair work thing was great: A pilot study of group-based emotion-focused therapy for anxiety and depression. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*. <https://doi.org/10.1080/14779757.2014.910131>
- Rosendahl, J., Alldredge, C. T., Burlingame, G. M., & Strauss, B. (2021). Special issue on group psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 74(2), 50–99. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200031>
- Singh, T., Pascual-Leone, A., Morrison, O., & Greenberg, L. (2020). Working with emotion predicts sudden gains during experiential therapy for depression. *Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1866784>
- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. D. (2010). Integrative review: what is it? How to do it?. *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*, 8(1), 102–106. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>
- Watson, J. C., Steckley, P. L., & McMullen, E. J. (2014). The role of empathy in promoting change. *Psychotherapy Research*, 24(3), 286–298. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2013.802823>
- World Health Organization. (2023). *Depressive Disorder (Depression): Key facts*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Contribuição

Conceptualization: Mendes, M.A;

Data curation: Mendes, M.A.; Carmo Costa, C.J; Azevedo, E.; Mesquita, C.M.

Formal analysis: Mendes, M.A.; Carmo Costa, C.J; Azevedo, E.; Mesquita, C.M.

Funding acquisition: -

Investigation: Mendes, M.A.; Carmo Costa, C.J; Azevedo, E.; Mesquita, Martins, C.R.

Methodology: Mendes, M.A.; Carmo Costa, C.J; Talask, G.; Peixoto, A.C.

Project administration: Mendes, M.A.

Resources: -

Software:

Supervision: Mendes, M.A.; Peixoto, A.C.

Validation: Mendes, M.A.; Peixoto, A.C.

Visualization: Mendes, M.A.

Writing – original draft: Mendes, M.A.

Witing – review & editing: Mendes, M.A.; Carmo Costa, C.J; Azevedo, E.; Mesquita, C.M.; Martins, C.R.; Peixoto, A.C.

Figura 1
Diagrama PRISMA

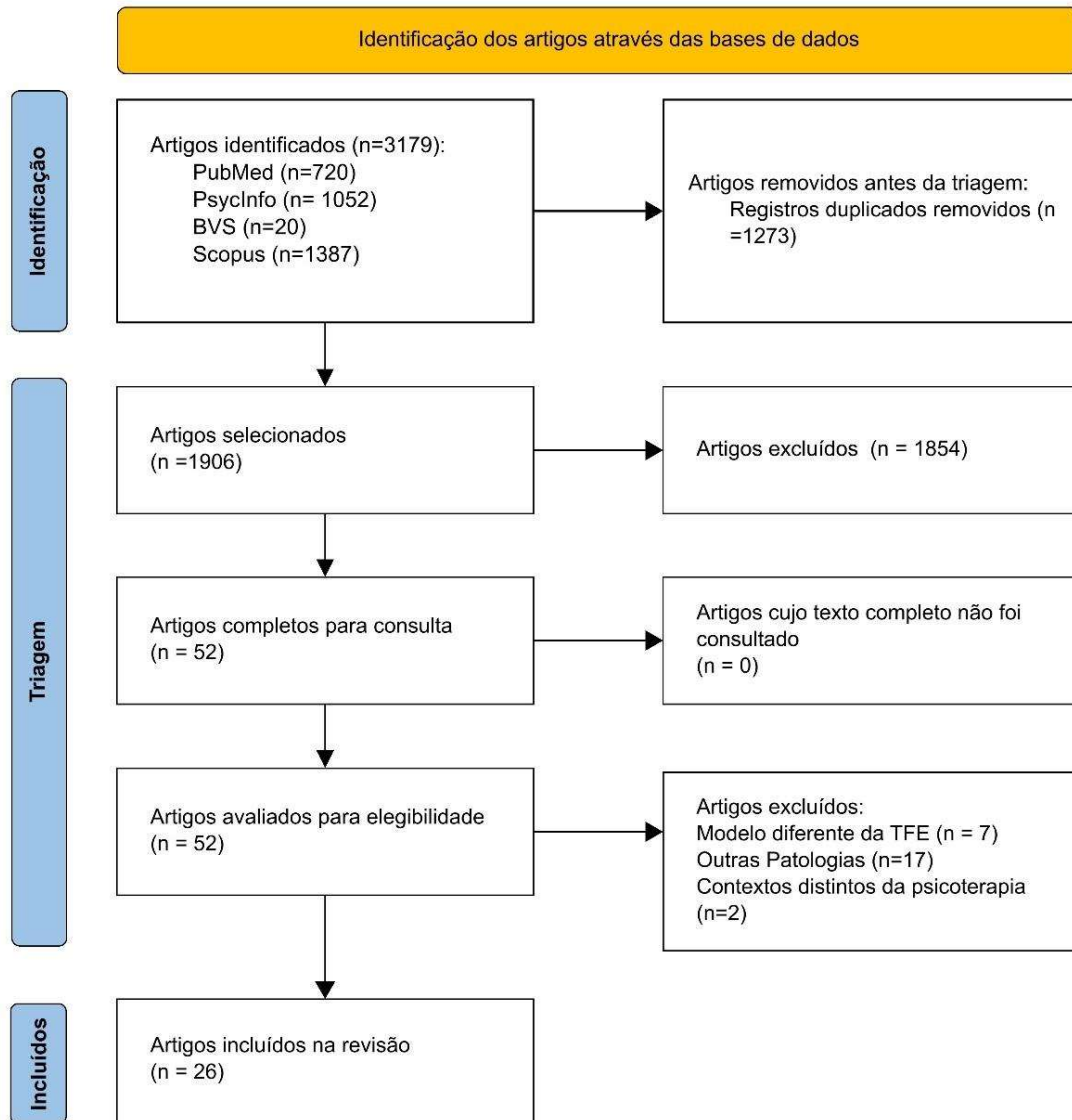


Tabela 1 – Estratégias de busca para os descritores – Rio de Janeiro, 2024

Base	Estratégias de busca	N.
PsycInfo	1,052 Results for (Any Field: "Emotion focused therapy" OR Any Field: "EFT" OR Any Field: "experiential" OR Any Field: "experiential psychotherapy" OR Any Field: "process research" OR Any Field: "process-experiential") AND (Any Field: depression OR Any Field: "major depression") AND Publication Type: Journal (TITLE-ABS-KEY ("emotion focused therapy") OR TITLE-ABS-KEY ({eft}) OR TITLE-ABS-KEY (experiential) OR TITLE-ABS-KEY ("experiential psychotherapy") OR TITLE-ABS-KEY ("process research") OR TITLE-ABS-KEY ("process experiential") OR TITLE-ABS-KEY ("emotion-focused") AND TITLE-ABS-KEY (depression) OR TITLE-ABS-KEY ("depressive disorder") OR TITLE-ABS-KEY ("major depression") OR TITLE-ABS-KEY ("major depressive disorder") OR TITLE-ABS-KEY ({mdd}) OR TITLE-ABS-KEY (depressed) OR TITLE-ABS-KEY ("unipolar depression") OR TITLE-ABS-KEY ("mood disorder")) AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , "MEDI") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "PSYC") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "SOC") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "NEUR") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "NURS") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "HEAL") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "MULT") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "PHAR")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Portuguese")) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar"))	1052
Scopus	("Emotion-focused therapy" OR EFT OR Experiential OR "Experiential Psychotherapy" OR "Process research" OR "process-experiential") AND (Depression OR "Depressive Disorder" OR "major depression" OR "Depressive Disorder, Major") (MH:"Terapia Focada em Emoções" OR MH:TFE OR MH:Experiential OR MH:"Pesquisa de Processos") AND (MH:Depressão OR MH:"Transtorno Depressivo" OR MH:"Transtorno Depressivo Maior")	1387
Pubmed		720
BVS		20

Tabela 2 – Descrição dos artigos encontrados – Rio de Janeiro, 2024.

Autores/ano	Tema	País autor principal	País da população estudada	Pesquisa de processos?
Angus & Kagan / 2013	Narrativas e mudança	Canadá	Canadá	Sim
Auszra, Greenberg & Hermann / 2013	Escala de produtividade Emocional	Alemanha	Canadá	Sim
Herrmann, Greenberg & Auszra / 2014	Relação entre emoções e sintomas	Alemanha	Canadá	Sim
McNally, Timulak & Greenberg / 2014	Transformação das emoções em caso clínico	Irlanda	Canadá	Sim

Ribeiro, Mendes, Stiles, Angus, Sousa & Gonçalves / 2014	A ambivalência em desfechos bem-sucedidos	Portugal	Canadá	Sim
Robinson & McCague / 2014	TFE em grupo	Canadá	Canadá	Não
Watson, Steckley & McMullen / 2014	Estilos de apego, diálogo interno e empatia	Canadá	Canadá	Sim
Choi, Pos & Magnusson / 2015	Funcionamento ótimo na depressão	Canadá	Canadá	Sim
Barbosa, Couto, Basto, Stiles, Pinto-Gouveia & Salgado / 2016	Distanciamento, imersão e assimilação	Portugal	Canadá	Sim
Braga, Oliveira, Ribeiro & Gonçalves / 2016	Resolução da ambivalência	Portugal	Canadá	Sim
Couto, Barbosa, Silva, Bento, Teixeira, Salgado, Cunha / 2016	Evolução do distanciamento e imersão	Portugal	Portugal	Sim
Cunha, Mendes, Ribeiro, Angus, Greenberg & Gonçalves / 2016	A fase de consolidação no tratamento	Portugal	Canadá	Sim
Ribeiro, Cunha, Teixeira, Stiles, Pires, Santos, Basto & Salgado / 2016	Colaboração cliente-terapeuta e avanços na assimilação	Portugal	Portugal	Sim
Barbosa, Silva, Pinto-Gouveia & Salgado / 2017	Relação entre imersão, distanciamento e sintomas	Portugal	Portugal	Sim
Braga, Ribeiro, Gonçalves, Oliveira, Botelho, Ferreira, Sousa / 2017	Processos de dominância e negociação em TFE	Portugal	Canadá Portugal	Sim
Pos, Paolone, Smith & Warwar / 2017	Ativação e experiencição	Canadá	Canadá	Sim
Basto, Stiles, Rijo & Salgado / 2018	A assimilação e a diminuição de sintomas	Portugal	Portugal	Sim
Dillon, Timulak & Greenberg / 2018	Processo emocional e o modelo sequencial	Irlanda	Canadá	Sim
Basto, Stiles, Bento, Pinheiro, Mendes, Rijo & Salgado / 2018	Instabilidade, assimilação e sintomas	Portugal	Portugal	Sim
Pinheiro, Mendes, Silva, Gonçalves & Salgado / 2018	Relação entre sintomas e a classificação das emoções	Portugal	Portugal	Sim
Muntigl, Horvath, Banninger-Huber & Angus / 2019	Interação cliente e terapeuta no autocrítico	Canadá	Canadá Alemanha	Não
Heinonen & Pos / 2020	Problemas interpessoais e processamento emocional	Finlândia	Canadá	Sim

Pinheiro, Gonçalves, Sousa & Salgado / 2021	Processamento emocional e a melhora clínica	Portugal	Portugal	Sim
Singh, Pascual- Leone, Morrison & Greenberg / 2021	Ganhos súbitos na TFE	Canadá	Canadá	Sim
Basto, Stiles, Pinheiro, Mendes, Rijo & Salgado / 2021	Assimilação e a evolução dos sintomas	Portugal	Portugal	Sim
Piccirilli & Pos / 2023	Classificação, sequências emocionais e o desfecho	Canadá	Canadá	Sim

ESTUDO 2

Psychotherapy

Affect and Emotion Regulation in Emotion-Focused Therapy: Findings From a Transdiagnostic Randomized Trial With a Waitlist Control Group

--Manuscript Draft--

Affect and Emotion Regulation in Emotion-Focused Therapy: Findings From a Transdiagnostic Randomized Trial With a Waitlist Control Group

ABSTRACT

The aim of this article is to describe the impact of emotion-focused therapy in a transdiagnostic randomized trial with a waitlist control group, with a Brazilian sample. While emotion-focused therapy research has been predominantly focused on white, middle class North American and European samples, there is an urgent need to understand its efficacy in diverse cultural contexts and specific populations. The intervention group received 16 to 20 sessions of emotion-focused therapy delivered via tele-psychotherapy. Results demonstrated statistically significant improvements in emotion regulation, perceived stress, and quality of life ($p < .001$) across the DERS, PSS-10, and WHOQOL-BREF scales. Large effect sizes were found for emotion regulation ($d = 1.68$), perceived stress ($d = 1.09$), and both physical and psychological quality of life ($d = 1.31$). These improvements persisted at a 4-month follow-up. Instead of focusing on deliberate emotional regulation strategies or coping skills emotion-focused therapy emphasizes affect regulation as a core, implicit mechanism of change unfolding through the transformation of emotion with emotion. These findings suggest that affect regulation processes may serve as a central mechanism of change in emotion-focused therapy. The positive impact of a brief transdiagnostic intervention is also significant for clinicians' skills, reducing the need to master multiple intervention protocols.

Keywords: emotion-focused therapy; affect regulation; emotion regulation; transdiagnostic intervention

Emotion Regulation (ER) is an area that has witnessed remarkable growth of interest in the field of psychology, particularly in the realms of mental health and psychotherapy research. Despite being a widely embraced concept, ongoing efforts seek to establish a more scientifically precise definition of what ER really is. Generally, ER is described as the process whereby individuals influence their emotions and when and how they are experienced (Berking & Wupperman, 2012; Gross, 2015). Although the emphasis in ER has traditionally been on monitoring and evaluation, a broad definition goes beyond these aspects: it encompasses the capacity to fully experience the diverse array of emotions encountered in daily lives. This involves accepting, differentiating, tolerating, understanding, and being informed by them (Greenberg, 2023).

Sloan et al. (2017) delineated two prominent frameworks concerning ER. The first framework is Gross' Process Model, considered a traditional approach wherein ER is conceptualized as a set of strategies individuals develop to enhance, maintain, or decrease their affective experience. This includes the regulation of physiological arousal, feelings, and behaviors (Koole, et al., 2015). The second framework includes models that perceive ER as a multidimensional construct. One notable model in this category was developed by Gratz & Roemer (2004). According to their model, individuals must recognize and accomplish four key domains for being considered to be emotionally regulated: a) awareness, understanding, and acceptance of emotions; b) an ability to inhibit impulsivity and engage in goal-directed behaviors; c) the use of appropriate strategies to modulate emotional responses rather than eliminating emotions entirely; d) the capacity to tolerate and experience negative emotions as a natural part of life (Gratz & Roemer, 2004).

Emotion Regulation: From Disorder - Specific to a Transdiagnostic Perspective

The capacity to regulate emotions forms the foundations for various competencies including social skills, marital satisfaction, academic and professional performance, and the ability to delay short-term benefits for medium and long-term gains. Individual differences in emotional regulation capacity and the strategies adopted depend on various factors, such as experiences, early attachment bonds, implicit/automatic appraisal, personal

meaning systems, culture and context. Sociocultural aspects like being a minority in a homophobic and racist society are also part of this global picture (Greenberg, 2021, 2023).

Deficits in ER have been identified across various domains in regard to mental health, including psychopathology, interpersonal relationships and maladaptive behaviors (Berking & Wupperman, 2012). Reduced emotional reactivity to positive and negative stimuli has been described in depressed clients with greater reduction for positive than for negative stimuli (Bylsma et al., 2008). Deficits in emotion differentiation are also described in the literature. Emotion differentiation involves discerning how various emotional responses might be interconnected, labeling them in a specific way to enhance understanding of one's emotional state in a given moment (Kashdan et al., 2015; Greenberg, 2021). In comparison to controls, depressed individuals have been reported to exhibit lower emotional differentiation, particularly in regard to negative emotions (Rottenberg, 2017; Demiralp et al., 2012). This has also been observed in borderline patients (Zaki et al., 2013).

Experiencing emotions at adaptive levels, at the right time, is one of the common goals of psychotherapy as clients often seek help in dealing with difficult emotions. Thus, emotion regulation needs to be a central focus of all approaches of psychotherapy (Greenberg, 2021). Until recently, the prevailing paradigm for psychotherapeutic treatment was disorder-specific which, in turn, was closely associated with the dominance of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) and a medical model view. However, this approach posed several challenges, including a need to learn different protocols for different disorders, which was overwhelming for clinicians. Most importantly, specific-disorder interventions tended to overlook comorbidity aspects within psychopathologies, which are the norm not the exception (Greenberg, 2021; Timulak et al., 2020). As a result of this new understanding, treatments have gradually been redefined to target maladaptive common processes, often of emotion dysregulation to different pathologies. This shift is now recognized as the transdiagnostic perspective, leading to development of unified treatments (Greenberg, 2021; Farchione et al., 2024; Barlow et al., 2020).

Emotion Regulation Process and Psychotherapy

Difficulties in ER are widely recognized as a key factor in the development and maintenance of various forms of psychopathology. ER interventions have been proposed as a transdiagnostic treatment approach (Gratz et al., 2015). Sloan et al. (2017) conducted a systematic review of 67 studies that measured changes in ER and psychopathological symptoms across a wide range of disorders, including depression, substance abuse, borderline personality disorder, anxiety, and eating disorders. The review included studies that focused on ER strategies based on Gross's Process Model, as well as broader measures of emotion dysregulation within the Gratz and Roemer framework. In fact, in all but three studies, reductions in maladaptive ER strategies or overall emotion dysregulation were observed, regardless of the specific treatment protocol or the targeted disorder.

The primary focus of ER in regard to psychotherapy has traditionally centered on explicit, deliberate, resource-demanding, and conscious processes, such as reappraisal, distraction, and suppression. However, in the last decade there has been an emerging perspective that distinguishes between implicit and explicit process of emotion regulation which might impact on psychotherapy practice (Etkin et al., 2015; Braunstein et al., 2017; Koole et al., 2015, Greenberg 2021).

Implicit emotion regulation involves operational processes that do not require conscious control. In this matter, individuals don't realize they are engaging in ER processes. This distinction is crucial because, even without conscious intentions, individuals may have implicit goals, such as achieving a desired emotional state. These implicit goals can have affective consequences and can guide behaviors (Koole & Rothermund, 2011).

Braunstein et al. (2015) observed that the term "implicit" had been used to signify both the lack of a conscious goal and processes that work without cognitive control (automatic processes). In this regard, they introduced two dimensions to conceptualize psychological operations underlying ER strategies: the nature of the ER goal (implicit/nonconscious; explicit/conscious) and the nature of emotion change process (automatic; controlled). The combination of dimensions leads to four classes of ER strategies: (1) explicit-controlled; (2) implicit-automatic; (3) implicit-controlled; (4) explicit-automatic.

In explicit-controlled ER (1), individuals are consciously aware of their goals, focusing on deliberate strategies such as selective attention, distraction, and reappraisal to achieve their aims. In turn, implicit-automatic strategies (2), affective changes occur without conscious effort driven by processes learned through experience. These changes happen automatically, without explicit goals to regulate emotion with new behavioral responses indicate an internal update of stimulus value. In implicit-controlled ER (3) there is no conscious intention to change affective responses, but individuals incidentally do it using controlled processes (Braunstein et al. (2015). A good example is affective labelling. Lieberman et al. (2007) described that labeling emotional content can reduce amygdala activity, an important marker for emotional responses, even when there is no intentional effort to change affect. In explicit-automatic ER (4), there is a conscious goal to regulate emotion, but the results depend on automatic, bottom-up processes. While regulation is intentional, the emotional change operates without deliberate cognitive control. Mindfulness meditation is a good example: individuals may have the explicit goal of reducing anxiety; over time, their responses to stressors shift automatically. Through repeated practice, these responses change without conscious effort driven by mechanisms such as reduced amygdala reactivity and increased parasympathetic activation, both characteristics of bottom-up processes (Kral et al., 2018; Pascoe et al., 2017).

Emotion-Focused Therapy and Emotion Regulation

Emotion-focused therapy (EFT) is a neo-humanistic, experiential and evidence-based approach that posits emotions as the central datum of human experience (Greenberg, 2021). Since the 1980s, anticipating the burgeoning interest in emotions, EFT has been advocating for the pivotal role emotions play in human life and in the therapeutic process. This concept is based on process-research research findings and on contemporary theories of emotion and affective neuroscience. Research has demonstrated the effectiveness of EFT in treating depression, anxiety, complex trauma and eating disorders (Elliot et al., 2021; Duffy et al., 2023; Timulak et al., 2020).

The psychotherapeutic foundations of EFT are grounded in person-centered, Gestalt and existential psychotherapy, with innovative and distinguishing concepts along with a unique format for conducting psychotherapy. From an EFT perspective, individuals do not seek psychotherapy because they are thinking

incorrectly or attempting to control their behavior. Rather, they come to therapy in response to emotional pain and distress stemming from what is going on in their lives. They seek support in coping with complex and often overwhelming emotions such as sadness, shame, anger, fear, anxiety, and even unregulated pleasure. EFT views these emotions not as symptoms to be suppressed, but as affective experiences that carry meaning and offer pathways toward healing when properly accessed and processed (Greenberg, 2021; Mendes & Greenberg, 2022).

From an EFT perspective, emotions provide a crucial lens for uncovering what is underneath psychopathological categories and presenting symptomatology. Mood disorders like depression often catch individuals in complex layers of emotions like sadness, anger, shame, and guilt. People labeled with anxiety disorders are frequently overwhelmed by dread and fear, while those with borderline personality disorder tend to be overwhelmed by intense emotions (Greenberg, 2021, 2023). Rather than viewing these emotional experiences as mere symptoms, EFT sees them as core processes that, when accessed and worked through, can lead to meaningful therapeutic change.

EFT outlines a sequential model of emotional transformation, guiding clients from secondary emotions to primary maladaptive emotions, and ultimately to primary adaptive emotions (Pascual-Leone & Greenberg, 2007; Herrmann et al 2016). Primary maladaptive emotions such as shame, fear, and sadness of lonely abandonment undergo transformation by accessing empowering anger, sadness of grief and compassion. The transformation process generally occurs through the articulation of past unmet needs relived in the therapy session within a good working alliance and a safe empathically attuned therapist who is present (Greenberg, 2023). This model has been investigated and represents the main process of change in EFT: changing emotion with emotion (Pascual-Leone & Greenberg, 2007; Herrman et al., 2016). Coregulation of affect, facilitated through corrective emotional experiences within the therapeutic relationship, along with a higher level of emotional experiencing, are also emphasized as key processes of change in EFT (Greenberg, 2021).

The Primary Goal of Psychotherapy: Emotion Regulation or Affect Regulation?

As mentioned earlier, although emotion regulation (ER) is often understood as the effort to control or suppress emotional responses, recent perspectives have emphasized the importance of implicit and automatic processes in how emotions are managed. Within Emotion-Focused Therapy (EFT), the ER focus shifts from deliberate control to cultivating the capacity to regulate, tolerate, accept, and differentiate emotional experiences, all of which are considered essential for therapeutic change. Recognizing the centrality of these emotional processes, EFT introduces the concept of affect regulation (AR) as a broader and more foundational mechanism of change in psychotherapy (Greenberg, 2021).

Affect regulation is an intrapsychic process in which regulation occurs automatically alongside emotion generation (Greenberg, 2021). Unlike traditional models of emotion regulation, where emotions are first generated and then consciously controlled through deliberate strategies, affect regulation involves modulating emotion at the level of its generation. This process of emotion transformation unfolds through mechanisms such as coregulation of affect and/or the transformation of maladaptive emotional patterns by activating new adaptive emotions through generation of new experience and memory reconsolidation. In contrast to the conscious control view of deliberate emotion regulation, where emotion is first generated and then managed, affect regulation operates implicitly, as described by Braunstein et al. (2015) in their implicit-automatic category. When affect regulation occurs, controlled emotion regulation and its interventions are no longer necessary as emotions are already regulated when they arise (Greenberg, 2023; Lane, 2015).

The Current Study

The current study seeks to analyze data collected from the study TFE BRASIL: I, a randomized trial with a waitlist control group conducted with a transdiagnostic sample of 60 clients. The present study adhered to ethical norms for research involving human subjects and was approved by a Brazilian ethics committee under number 4.680.858. It included treatment and control groups, comprising pretest, mid-test, post-test, and four-month follow-up phases. Emotion-focused therapy was delivered in the tele psychotherapy format, ranging from 16 to 20 sessions, once-weekly, 50 minutes, following traditional and contemporary EFT research (Goldman et al., 2006; Timulak et al., 2022).

Additionally, university professors working in Applied Psychology Services were contacted and referred patients who were on their waiting lists. Participants were recruited from individuals who sought services at the Instituto TFE Brasil Clinic in Rio de Janeiro or contacted the institute in response to research outreach on social media. The therapy sessions period, including the treatment of the intervention group and subsequently the control group, took place from July 2021 to February 2023.

Therapists were Brazilian psychologists trained in EFT through the TFE Brail institute, which is accredited by the International Society of Emotion-Focused Therapy (ISEFT) to promote EFT training in Brazil.

Method

Statistical analysis was performed using SPSS Statistics for Windows, 22.0. Comparisons between the control and intervention groups at both the pre-intervention and post-therapy stages were conducted using independent samples Student's t-tests for parametric data and Mann–Whitney U tests for non-parametric data. Cohen's d was calculated to estimate the effect size of the intervention. Repeated measures ANOVA were applied to assess changes across therapy stages for parametric data, while the Friedman test was used for non-parametric data. Spearman's rank correlation was employed to examine correlations between scales. Artificial intelligence was utilized solely for English language editing and proofreading purposes.

Measures

Hospital Anxiety and Depression Scale

The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was originally developed by Zigmond & Snaith (1983). Although initially designed for use in hospitals, HADS is widely employed for screening anxiety and depressive states in non-psychiatric and non-clinical populations (Annuziata et al., 2020; Faro, 2015a). It is a simple, fast and easy-to-use instrument, incorporating desirable features for conducting surveys in the field of mental health. The HADS comprises 14 items, with seven pertaining to depression and seven related to anxiety. Faro (2015a) conducted research with 690 Brazilians, providing evidence of the structural validity of the HADS and suggesting modifications to the original diagnostic parameters of anxiety and depression tailored to the local population.

Difficulties in Emotion Regulation Scale

The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) was developed by Gratz & Roemer (2004). It is a 36-item measure designed to assess emotion dysregulation across six different domains: difficulties to tolerate and accept negative emotions (Non acceptance), inability to pursue targeted objectives during negative emotional states (Goals), difficulties in managing impulsive behaviors while experiencing negative emotions (Impulses), limited access to perceived effective emotion regulation strategies (Strategies), lack of emotional awareness (Awareness) and lack of emotional Clarity (Clarity).. Scores can be calculated for each DERS subscale as well as a total score, with elevated scores reflecting more significant emotion regulation difficulties. Cancian et al. (2019) investigated the reliability, factor structure and concurrent validity of the Brazilian Portuguese version with a convenience sample of 377 individuals from the Brazilian general population. The results confirmed internal consistency, reliability and the acceptability of all subscales scale validating the DERS as a general measure of difficulties in emotion regulation.

Mini International Neuropsychiatric Interview 7.0.2

The Mini International Neuropsychiatric Interview 7.0.2 (MINI) is a brief and structured diagnostic interview designed to investigate psychiatric disorders compatible with DSM-5. It can be administered within a short time frame (15-30 minutes) and does not require extensive training for the interviewers (Amorim, 2000). The MINI includes 130 questions developed to explore the DSM-V axis. The instrument was translated to Brazilian Portuguese demonstrating high validity and good psychometric qualities in a sample of 120 Brazilians (Marques & Zuardi, 2008).

Perceived Stress Scale (PSS-10)

The Perceived Stress Scale (PSS-10) scale assesses the degree to which individuals perceive situations in their lives as unpredictable and uncontrollable in the last month. Originally developed by Cohen et al., (1983) with 14 items, there are other versions with 16 and 10 items. The shortened version has been validated for the Brazilian population, and its brevity favors its application alongside other measures (Faro, 2015b).

Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF)

Quality of life is a broad concept that refers to an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards, and concerns (WHOQOL, 1998a). The original questionnaire was composed of 100 items, which made it too long to apply, prompting the development of a shorter version, the WHOQOL-BREF (WHOQOL, 1998b). It is a brief structured questionnaire assessing quality of life through multiple-choice questions. It is composed of two general questions about quality of life and 24 questions across various domains: physical, psychological, Social relationships, and environment. The questionnaire showed good reliability and validity in studies with the Brazilian population (Fleck et al., 2000).

Treatment Structure

The study integrated EFT concepts as therapy stages and case formulation to develop a treatment structure (Goldman & Greenberg, 2015). The integration resulted in the following nomenclature and stages for the therapeutic process:

Establishing the Therapeutic Alliance and Observing Emotional Processing Style

In this stage, the focus is on developing the working alliance, strengthening the therapeutic relationship and creating a sense of safety. Therapists are guided to carefully observe the client's emotional processing style and to maintain a balanced approach between following and understanding the client and offering gentle, empathic exploration. The importance of establishing this safety through the therapist's non-verbal responses to the client's various emotional states is also emphasized.

Client's personal history and its poignant aspects, as well as their current difficulties start to unfold during this stage. This allows the therapist to build an understanding of present difficulties and past experiences as well as connecting client's emotional processing style and non-verbal reactions (voice tone, emotional arousal, expressions, movements, breath) to core content such as attachment and identity concerns. These indicators are used as tools to comprehend what appears to be most significant to the client. Some psychoeducational interventions were also outlined, enabling therapists to provide clients with a rationale for the importance of

working with emotions in psychotherapy. Although there was no strict requirement regarding this timeframe, therapists were advised to dedicate the first four sessions to this initial stage.

MENSIT, transforming emotions and meaning creation

The second phase of therapy is synthesized using the MENSIT acronym (Markers, Emotion schemes, Needs, Secondary emotions, Interruptions, and Themes) (Goldman & Greenberg, 2015; Goldman & Goldstein, 2022). Therapists identify markers, interruptions, and secondary emotions, validating the latter two as protective processes while simultaneously exploring the underlying maladaptive primary emotions (emotion schemes). Through specific therapeutic tasks, they facilitate access to the core needs embedded within the schemes, allowing primary adaptive emotions to emerge and transformation to occur.

This phase was conducted from approximately sessions 5 to 12. Following the emergence of new emotions in tasks or the therapeutic relationship, therapists worked with clients to symbolize and integrate these experiences through meaning-making processes.

Applying new meanings in life and ending therapy

In this final phase of therapy (approximately sessions 13 to 16), the focus shifts to applying the meanings developed in the previous phase to the clients' lives. Therapists assist clients in relating these new understandings to their experiences with the environment, others, and themselves. Simultaneously, the process of ending the therapy initiates. Clients who are still engaged in particularly painful and unresolved processes are offered the possibility of extending treatment for a few additional sessions.

Aims and Hypothesis

The primary aim of the study was to examine the impact of EFT treatment in a transdiagnostic sample on emotion regulation, but also on stress and quality of life. With this goal in mind, the following hypotheses were stated:

Procedure

Inclusion criteria were: age 18–65 (any gender), informed consent, and clinical scores for depression and/or anxiety on the HADS. Eligible participants underwent a screening interview (MINI) to assess exclusion criteria, which included: concurrent psychotherapy, active substance abuse, psychotic disorders, or suicide attempts within the last two months. Stable psychiatric medication was permitted (initiated at least 2 months prior); however, medication changes during treatment led to exclusion from analysis (though therapy continued). Ineligible individuals were referred to university-based public clinics.

First, a sample of 157 people was screened and the HADS scale was administered. Second, MINI interview was conducted leading to a sample of 60 participants. Following baseline assessment (M1: interview/scales), participants were randomized (Excel®) into intervention or waitlist control groups. The intervention group was reassessed at mid-test (M2: 8th session), post-test (M3: 16th–20th sessions), and 4-month follow-up (M4). Controls completed M3 four months after M1. The average number of sessions attended was 16.39 ($SD=2.54$). The final sample consisted of 31 participants in the intervention group and 29 on the waitlist, totaling 60 individuals (figure 1).

Results

Among the 60 participants, 53 clients identified themselves as women, and 7 identified as man ($n=60$). The participants' ages ranged from 22 to 64 years ($M=39.9$, $SD=11.4$). 48.3 % ($n=29$). In terms of self-reported racial identity, 48.3 % ($n=29$) considered themselves as white, 25 % ($n=15$) as black, 25 % ($n=15$) as “pardos”. In Brazil, the term “pardos” designates an admixed population (Travassos & Williams, 2004). One participant chose not to disclose their race. A more detailed summary of sample characteristics is provided in Supplemental Materials (Table S1).

Diagnostic characteristics obtained through the MINI interview demonstrate the transdiagnostic nature of the sample, which includes a wide range of emotional disorders, from depressive and anxiety conditions to trauma-related and eating disorders. Major Depressive Disorder (74.19%) and Generalized Anxiety Disorder (54.84%) were the most prevalent conditions, with most participants presenting multiple comorbidities. Full diagnostic frequencies and comorbidity rates for the sample are presented in Table S2 (see Supplemental Materials).

A total of ten therapists participated in the study, 80% of whom were female. Eligibility criteria required therapists to hold at least Level III EFT training and to receive regular supervision from an EFT-accredited supervisor. Additionally, their ages ranged from 30 to 57 years ($M = 46.8$, $SD = 9.70$), and 80% had over ten years of experience as clinical psychologists. All cases received bi-weekly supervision. A separate group of clinicians served as interviewers. All were professional psychotherapists currently in EFT training who underwent a brief training program on the administration of the MINI interview.

Fisher's exact and chi-square tests revealed no statistically significant differences between groups for gender ($p = .426$), educational level ($p = .837$), income ($p = .277$), family composition ($p = .144$), or previous psychotherapy experience ($p = .194$). Regarding clinical variables, data normality was first assessed using the Shapiro-Wilk test. For variables following a normal distribution, independent samples t-tests were conducted, while the Mann-Whitney U test was employed for non-parametric data. A significant baseline difference between groups was found only on the DERS strategies subscale; however, as no other differences emerged across the remaining DERS subscales, PSS, or WHOQOL-BREF, the groups were considered largely equivalent for the purposes of this study.

As time may exert an influence on clinical outcomes, we compared the DERS, PSS, and WHOQOL-BREF scores in the control group at baseline (M1) and four months later (M3), corresponding to the 16-session interval of the intervention group. Paired-samples t-tests were conducted for parametric data, and the Wilcoxon signed-rank test was applied to non-parametric data. No statistically significant differences were found between M1 and M3 across any of the measures, indicating that the variables remained stable in the absence of intervention.

Independent-samples tests were used to compare the control and intervention groups at M1 and M3, and Cohen's d was calculated to estimate effect size at the end of the therapy. We compared the groups by looking at the differences in their average scores on the DERS, PSS-10, and WHOQOL-BREF scales. For parametric data, we used the independent-samples t-test, and for non-parametric data, we applied the Mann-Whitney test. As shown in Table 1, the treatment group showed statistically significant differences compared to the control group across all variables.

To analyze the effects of the treatment in the intervention group over time (M1, M2, M3, and M4), we used repeated-measures ANOVA for the parametric data or the Friedman test for the non-parametric data (Table 2). The comparisons were adjusted using the Bonferroni correction.

To examine the relationships between emotion regulation difficulties, perceived stress, and quality of life at the end of the intervention, Spearman's correlation coefficients were calculated. The summarized details are presented in Supplemental Materials (Table S3).

Discussion

Hypothesis 1

H1: By the end of the treatment, emotion dysregulation, as measured by the DERS scale, will decrease significantly more in the treatment group than in the control group.

The EFT intervention demonstrated superior effectiveness in reducing emotional dysregulation compared to the waitlist control group. At M1, both groups showed equivalent levels of dysregulation; however, at M3, the intervention group exhibited a statistically significant decline in DERS scores, whereas the control group remained stable (Table 1). This contrast resulted in a large treatment effect size for the DERS total score ($d = 1.68$) and all DERS subscales ($d > 0.80$). Even the strategies subscale, which relates to the capacity to manage dysregulation, showed significant improvements at M3 ($p < .001$) relative to the control group, despite the absence of explicit emotion-regulation techniques. These findings align with the EFT model that posits in favor of emotional transformation rather than psychoeducation or deliberative emotional regulation interventions.

The effects of the EFT intervention on emotional dysregulation over time were not evident before session eight (Table 2). These findings were consistent with the intervention model proposed in the study, in which the first four sessions are dedicated to building the therapeutic alliance and observing the client's emotional process, while the subsequent stage (approximately from the 5th to the 11th session) focuses on emotional transformation. Thus, clients gradually expand their regulatory capacity through the safety of the therapeutic relationship, the perception of the importance of emotions, and increased awareness of their own emotional experience. Auszra et al. (2013) found that emotional productivity during the middle phase of therapy

(approximately between the 4th and 12th sessions) was able to predict positive clinical outcomes, with primary emotions playing a particularly central role in this regard (Herrmann et al., 2014).

Still concerning the effects of the intervention on emotional dysregulation over time, the goals ($p < .05$) and clarity ($p < .05$) subscales were the only ones to reach statistical significance between M2 and M3 (Table 2). Gratz & Roemer (2004) describe the reduction in dysregulation on the goals subscale as reflecting improvements in concentration and task performance under emotional stress. The M2–M3 interval coincides with the intervention stage focused on emotional activation and transformation occurring during EFT therapeutic tasks. Thus, it can be speculated that the improvement in this scale could be related to an increased capacity to tolerate uncomfortable emotional states, as well as the impact of emotional transformation, leading to reduced activation of maladaptive emotional schemas in daily life. In turn, the improvement in clarity subscale, related to the understanding and symbolization of emotions (Gratz & Roemer, 2004), might reflect the increase of level of experiencing typically practiced throughout EFT sessions.

Consequently, the clarity and goals subscales appear to be particularly important for the improvement observed in the DERS total score ($p < .001$) in this study, especially between M2 and M3 (Table 2). This result aligns with EFT literature, which identifies two central processes of change: emotional activation and experiencing (Missirlian et al., 2005; Pascual-Leone & Yeryomenko, 2017). Pos et al. (2017) observed that emotional activation was relevant only when it led to an increase in experiencing, a phenomenon particularly evident in the middle phase of therapy.

Hypothesis 2

H2: Participants in the treatment group will demonstrate a significantly larger reduction in perceived stress (PSS-10) than those in the control group at the end of the treatment. This hypothesis was confirmed.

While the control group showed no significant changes in stress levels during the 4-month waitlist period, the EFT intervention led to a substantial and significantly larger reduction in perceived stress in the treatment group. This improvement was already evident by the mid-treatment point (M2; $p < .05$) and became even more

pronounced at the end of treatment (M3; $p < .001$) (Table 2), resulting in a large treatment effect size ($d = 1.09$) compared to the control group (Table 1). These findings are consistent with those reported by Amnieh et al. (2024) regarding the application of EFT for anxiety, given the symptomatic overlap between the constructs of stress and anxiety. Furthermore, the early reduction in stress suggests that the initial phase of EFT, by fostering a safe therapeutic alliance and emotional awareness, may rapidly alleviate the perceived burden of psychological distress.

The PSS-10 focuses on the subjective experience of stress, including the interpretations individuals attribute to events and how uncontrollable or overwhelming they perceive their lives to be (Cohen et al., 1983). Perceived stress was significantly positively correlated with emotional dysregulation (DERS total score and all subscales) and significantly negatively correlated with quality of life (WHOQOL-BREF domains) (Table S3). As coping stress and cognitive restructuring interventions are not the focus of EFT, these results suggest the primacy of experiential processing over logical or rational processing.

EFT posits the transformation of emotion by emotion as the primary mechanism of change, rather than insight, evidence-seeking, or rational instruction. As emotion is our primary meaning system, when emotion changes, cognition and behavior change consequently. Transformation in this approach occurs through syntheses, when a new adaptive primary emotion is coactivated with a previously dominant maladaptive primary emotion, thereby generating new experiences and new affective states (Greenberg et al., 2022; Mendes & Greenberg, 2022). Such syntheses may also occur when parts of the self interact, confront one another, and engage in dialogue. Transformation by synthesis may likewise emerge within the therapeutic relationship, through the presence of new emotions and emotional corrective experiences that arise in the patient-therapist dyad.

The results show that EFT facilitated meaningful emotional, cognitive, and behavioral change by targeting the underlying emotional processes that sustain psychological distress. These findings reinforce the model's central premise, which posits emotional activation, transformation and increased emotional experiencing are key mechanisms of change, affecting the organism as a whole.

Hypothesis 3

H3: Quality of life, as measured by the WHOQOL-BREF, will increase significantly more in the treatment group compared to the control group at the end of the treatment.

This hypothesis was confirmed

The EFT intervention produced a significantly greater improvement in quality of life compared to the waitlist control group. While the control group's scores remained stable at M3, the intervention group showed robust increases across all WHOQOL-BREF domains. The treatment effect size was large in the physical ($d = 1.31$), psychological ($d = 1.30$), and Social relationships ($d = 0.89$) domains, and moderate in the environment domain ($d = 0.56$) (Table 1). Except for Environment, all subscales and domains in the intervention group showed statistically significant changes as early as the eighth session (M1 - M2) (Table 2). This difference may be explained by the fact that the Environment domain includes items less susceptible to psychotherapeutic change in the short term, such as financial resources and physical environment conditions. This interpretation is further supported by the sample's profile, where 65% reported earning up to four Brazilian minimum wage (Table S1). On the other hand, the improvement observed in the Environmental domain at the end of treatment may be attributed to indirect impacts, such as a reduction in negative perceptions of the environment, increased self-esteem leading individuals to seek improvements in their living conditions, and enhanced interpersonal relationships and engagement in activities and leisure. Although these variables were not measured in this study, EFT has demonstrated effectiveness in reducing self-criticism, depression, and anxiety, which may have been addressed in therapy and are factors often associated with a sense of paralysis in individuals (Choi et al., 2015; Greenberg & Watson, 2022).

The DERS scores and PSS scores were significantly positively and negatively correlated with most quality-of-life domains, respectively, except for the Environment domain for DERS (Table S3). While therapy significantly improved emotional regulation, stress levels, and subjective health, the environmental domain of quality of life remained less sensitive to the intervention, likely because it depends more on external socioeconomic factors than on internal emotional and subjective ones

Hypothesis 4

H4 – The therapeutic gains observed at post-treatment would be maintained at the 4-month follow-up.

This hypothesis was confirmed for the DERS and PSS and partially confirmed for the WHOQOL-BREF.

Analysis of the DERS shows that the gains in emotional dysregulation observed at post-treatment were maintained at follow-up, both for the total score and for all subscales, except for the Awareness subscale (Table 1). Some studies, including the validation study of this scale for the Brazilian population, have identified this subscale as having less satisfactory psychometric properties, suggesting that it may not adequately represent the construct captured by the total score (Bardeen et al., 2012; Cancian et al., 2019). The reduction in perceived stress, as measured by the PSS, was also maintained at follow-up, indicating more enduring psychological improvements after EFT intervention.

Regarding quality of life, the hypotheses were partially confirmed. The Environment domain did not maintain its improvement at follow-up when compared to the beginning of therapy, illustrating how adverse factors related to socioeconomic conditions affect the population's mental health and hinder the medium-term stability of therapeutic gains. Although the Social relationships domain encompasses social support, sexual life, and interpersonal bonds, low scores may be interpreted as reflecting loneliness, a key marker of psychological well-being. Loneliness is one of the main indicators of mental health and is not defined by being physically alone, but rather by lacking the relationships and connections necessary to navigate adversity (West et al., 1986). It is also associated with disruptions in social cognitive processes, including altered representations of self and other, and atypical processing of external stimuli (Ma de Sousa et al., 2025). Given that EFT is a humanistic-based therapy with strong emphasis on the quality of the therapeutic relationship, one may speculate that therapy may have helped reduce the sense of isolation, and that its termination may have led patients to once again feel a lack of social support. Additionally, the intervention took place during a period in which the population was still significantly affected by the COVID-19 pandemic.

Still regarding quality of life, we observed the maintenance of gains at follow-up in the psychological and physical domains (Table 2). The psychological domain refers to the evaluation of an individual's emotional well-being, including the presence of positive affect, concentration ability, memory, self-esteem, self-image, and the frequency of negative affect, anxiety, and depressive symptoms. The physical domain describes how

the perception of physical health influences quality of life, focusing on aspects such as fatigue, pain, sleep, and energy. Physical and psychological suffering are clearly interconnected. Emotional impairment can affect physical factors such as pain perception, sleep, and energy levels. Conversely, improvements in physical well-being may relate to psychological well-being through reduced frequency of distressing feelings, enhanced self-image, improved concentration, and increased self-esteem. We also observed that the only domain showing improvement between the end of therapy and the follow-up assessment (M3 – M4), including comparison with the DERS and PSS, was the physical domain, suggesting that emotional transformation may influence health-related behaviors (Table 2).

Conclusion

Despite the positive results regarding the effectiveness of EFT in improving emotional dysregulation, stress, and quality of life, important limitations must be considered. The predominance of women in the sample, given that emotional responses may present gender-specific characteristics, the videoconference format, and the limited sample size are factors that may restrict generalization of this research to other contexts.

The efficacy of a psychotherapeutic intervention with a transdiagnostic sample is quite promising, as it enhances clinical expertise and allows practitioners to move beyond the constraints of a protocol-syndrome logic. At the same time, further studies are needed, including those focusing on specific syndrome groups, in order to enable a comparison of EFT intervention efficacy between diagnostic and transdiagnostic Brazilian samples.

In regard to emotion regulation, the central topic of this article, we observed that EFT significantly improved participants' outcomes without relying on explicit or deliberate regulation techniques. The persistence of improvements in emotional dysregulation four months after the end of therapy indicates more enduring effects of the intervention, suggesting the presence of affective regulation, of emotion being regulated from its very emergence, without the need for emotion-regulation strategies. The core proposal of the EFT approach, which involves transforming emotions with emotions in the context of a relationship in which the therapist is

empathically attuned to the patient, thereby facilitating new emotional syntheses and meanings from lived experience, appears to resonate strongly with the Brazilian population.

References

- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): Validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22(3).
<https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000300003>
- Annunziata, M. A., Muzzatti, B., Bidoli, E., Flaiban, C., Bomben, F., Piccinin, M., Gipponi, K. M., Mariutti, G., Busato, S., & Mella, S. (2020). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) accuracy in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 28(8), 3921–3926. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05244-8>
- Bakhshandeh Amnieh, T., Raeisi, Z., Ranjbarkohan, Z., & Khoshakhlagh, H. (2024). The efficacy of emotion-focused psychotherapy on perceived stress and psychological well-being in patients with corona anxiety during the pandemic. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*, 5(3), 23–33. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.5.3.3>
- Barlow, D. H., Harris, B. A., Eustis, E. H., & Farchione, T. J. (2020). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *World Psychiatry*, 19(2), 245–246. <https://doi.org/10.1002/wps.20748>
- Berking, M., & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: Recent findings, current challenges, and future directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 128–134. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283503669>
- Braunstein, L. M., Gross, J. J., & Ochsner, K. N. (2017). Explicit and implicit emotion regulation: A multi-level framework. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 12(10), 1545–1557. <https://doi.org/10.1093/scan/nsx096>
- Bylsma, L. M., Morris, B. H., & Rottenberg, J. (2008). A meta-analysis of emotional reactivity in major depressive disorder. *Clinical Psychology Review*, 28(4), 676–691. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.10.001>
- Cancian, A. C. M., Souza, L. A. S., Silva, V. H. P. E., Machado, W. L., & Oliveira, M. D. S. (2019). Psychometric properties of the Brazilian version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 41(1), 18–26. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0128>

- Choi, B. H., Pos, A. E., & Magnusson, M. S. (2015). Emotional change process in resolving self-criticism during experiential treatment of depression. *Psychotherapy Research*.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1041433>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Demiralp, E., Thompson, R. J., Mata, J., Jaeggi, S. M., Buschkuhl, M., Barrett, L. F., Ellsworth, P. C., Demiralp, M., Hernandez-Garcia, L., Deldin, P. J., Gotlib, I. H., & Jonides, J. (2012). Feeling blue or turquoise? Emotional differentiation in major depressive disorder. *Psychological Science*, 23(11), 1410–1416. <https://doi.org/10.1177/0956797612444903>
- Duffy, K. E. M., Simmonds-Buckley, M., Haake, R., Delgadillo, J., & Barkham, M. (2024). The efficacy of individual humanistic-experiential therapies for the treatment of depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy Research*, 34(3), 323–338.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2227757>
- Elliott, R., Watson, J., Timulak, L., & Sharbanee, J. (2021). Research on humanistic-experiential psychotherapies: Updated review. In M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (7th ed., pp. 421–467). John Wiley & Sons, Inc.
- Etkin, A., Büchel, C., & Gross, J. J. (2015). The neural bases of emotion regulation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(11), 693–700. <https://doi.org/10.1038/nrn4044>
- Farchione, T., Long, L., Spencer-Lai, D., Moreno, J., & Barlow, D. (2024). State of the science: The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Behavior Therapy*, 55(6), 1189–1204. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.04.007>
- Faro, A. (2015a). Análise fatorial confirmatória das três versões da Perceived Stress Scale (PSS): Um estudo populacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(1), 21–30. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528103>
- Faro, A. (2015b). Análise fatorial confirmatória e normatização da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(3), 1–9. <https://doi.org/10.1590/0102-37722015032072349353>
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, 34(2). <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>

- Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 16(5), 536–546. <https://doi.org/10.1080/10503300600589456>
- Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2015). *Case formulation in emotion-focused therapy: Co-creating clinical maps for change*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14523-000>
- Goldman, R., & Goldstein, Z. (2022). Case formulation in emotion-focused therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 78(3), 436–453. <https://doi.org/10.1002/jclp.23321>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gratz, K., Weiss, N., & Tull, M. (2015). Examining emotion regulation as an outcome, mechanism, or target of psychological treatments. *Current Opinion in Psychology*, 3, 85–90. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.02.010>
- Greenberg, L. S. (2021). *Changing emotion with emotion: A practitioner's guide*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000248-000>
- Greenberg, L. S. (2023). Changing emotion with emotion. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 22(4), 368–383. <https://doi.org/10.1080/14779757.2023.2234966>
- Greenberg, L. S., Pascual-Leone, J., & Johnson, J. (2024). Schematic processing and emotional change: Implications for treatment. *New Ideas in Psychology*, 73, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2024.101075>
- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2022). Emotion-focused therapy for depression: Canadian contributions. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 54(2), 152–162. <https://doi.org/10.1037/cbs0000317>
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Herrmann, I. R., Greenberg, L. S., & Auszra, L. (2016). Emotion categories and patterns of change in experiential therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 26(2), 178–195. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.958597>
- Kashdan, T. B., Barrett, L. F., & McKnight, P. E. (2015). Unpacking emotion differentiation: Transforming unpleasant experience by perceiving distinctions in negativity. *Current Directions in Psychological Science*, 24(1), 10–16. <https://doi.org/10.1177/0963721414550708>
- Koole, S. L., & Roethermund, K. (2011). “I feel better but I don't know why”: The psychology of implicit emotion regulation [Editorial]. *Cognition and Emotion*, 25(3), 389–399. <https://doi.org/10.1080/02699931.2010.550505>

- Koole, S. L., Webb, T., & Sheeran, P. (2015). Implicit emotion regulation: Feeling better without knowing why. *Current Opinion in Psychology*, 3, 6–10. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.027>
- Kral, T. R. A., Schuyler, B. S., Mumford, J. A., Rosenkranz, M. A., Lutz, A., & Davidson, R. J. (2018). Impact of short- and long-term mindfulness meditation training on amygdala reactivity to emotional stimuli. *NeuroImage*, 181, 301–313. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2018.07.013>
- 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. *Behavioral and Brain Sciences*, 38, e1. <https://doi.org/10.1017/S0140525X14000041>
- Lieberman, M. D., Eisenberger, N. I., Crockett, M. J., Tom, S. M., Pfeifer, J. H., & Way, B. M. (2007). Putting feelings into words: Affect labeling disrupts amygdala activity in response to affective stimuli. *Psychological Science*, 18(5), 421–428. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.01916.x>
- Ma de Sousa, A. Q., Schwyck, M. E., Furtado Fernandes, L., Ford, E., Babür, G. G., Lu, C., Zimmerman, J. C., Yu, H., Burns, S. M., & Baek, E. C. (2025). Loneliness is associated with uns Table and distorted emotion transition predictions. *Communications Psychology*, 3(1), 132. <https://doi.org/10.1038/s44271-025-00310-w>
- Marques, J. M. A., & Zuardi, A. W. (2008). Validity and applicability of the Mini International Neuropsychiatric Interview administered by family medicine residents in primary health care in Brazil. *General Hospital Psychiatry*, 30(4), 303–310. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2008.02.001>
- Mendes, M. A., & Greenberg, L. S. (2022). *A clínica das emoções: Teoria e prática da terapia focada nas emoções*. Sinopsys Editora.
- 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. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.861>
- Pascoe, M. C., Thompson, D. R., Jenkins, Z. M., & Ski, C. F. (2017). Mindfulness mediates the physiological markers of stress: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 95, 156–178. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.08.004>
- 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(6), 875–887. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.875>
- Pascual-Leone, A., & Yeryomenko, N. (2017). The client "experiencing" scale as a predictor of treatment outcomes: A meta-analysis on psychotherapy process. *Psychotherapy Research*, 27(6), 653–665. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1152409>

- Pos, A. E., Greenberg, L. S., & Warwar, S. H. (2009). Testing a model of change in the experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1055–1066. <https://doi.org/10.1037/a0017059>
- 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 & Experiential Psychotherapies*, 16(2), 173–190. <https://doi.org/10.1080/14779757.2017.1323666>
- Rottenberg, J. (2017). Emotions in depression: What do we really know? *Annual Review of Clinical Psychology*, 13, 241–263. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045252>
- Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 57, 141–163. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.002>
- Timulak, L., Keogh, D., Chigwedere, C., Wilson, C., Ward, F., Hevey, D., Griffin, P., Jacobs, L., Hughes, S., Vaughan, C., Beckham, K., & Mahon, S. (2022). A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder: Results of a feasibility randomized controlled trial. *Psychotherapy*, 59(1), 84–95. <https://doi.org/10.1037/pst0000427>
- Timulak, L., Keogh, D., McElvaney, J., Schmitt, S., Hession, N., Timulakova, K., Jennings, C., & Ward, F. (2020). Emotion-focused therapy as a transdiagnostic treatment for depression, anxiety and related disorders: Protocol for an initial feasibility randomised control trial. *HRB Open Research*, 3, 7. <https://doi.org/10.12688/hrbopenres.12993.1>
- Travassos, C., & Williams, D. R. (2004). The concept and measurement of race and their relationship to public health: A review focused on Brazil and the United States. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(3), 660–678. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2004000300003>
- West, D. A., Kellner, R., & Moore-West, M. (1986). The effects of loneliness: A review of the literature. *Comprehensive Psychiatry*, 27(4), 351–363. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(86\)90011-8](https://doi.org/10.1016/0010-440X(86)90011-8)
- WHOQOL Group. (1998a). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46(12), 1569–1585. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00009-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00009-4)
- WHOQOL Group. (1998b). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551–558. <https://doi.org/10.1017/s0033291798006667>
- Zaki, L. F., Coifman, K. G., Rafaeli, E., Berenson, K. R., & Downey, G. (2013). Emotion differentiation as a protective factor against nonsuicidal self-injury in borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 44(3), 529–540. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.04.008>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Table 1*Impacts of the Intervention on Clinical Variables at the End of Treatment (M1 vs. M3)*

Variable	M1 Control <i>M (SD)</i>	M1 Intervention <i>M (SD)</i>	<i>p</i> ^a	M3 Control <i>M (SD)</i>	M3 Intervention <i>M (SD)</i>	<i>p</i> ^b	<i>d</i>
DERS							
Nonacceptance	0.63 (0.20)	0.61 (0.25)	821	0.61 (0.22)	0.39 (0.16)	< .001	1.11
Goals	0.77 (0.16)	0.74 (0.16)	480	0.73 (0.14)	0.54 (0.19)	< .001	1.12
Impulses	0.54 (0.54)	0.48 (0.17)	223	0.52 (0.20)	0.34 (0.11)	< .001	1.14
Awareness	0.60 (0.17)	0.62 (0.17)	591	0.63 (0.17)	0.49 (0.16)	.002	0.86
Strategies	0.65 (0.15)	0.57 (0.15)	48	0.62 (0.19)	0.40 (0.17)	< .001	1.21
Clarity	0.64 (0.17)	0.63 (0.17)	797	0.61 (0.12)	0.41 (0.13)	< .001	1.52
Total	3.81 (0.71)	3.65 (0.75)	376	3.71 (0.63)	2.57 (0.72)	< .001	1.68
PSS-10	28.28 (4.64)	26.45 (5.94)	192	26.62 (6.56)	18.29 (8.53)	< .001	1.09
WHOQOL-Bref							
Physical	2.75 (0.53)	2.81 (0.55)	681	2.78 (0.62)	3.58 (0.60)	< .001	1.31
Psychological	2.73 (0.46)	2.66 (0.53)	568	0.63 (0.17)	0.49 (0.16)	< .001	1.31
Social Rel.	2.69 (0.82)	2.76 (0.75)	717	2.72 (0.77)	3.44 (0.84)	.001	0.89
Environment	2.97 (0.55)	2.97 (0.63)	988	3.07 (0.52)	3.36 (0.50)	.035	0.56

Note. Social Relat. = Social Relationships; DERS = Difficulties in Emotion Regulation Scale; PSS-10 = Perceived Stress Scale; WHOQOL-Bref = World Health Organization Quality of Life. *M* = mean; *SD* = standard deviation; *d* = Cohen's *d*. ^aComparison between groups (M1); ^bComparison within intervention group (M1 vs. M3).

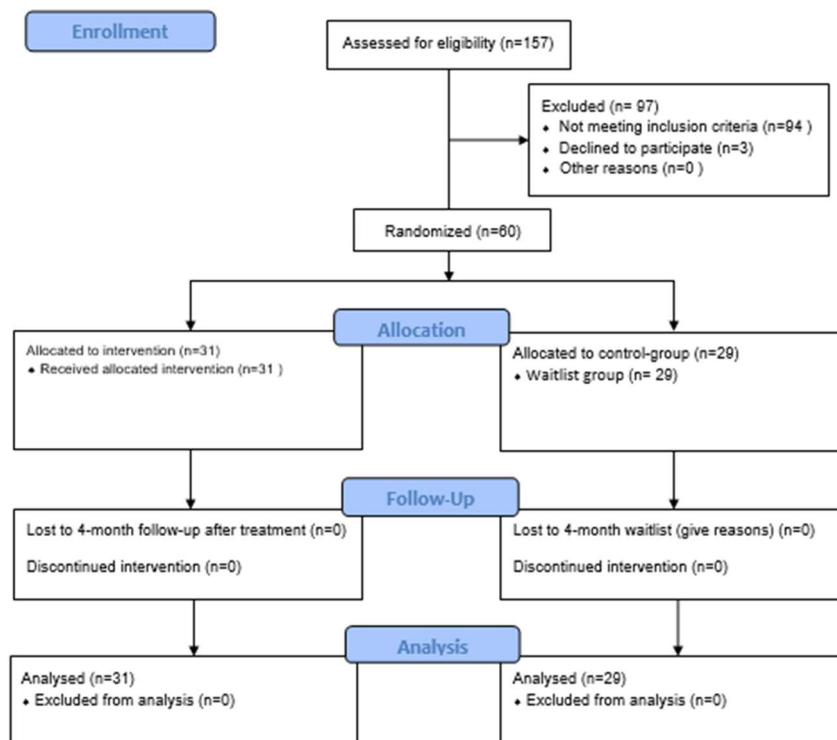
Table 2*Multiple Comparisons with Bonferroni Correction for the Intervention Group (N = 30)*

	<i>p</i>	M1 x M2	M1 x M3	M1 x M4	M2 x M3	M2 x M4	M3 x M4
DERS							
Nonacceptance	<0.05	.096	.003	.000	1.000	.073	.992

Goals	<0.05	1.000	.000	.005	.026	.161	1.000
Impulses	<0.05	.370	.001	.000	.413	.055	1.000
Awareness	<0.05	1.00	.010	.161	.413	1.000	1.000
Strategies	<0.05	.330	.000	.001	.207	.295	1.000
Clarity	<0.05	.063	.000	.000	.035	.183	1.000
Total	<0.05	.330	.000	.000	.007	.096	1.000
PSS-10							
	<0.05	.003	.000	.000	.128	1.000	1.000
WHOQOL-BREF							
Physics	<0.05	.000	.000	.024	.014	1.000	.015
Psychological	<0.05	.016	.000	.000	.055	1.000	1.000
Social Relat.	<0.05	.007	.001	.080	.296	1.000	.072
Environment	<0.05	.084	.001	.073	1.000	1.000	1.000

Note. Social Relat. = Social Relationships; DERS = Difficulties in Emotion Regulation Scale; PSS-10 = Perceived Stress Scale; WHOQOL-Bref = World Health Organization Quality of Life. Statistical significance was determined using repeated measures ANOVA or Friedman test with Bonferroni post-hoc correction.

Figure 1 *Flow of Participants During the Study*



SUPPLEMENTAL MATERIALS

Table S1*Sociodemographic and Clinical Characteristics of the Total Sample at Baseline (N = 60)*

Baseline characteristic	n	%
Gender		
Female	53	88.3
Male	7	11.7
Race/Ethnicity		
White	29	48.3
Mixed-race (Parda)	15	25.0
Black	15	25.0
Prefer not to disclose	1	1.7
Education Level		
Higher education (College)	36	60.0
High school	19	31.7
Elementary school (completed)	4	6.7
Elementary school (incomplete)	1	1.7
Monthly Family Income ^a		
Up to 2 MW	19	31.7
> 2 to 4 MW	20	33.3
> 4 to 6 MW	15	25.0

Baseline characteristic	n	%
> 6 MW	4	6.7
Prefer not to disclose	2	3.3
Marital Status		
Single	28	46.7
Married	22	36.7
Separated	6	10.0
Divorced	3	5.0
Widowed	1	1.7
Employment Status		
Employed	34	56.7
Unemployed	15	25.0
Homemaker/Full-time caregiver	5	8.3
Student	4	6.7
Prefer not to disclose	2	3.3
Age (<i>M/SD</i>)	39.9	11.4

Note. *N* = total sample size; *n* = subsample size; *M* = mean; *SD* = standard deviation. ^aIncome measured in Brazilian Minimum Wages (MW).

Table S2*Baseline Mental Health Characteristics of the Intervention Group*

Diagnosis characteristic	n	%
MINI Results		
No Diagnosis	4	12.90
Major Depressive Disorder	23	74.19
Major Depressive Episode	3	9.68
Generalized Anxiety Disorder	17	54.84
Social Anxiety Disorder	8	25.81
Panic Disorder	6	19.35
Agoraphobia	6	19.35
Posttraumatic Stress Disorder	1	3.22
Obsessive-compulsive Disorder	1	3.22
Anorexia nervosa	1	3.22
Binge-eating Disorder	1	3.22
Number of Disorders (Comorbidities)		
0	4	12.90
1	8	25.81
2	6	19.35
3	7	22.58

Diagnosis characteristic	n	%
4	3	9.67
5	3	9.67

Note. *n* = subsample size; MINI = Mini-International Neuropsychiatric Interview.

Table S3

Spearman's Correlations Among Clinical Variables for the Intervention Group at Post-treatment (M3)

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
DERS												
Nonacceptance	-	0.58**	0.43*	0.34	.70**	.54**	.73**	.62**	-.42*	-.58**	-0.27	-0.27
Goals		-	.53**	.35	.72**	.53**	.77**	.58**	-.53**	-.54**	-.38*	-0.12
Impulses			-	.53**	.63**	.56**	.75**	.50**	-.55**	-.63**	-.57**	-.20
Awareness				-	.40*	.73**	.73**	.38*	-.50**	-.60**	-.44*	-.16
Strategies					-	.57**	.82**	.80**	-.52**	-.75**	-.57**	-.41*
Clarity						-	.82**	.57**	-.63**	-.72**	-.42*	-.32
Total							-	.68**	-.66**	-.76**	-.57**	-.30
PSS-10								-	-.37*	-.72**	-.54**	-.63**
WHOQOL-BREF												
Physical									1	.64**	.53**	.19
Psychological										1	.63**	.44*

Social Relat.	1	.40*
Environment		1

Note. **DERS** = Difficulties in Emotion Regulation Scale; **PSS-10** = Perceived Stress Scale; **WHOQOL-BREF** = World Health Organization Quality of Life ; Social Relat = Social Relationships. Values represent Spearman's rank correlation coefficients (r_s). * $p < .05$. ** $p < .01$.

ESTUDO 3

TERAPIA FOCADA NAS EMOÇÕES E QUALIDADE DE VIDA: RESULTADOS DE UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO EM AMOSTRA TRANSDIAGNÓSTICA

RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar os efeitos da Terapia Focada nas Emoções na qualidade de vida com os participantes de uma amostra transdiagnóstica, através de um ensaio clínico randomizado controlado. Os participantes foram alocados em grupo intervenção e grupo controle, sendo que o grupo intervenção recebeu aproximadamente de 16 a 20 sessões de TFE no formato de videoconferência. Foram utilizados o WHOQOL-BREF para avaliação da qualidade de vida, a Escala de Estresse Percebido e a Escala de Dificuldades na Regulação Emocional. Os resultados indicaram melhora estatisticamente significativa na qualidade de vida em todos os domínios do WHOQOL-BREF ao final do tratamento, com tamanhos de efeito elevados nos domínios Físico ($d = 1.31$) e Psicológico ($d = 1.30$), moderado a alto no domínio Relações Sociais ($d = 0.88$) e moderado no domínio Meio Ambiente ($d = 0.55$). Observou-se ainda redução significativa do estresse percebido ($d = 1.08$) e das dificuldades de regulação emocional, com tamanho de efeito muito elevado para o escore total da DERS ($d = 1.67$), no grupo intervenção em comparação ao grupo controle. Verificou-se correlação negativa significativa entre qualidade de vida, estresse percebido e dificuldades de regulação emocional. O follow-up realizado quatro meses após o término da intervenção revelou manutenção dos efeitos positivos nos domínios físico e psicológico da qualidade de vida. Apesar das limitações relacionadas ao tamanho amostral e ao período de acompanhamento, os achados sugerem que a TFE constitui uma intervenção eficaz na promoção da qualidade de vida e da saúde psicológica em uma população clínica brasileira. Os impactos positivos de uma intervenção transdiagnóstica breve é promissor para os clínicos, reduzindo a necessidade de dominarem múltiplos protocolos de intervenção.

Palavras-chave: terapia focada nas emoções; qualidade de vida; regulação emocional; estresse percebido; abordagem transdiagnóstica.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the effects of Emotion-Focused Therapy (EFT) on quality of life in participants of a randomized controlled trial within a transdiagnostic sample. Participants were

allocated to an intervention group and a control group. The intervention group received approximately 16 to 20 EFT sessions delivered via videoconference. Quality of life was assessed using the WHOQOL-BREF, along with the Perceived Stress Scale and the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). Results indicated statistically significant improvements in quality of life across all WHOQOL-BREF domains at post-treatment, with large effect sizes in the Physical ($d = 1.31$) and Psychological ($d = 1.30$) domains, a moderate-to-large effect in Social Relationships ($d = 0.88$), and a moderate effect on the Environment domain ($d = 0.55$). Significant reductions were also observed in perceived stress ($d = 1.08$) and emotion regulation difficulties, with a very large effect size for the DERS total score ($d = 1.67$) in the intervention group compared to the control group. Significant negative correlations were found between quality of life, perceived stress, and emotion regulation difficulties. The four-month follow-up assessment demonstrated maintenance of treatment gains in the Physical and Psychological domains of quality of life. Despite limitations related to sample size and follow-up duration, the findings suggest that EFT is an effective intervention for enhancing quality of life and psychological health in a Brazilian clinical population. The positive impact of a brief transdiagnostic intervention is also significant for clinicians' skills, reducing the need to master multiple intervention protocols.

Keywords: emotion-focused therapy; quality of life; emotion regulation; perceived stress; transdiagnostic approach.

INTRODUÇÃO

Até meados do século XX, as intervenções psicológicas estavam predominantemente centradas na remissão sintomática e na reorganização intrapsíquica, com menor ênfase nas dimensões existenciais e funcionais da experiência humana. A partir da ampliação do conceito de saúde proposto pela Organização Mundial da Saúde, definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, a qualidade de vida (QV) passou a ser reconhecida como importante indicador de desfecho clínico e de promoção de saúde (World Health Organization, 1997). Nesse contexto, a QV passou a ser compreendida como constructo multidimensional que envolve domínios físico, psicológico, social e ambiental, integrando percepção subjetiva e funcionamento adaptativo (Skevington & The WHOQOL SRPB Group, 2020).

Evidências recentes demonstram que intervenções psicoterapêuticas estão associadas à melhora significativa da qualidade de vida, sobretudo quando promovem reorganização emocional e

relacional consistente (Guo et al., 2022; Timmerman et al., 2024). A regulação emocional, em particular, tem sido apontada como variável central na mediação entre sofrimento psicológico e bem-estar subjetivo, uma vez que dificuldades na identificação, aceitação e transformação das emoções estão associadas a maior estresse percebido e prejuízos nos diferentes domínios da QV.

A Terapia Focada nas Emoções (TFE) insere-se nesse campo como abordagem experiencial fundamentada na premissa de que a transformação emocional constitui o principal mecanismo de mudança terapêutica. A TFE propõe que emoções desadaptativas sejam acessadas, processadas e transformadas por meio da ativação de emoções adaptativas alternativas, favorecendo reorganização do self e maior integração afetiva (Greenberg, 2011). Reconhecida como prática baseada em evidências pela Associação Americana de Psicologia (APA, 2025), a TFE tem demonstrado eficácia para diferentes quadros clínicos, especialmente transtornos de ansiedade, depressão e dificuldades interpessoais. Contudo, no contexto brasileiro, ainda são escassos estudos experimentais que investiguem seus efeitos sobre desfechos mais amplos, como qualidade de vida, especialmente em amostras transdiagnósticas.

A abordagem transdiagnóstica parte do pressuposto de que diferentes transtornos compartilham processos emocionais subjacentes comuns, como desregulação emocional e estresse crônico, justificando intervenções focadas em mecanismos centrais de mudança. Nesse sentido, investigar os efeitos da TFE em uma amostra transdiagnóstica pode ampliar a compreensão de sua aplicabilidade clínica e impacto em indicadores globais de saúde.

Diante desse cenário, o presente estudo teve como objetivo avaliar os efeitos de uma intervenção baseada na Terapia Focada nas Emoções na qualidade de vida de uma amostra transdiagnóstica da população brasileira, por meio de ensaio clínico randomizado. Hipotetizou-se que participantes submetidos à TFE apresentariam melhora significativa nos domínios da qualidade de vida, bem como redução do estresse percebido e das dificuldades de regulação emocional, em comparação ao grupo controle, com manutenção dos efeitos em follow-up.

PSICOTERAPIA E QUALIDADE DE VIDA

Historicamente, o conceito de qualidade de vida (QV) emerge em meio às críticas ao positivismo médico e à centralidade exclusiva de indicadores econômicos ou biomédicos. Na década de 1960, Canguilhem (1966/2009) já problematizava a noção de normalidade como critério absoluto de saúde, defendendo que viver bem implica a capacidade de o sujeito instituir novas normas frente

às adversidades. Em consonância, Engel (1977) propôs o modelo biopsicossocial, reconhecendo a interdependência entre dimensões biológicas, psicológicas e contextuais. Essas formulações contribuíram para uma compreensão dinâmica da saúde como processo adaptativo e criativo (Rocha & Fleck, 2009).

O interesse científico pela QV consolidou-se quando se reconheceu que a ausência de enfermidade não constitui critério suficiente para definir uma vida considerada digna de ser vivida. A partir da segunda metade do século XX, o termo *well-being* (bem-estar) passou a expressar esse deslocamento do enfoque biomédico para uma perspectiva avaliativa, na qual o sujeito torna-se agente da interpretação e valoração de sua própria experiência (Brown et al., 2013; Rapley, 2003). Tal percurso culmina na definição proposta pelo WHOQOL Group (1998b, p. 551), segundo a qual qualidade de vida é “a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Nesse panorama, a QV configura-se como constructo multidimensional que integra domínios físicos, psicológicos, sociais e ambientais (Skevington et al., 2004; Fleck et al., 2000; Skevington & The WHOQOL SRPB Group, 2020). Sua mensuração pressupõe a incorporação da perspectiva subjetiva como instância legítima de validação da própria experiência. Foi nesse contexto que se desenvolveu o World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL), resultando no WHOQOL-100 e, posteriormente, no WHOQOL-BREF, instrumento amplamente empregado em contextos clínicos e de pesquisa.

A partir dos anos 1990, a psicologia assume papel central na investigação da QV, ampliando o debate para além da satisfação e do prazer e incorporando dimensões como crescimento pessoal, propósito e relações interpessoais (Rocha & Fleck, 2009; Skevington et al., 2004). A distinção entre bem-estar subjetivo e bem-estar psicológico consolida o tratamento científico do sentir e do significar como dimensões constitutivas da saúde.

Ao longo dessa trajetória, a noção de qualidade de vida preserva uma constante fundamental: o deslocamento do corpo ao sentido e da teoria à mensuração. A QV emerge como categoria integradora que articula emoção, cognição e contexto, sob um critério ético de dignidade e capacidades (Chuang et al., 2023; Guo et al., 2022; Skevington & The WHOQOL SRPB Group, 2020). Tal fundamento permite compreendê-la como marcador clínico transdiagnóstico, capaz de expressar o impacto das intervenções psicoterapêuticas tanto na redução sintomática quanto na

reorganização emocional e relacional característica dos processos terapêuticos (Bratu et al., 2023; Ohaeri & Awadalla, 2009).

Meta-análises conduzidas por Kolovos et al. (2016) e Kamenov et al. (2017) demonstram que a psicoterapia produz ganhos consistentes em qualidade de vida. Embora tais estudos não discriminem sistematicamente os domínios específicos da QV, seus achados dialogam com o modelo do WHOQOL ao indicar que mudanças clínicas amplas repercutem na forma como o indivíduo percebe e avalia sua vida cotidiana. Essa evidência reforça o entendimento de que a psicoterapia impacta a reorganização da experiência subjetiva para além da remissão sintomática.

Pesquisas recentes corroboram essa associação ao evidenciar melhora da QV em diferentes abordagens terapêuticas, como na terapia cognitivo-comportamental (Hofmann et al., 2014), no Protocolo Unificado (Farchione et al., 2024), na terapia comportamental-dialética (Lotfi et al., 2024) e na TFE (Kramer et al., 2025). Esses resultados sugerem que intervenções que promovem transformação emocional e reorganização do funcionamento psicológico tendem a produzir impacto positivo nos domínios da qualidade de vida, ainda que por mecanismos distintos.

No panorama contemporâneo, a integração entre psicoterapia e QV reflete a ampliação dos critérios de saúde mental e o amadurecimento de uma ciência psicológica comprometida com a complexidade da experiência humana. A psicoterapia pode, assim, ser compreendida como processo de reconfiguração do modo de estar no mundo, enquanto a qualidade de vida constitui simultaneamente um desfecho mensurável e um critério de autenticidade clínica (Chuang et al., 2023; Kamenov et al., 2017; Skevington & The WHOQOL SRPB Group, 2020). Observa-se uma convergência histórica na qual tanto a prática psicoterapêutica quanto a pesquisa em QV evoluem de paradigmas centrados na patologia ou em indicadores biomédicos para modelos integrativos que contemplam funcionamento, significado e qualidade da experiência humana.

Apesar dos resultados promissores, a literatura recomenda cautela na interpretação dos efeitos das intervenções psicoterapêuticas sobre a QV, dado tratar-se de desfecho complexo e multideterminado, influenciado por variáveis contextuais, duração do tratamento e características dos instrumentos utilizados (Hofmann et al., 2014; Skevington et al., 2004).

Nesse cenário, torna-se particularmente relevante investigar quais mecanismos específicos de mudança terapêutica são capazes de impactar os diferentes domínios da qualidade de vida. Abordagens que assumem a emoção como núcleo organizador da experiência subjetiva oferecem um campo promissor para essa análise, especialmente quando consideram a transformação emocional como eixo central do processo terapêutico.

TERAPIA FOCADA NAS EMOÇÕES

A TFE é um modelo neohumanista e experiencial que integra intervenções empáticas clássicas, com ênfase na qualidade da relação terapêutica, conforme proposto por Carl Rogers, o foco nas sensações e na experiência corporal descrito por Eugene Gendlin e a influência da Gestalt-terapia de Fritz Perls, especialmente no uso de estratégias experienciais e mobilização emocional durante as sessões (Elliott et al., 2025). Com raízes na tradição humanista-existencial, experiencial e fenomenológica, e incorporando contribuições das teorias contemporâneas das emoções e da neurociência afetiva, a TFE vem se consolidando como abordagem integrativa baseada em evidências (APA, 2025; Lane et al., 2015).

Segundo a TFE, as emoções constituem uma lente essencial para compreender o que está subjacente às categorias psicopatológicas convencionais. Indivíduos com transtornos do humor frequentemente apresentam padrões emocionais marcados por tristeza, vergonha e culpa; quadros de ansiedade são dominados por medo e apreensão; enquanto pessoas com transtorno de personalidade borderline tendem a vivenciar emoções intensas, instáveis e de difícil regulação (Greenberg, 2023).

Em vez de tratar essas vivências emocionais como simples sintomas, a TFE as considera processos centrais que, quando acessados e trabalhados, podem promover mudanças terapêuticas significativas. A abordagem propõe um modelo sequencial de transformação emocional, conduzindo o cliente das emoções secundárias às emoções primárias desadaptativas, e finalmente às emoções primárias adaptativas (Pascual-Leone & Greenberg, 2007). Emoções primárias desadaptativas como vergonha, medo e tristeza associada à solidão e ao abandono podem ser transformadas por meio do acesso à raiva empoderadora, à tristeza do luto e à compaixão. Esse processo de transformação geralmente ocorre quando necessidades emocionais não atendidas no passado são revividas durante a sessão terapêutica, dentro de uma aliança terapêutica sólida e com um terapeuta empaticamente sintonizado e presente (Greenberg, 2023).

Esse modelo de transformação emocional tem sido amplamente investigado e representa o principal mecanismo de mudança na TFE: transformar emoções com emoções (Auszra, Greenberg, & Herrmann, 2013; Pascual-Leone & Greenberg, 2007; Pos, Greenberg, & Warwar, 2009). A co-regulação do afeto, facilitada por experiências emocionais corretivas no contexto da relação terapêutica e associada a elevados níveis de experientiação, constitui processo-chave na reorganização emocional e na integração do self.

Considerando que diferentes quadros clínicos compartilham padrões emocionais comuns - como vergonha, medo, tristeza e raiva - e que a TFE intervém diretamente nesses processos nucleares, independentemente da categoria diagnóstica específica, torna-se pertinente examinar essa abordagem a partir de uma perspectiva que transcenda os limites tradicionais dos diagnósticos psiquiátricos. Essa discussão conduz à proposta transdiagnóstica, a qual amplia a compreensão dos processos emocionais como eixos centrais na psicopatologia e na mudança terapêutica.

A PERSPECTIVA TRANSDIAGNÓSTICA

A ideia de classificação diagnóstica das doenças mentais, tal como apresentada nos manuais psiquiátricos, tem recebido críticas consistentes da comunidade científica. Esses modelos são frequentemente apontados como excessivamente centrados em listas de sinais e sintomas, baseados, em muitos casos, em critérios arbitrários, o que pode levar à patologização de experiências humanas normativas (Hayes & Hofmann, 2018). Além dessa limitação, a pesquisa tem descrito ampla sobreposição de sintomas entre diferentes diagnósticos psiquiátricos. A preocupação, por exemplo, manifesta-se tanto em transtornos de ansiedade quanto no transtorno depressivo (Barlow et al., 2017). De modo semelhante, sintomas como rebaixamento do humor, agitação e alterações do sono estão presentes em diversos quadros clínicos.

As classificações diagnósticas, portanto, têm sido consideradas pouco precisas, observando-se elevada prevalência de comorbidades entre os diferentes transtornos mentais e, conseqüentemente, a existência de sinais e sintomas compartilhados (Barlow et al., 2017; Dalgleish et al., 2020). Além disso, a lógica protocolo-síndrome fundamenta-se predominantemente em pesquisas de desfecho, isto é, na investigação sobre se determinada intervenção é eficaz ou não. Embora tais estudos forneçam informações relevantes, eles tendem a oferecer pouca ou nenhuma consideração acerca dos processos específicos responsáveis pela mudança terapêutica (Fusar-Poli et al., 2019). Ademais, esse tipo de delineamento frequentemente não contempla de forma adequada características contextuais e individuais que podem ser mais determinantes para o sofrimento psíquico do que o próprio diagnóstico, como fatores étnicos, educacionais, culturais e de gênero (Lyon, Lau, McCauley, Stoep & Chorpita, 2014).

A aplicabilidade de intervenções direcionadas a transtornos específicos tornou-se um desafio para os clínicos, diante da diversidade diagnóstica presente nos consultórios de psicoterapia. Apesar da intenção inicial do desenvolvimento de protocolos específicos ter sido o aumento da eficácia e o

foco em aspectos particulares de determinadas psicopatologias, tornou-se praticamente inviável para os profissionais dominarem todos os protocolos indicados para cada transtorno (Hayes & Hofmann, 2018). Essa constatação tem impulsionado a proposição de modelos unificados aplicáveis a diferentes transtornos mentais, como o Protocolo Unificado desenvolvido por Barlow. Evidências indicam que sua aplicação apresenta resultados semelhantes aos protocolos específicos para distintos transtornos de ansiedade (Barlow et al., 2017).

A TFE pode ser compreendida como uma abordagem intrinsecamente transdiagnóstica, pois, embora existam diferenças técnicas sutis conforme o transtorno apresentado, o núcleo do tratamento permanece essencialmente o mesmo. Mais do que intervir a partir do sintoma, a TFE tem como objeto central de intervenção a emoção, concebida como o principal constructo transdiagnóstico da experiência humana (Greenberg, 2021). Em vez de aplicar protocolos distintos para diferentes diagnósticos, o terapeuta em TFE trabalha diretamente com processos emocionais como ansiedade, vergonha, medo, raiva, culpa e outras experiências afetivas relevantes. Assim, o foco desloca-se da categoria diagnóstica para os padrões emocionais subjacentes. Esse caráter transdiagnóstico da TFE, com a emoção funcionando como eixo organizador central, está presente desde o início do desenvolvimento do modelo, na década de 1980 (Greenberg, 2021).

A adoção de uma perspectiva transdiagnóstica pode auxiliar os clínicos a aprofundarem suas habilidades e a consolidarem competências terapêuticas aplicáveis a diferentes quadros clínicos. Em vez de mobilizar intervenções distintas para cada transtorno, o terapeuta pode utilizar tarefas experienciais semelhantes em variados contextos psicopatológicos, o que potencialmente contribui para maior coerência e eficácia do tratamento (Fusar-Poli et al., 2019). Essa é, em essência, a proposta da TFE, que também considera de maneira sistemática os aspectos socioculturais e as preferências de clientes e terapeutas no processo terapêutico (Greenberg, 2021).

DESCRIÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo analisou dados provenientes da pesquisa TFE Brasil I, um ensaio clínico randomizado conduzido com uma amostra transdiagnóstica de 60 participantes. A pesquisa seguiu as normas éticas para estudos com seres humanos e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa brasileiro sob o número 4.680.858. O delineamento incluiu grupo de tratamento e grupo controle, com avaliações realizadas em quatro momentos: pré-teste, teste intermediário, pós-teste e follow-up após quatro meses.

A TFE foi aplicada em formato de videoconferência, com sessões semanais de 50 minutos, totalizando entre 16 e 20 encontros, conforme protocolos tradicionais e contemporâneos da abordagem (Goldman et al., 2006; Timulak et al., 2022). Os participantes foram recrutados entre indivíduos que buscaram atendimento na clínica do Instituto TFE Brasil, localizada no Rio de Janeiro, bem como entre aqueles que entraram em contato com o instituto em resposta às ações de divulgação da pesquisa realizadas em redes sociais. O estudo foi conduzido entre julho de 2021 e fevereiro de 2023. Os terapeutas envolvidos eram psicólogos brasileiros certificados em TFE pelo Instituto TFE Brasil, credenciado pela International Society of Emotion-Focused Therapy (ISEFT) para promover a formação na abordagem no país.

Foram utilizados instrumentos padronizados e validados para a população brasileira. A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983), foi utilizada para a triagem de sintomas ansiosos e depressivos. Embora originalmente criada para uso hospitalar, a HADS é amplamente empregada em populações não psiquiátricas e não clínicas (Annuziata et al., 2020; Faro, 2015a). O instrumento é composto por 14 itens, sendo sete relacionados à ansiedade e sete à depressão. Faro (2015a), em estudo com 690 participantes brasileiros, forneceu evidências de validade estrutural da escala e sugeriu ajustes nos parâmetros diagnósticos originais para melhor adequação à população brasileira.

A Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (DERS), desenvolvida por Gratz e Roemer (2004), é composta por 36 itens e avalia a desregulação emocional em seis domínios: não aceitação das respostas emocionais, dificuldade em manter comportamentos direcionados a metas, dificuldade no controle de impulsos, acesso limitado a estratégias eficazes de regulação emocional, falta de consciência emocional e falta de clareza emocional. Os escores podem ser calculados para cada subescala e para o escore total, sendo que pontuações mais elevadas indicam maiores dificuldades na regulação emocional. Cancian et al. (2019) confirmaram a consistência interna, confiabilidade e validade concorrente da versão brasileira em uma amostra de 377 participantes da população geral.

A Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Mini 7.0.2 (MINI) foi utilizada para investigação diagnóstica estruturada conforme os critérios do DSM-5. Trata-se de uma entrevista breve, com duração aproximada de 15 a 30 minutos, que não exige treinamento extensivo do entrevistador (Amorim, 2000). A versão brasileira apresentou boas qualidades psicométricas e alta validade em estudo com 120 participantes (Marques & Zuardi, 2008).

A Escala de Estresse Percebido (PSS-10), versão reduzida da escala originalmente desenvolvida por Cohen, Kamarck e Mermelstein (1983), foi empregada para avaliar o grau em que

os participantes percebiam suas vidas como imprevisíveis e incontroláveis no último mês. A versão de 10 itens foi validada para a população brasileira (Faro, 2015b), sendo sua brevidade um fator favorável à aplicação conjunta com outros instrumentos.

Para a avaliação da qualidade de vida foi utilizado o WHOQOL-BREF, versão abreviada do instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (WHOQOL, 1998b). Qualidade de vida é definida como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, considerando o contexto cultural e os sistemas de valores nos quais está inserido, bem como seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL, 1998a). O instrumento é composto por 26 questões, incluindo duas questões gerais sobre qualidade de vida e 24 distribuídas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O domínio físico contempla aspectos como dor, fadiga, sono, energia e capacidade funcional; o domínio psicológico inclui sentimentos positivos e negativos, autoestima, imagem corporal, concentração, memória e espiritualidade; o domínio relações sociais envolve suporte social, relações interpessoais e vida sexual; e o domínio meio ambiente abrange segurança, recursos financeiros, transporte, moradia e acesso a serviços de saúde (WHOQOL, 1998b). Estudos multiculturais confirmaram sua estrutura fatorial estável e consistência interna (Skevington, Lotfy & O'Connell, 2004), e pesquisas com amostras brasileiras demonstraram adequada confiabilidade e validade do instrumento (Fleck et al., 2000; Rocha & Fleck, 2009).

O objetivo deste artigo é analisar o impacto do tratamento com TFE nas Emoções na qualidade de vida de uma amostra transdiagnóstica atendida por psicoterapeutas certificados na abordagem, em formato de videoconferência. Considerando que o estudo também avaliou desregulação emocional e estresse percebido, busca-se ainda descrever e examinar a relação entre essas variáveis e a qualidade de vida.

Foram estabelecidas as seguintes hipóteses:

- H1: Ao final do tratamento, a qualidade de vida (QV) apresentará aumento significativamente maior quando comparada ao grupo controle.
- H2: A qualidade de vida (QV) apresentará correlação negativa com a desregulação emocional e com o estresse percebido ao final do tratamento.
- H3: A melhora da qualidade de vida (QV), da desregulação emocional e do estresse percebido será mantida no follow-up de quatro meses.

PROCEDIMENTOS

Os critérios de inclusão contemplaram indivíduos com idade entre 18 e 65 anos, de qualquer gênero, que concordaram em participar do estudo e que apresentaram sintomas de ansiedade e/ou depressão identificados pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), considerando que tais sintomas são altamente prevalentes em diferentes transtornos mentais (Farchione et al., 2024). Os participantes que atingiam os critérios de pontuação para uma ou ambas as categorias avaliadas pela escala (ansiedade e/ou depressão) eram convidados para uma entrevista com psicólogo treinado, que aplicava a Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI como instrumento de triagem para verificação dos critérios de exclusão.

Os critérios de exclusão incluíram estar em acompanhamento psicoterapêutico concomitante, uso atual de substâncias psicoativas, presença de transtorno psicótico e tentativas de suicídio nos dois meses anteriores ao início do estudo. Era permitida a utilização de medicação psiquiátrica, desde que iniciada pelo menos dois meses antes do início da terapia. Participantes que apresentassem alterações na medicação durante o tratamento com TFE eram excluídos das análises estatísticas, mas permaneciam recebendo as sessões terapêuticas. Aqueles que não atendiam aos critérios de elegibilidade eram encaminhados para serviços públicos vinculados a universidades que oferecem atendimento psicoterapêutico gratuito.

Após a entrevista, os participantes de ambos os grupos responderam aos instrumentos DERS, PSS-10 e a escala WHQOL-BREF, e foram randomizados através do software excel sendo alocados em dois grupos: intervenção e controle (lista de espera). O grupo intervenção foi avaliado com as mesmas escalas em mais três ocasiões: 8a sessão, final da terapia (entre a 16a e 20a sessão) e 4 meses após o final da terapia. O número médio de sessões do grupo intervenção foi de 16,30 (DP=2,54). O grupo controle voltou a responder aos questionários 4 meses após o momento inicial.

Participaram do estudo treze psicólogos clínicos, dos quais 84,6 % eram do sexo feminino. Os critérios de elegibilidade para os terapeutas exigiam formação mínima em TFE até o Nível III e supervisão regular com supervisor credenciado na abordagem. As idades dos terapeutas variaram entre 30 e 57 anos ($M = 46,8$; $DP = 9,70$), sendo que 84,6 % possuíam mais de dez anos de experiência clínica. Todos os casos foram discutidos em supervisões quinzenais. Um grupo distinto de profissionais atuou como entrevistadores. Todos eram psicoterapeutas em formação em TFE que participaram de treinamento específico para aplicação padronizada da entrevista MINI.

MÉTODOS

As análises estatísticas foram realizadas por meio do software SPSS Statistics for Windows, versão 22.0. As comparações entre os grupos controle e intervenção, tanto na fase pré-intervenção quanto no pós-teste, foram conduzidas utilizando o teste t de Student para amostras independentes, nos casos de distribuição paramétrica, e o teste U de Mann–Whitney, para dados não paramétricos. O tamanho do efeito da intervenção foi estimado por meio do cálculo do índice de Cohen (Cohen's d).

Para a análise das mudanças ao longo do tempo nas diferentes etapas terapêuticas, foi empregada análise de variância com medidas repetidas (ANOVA) para dados paramétricos, enquanto o teste de Friedman foi utilizado nos casos de distribuição não paramétrica. A correlação de Spearman foi aplicada para examinar as associações entre as variáveis avaliadas pelas escalas utilizadas no estudo.

RESULTADOS

As características sociodemográficas da amostra estão apresentadas na tabela 1. Participaram do estudo 60 indivíduos, sendo 31 (51,7%) alocados no grupo intervenção e 29 (48,3%) no grupo controle. A maioria da amostra era composta por mulheres (88,3%), pessoas autodeclaradas brancas (48,3%), pardas (25%) e negras (25%). Quanto ao nível de escolaridade, predominou o ensino superior completo (60%), seguido do ensino médio completo (31,7%). Em relação à renda familiar, a maior parte dos participantes situava-se entre mais de dois e até quatro salários-mínimos (33,3%) ou até dois salários-mínimos (31,7%). No que se refere ao estado civil, 48,7% declararam-se solteiros (as) e 56,7% estavam empregados no momento da coleta.

Tabela 1

Características sociodemográficas da amostra (N = 60)

Características	(%) n
Intervenção	51.7 (31)
Controle	48.3 (29)
Gênero	
Feminino	88.3 (53)
Masculino	11.7 (7)
Raça	
Parda	25 (15)
Negra	25 (15)
Branca	48.3 (29)

Prefiro não informar	1.7 (1)
Grau de Instrução	
Superior completo	60 (36)
Ensino médio completo	31.7 (19)
Fundamental completo	6.7 (4)
Fundamental incompleto	1.7 (1)
Renda Familiar	
Até 2 salários-mínimos	31.7 (19)
Mais de 2 e até 4 salários-mínimos	33.3 (20)
Mais de 4 e até 6 salários-mínimos	25 (15)
6 salários-mínimos ou mais	6.7 (4)
Prefiro não informar	3.3 (2)
Constituição Familiar	
Solteira (o/e)	48.7 (28)
Casada (o/e)	36.7 (22)
Divorciada (o/e)	5 (3)
Separada (o/e)	10 (6)
Viúva (o/e)	1.7 (1)
Situação Profissional	
Estudante	6.7 (4)
Desempregado	25 (15)
Empregado	56.7 (34)
Trabalho principal ligado aos cuidados da casa	8.3 (5)
Prefiro não informar	3.3 (2)

Um total de dez terapeutas participaram do estudo, 80% dos quais eram do sexo feminino. Os critérios de elegibilidade exigiam que os terapeutas tivessem pelo menos o Nível III de treinamento em TFE e recebessem supervisão regular de um supervisor credenciado em TFE. Além disso, suas idades variaram de 30 a 57 anos ($M = 46,8$, $DP = 9,70$), e 80% tinham mais de dez anos de experiência como psicólogos clínicos. Todos os casos receberam supervisão quinzenal.

As características diagnósticas foram obtidas através da entrevista MINI e demonstraram a natureza transdiagnóstica da amostra. O Transtorno Depressivo Maior (74.19%) e o Transtorno de Ansiedade Generalizada (54.84%) foram as condições mais prevalentes, com a maioria dos participantes apresentado múltiplas comorbidades. As frequências dos diagnósticos e as taxas de comorbidade estão descritas na tabela 2.

Tabela 2*Características transdiagnósticas do grupo intervenção*

Características diagnósticas	<i>N</i>	%
MINI Resultados		
Sem Diagnóstico	4	12.90
Transtorno Depressivo Maior	23	74.19
Episódio Depressivo Maior	3	9.68
Transtorno de Ansiedade Generalizada	17	54.84
Transtorno de Ansiedade Social	8	25.81
Transtorno de Pânico	6	19.35
Agorafobia	6	19.35
Transtorno de Estresse Pós-Traumático	1	3.22
Transtorno Obsessivo-Compulsivo	1	3.22
Anorexia nervosa	1	3.22
Transtorno de Compulsão Alimentar	1	3.22
Número de Transtornos (comorbidades)		
0	4	12.90
1	8	25.81
2	6	19.35
3	7	22.58
4	3	9.67
5	3	9.67

Nota. *n* = subgrupo da amostra; MINI = Mini-International Neuropsychiatric Interview.

Foram realizados testes estatísticos para verificar a comparabilidade entre os grupos no momento inicial (M1). Observou-se que apenas o domínio Estratégias da DERS apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos no baseline ($p = 0.05$), indicando que, de modo geral, os grupos eram equivalentes no início do estudo.

As comparações entre os grupos controle e intervenção foram conduzidas por meio do teste *t* de Student para amostras independentes, nos casos de dados paramétricos, e do teste *U* de Mann-

Whitney para dados não paramétricos, além do cálculo do tamanho de efeito (d de Cohen) (tabela 3). Ao final da intervenção (M3), todas as variáveis analisadas apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, favorecendo o grupo intervenção.

Nos domínios do WHOQOL-BREF (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente), observaram-se aumentos significativos na qualidade de vida no grupo intervenção em comparação ao grupo controle, com tamanhos de efeito elevados, especialmente nos domínios físico ($d = 1.31$) e psicológico ($d = 1.31$), indicando impacto robusto da intervenção. O domínio relações sociais apresentou tamanho de efeito moderado a alto ($d = 0.89$), e o domínio meio ambiente apresentou efeito moderado ($d = 0.56$).

Em relação ao estresse percebido (PSS-10), houve redução significativa no grupo intervenção em comparação ao controle, com tamanho de efeito elevado ($d = 1.09$). Quanto às dificuldades na regulação emocional (DERS), todas as subescalas e o escore total apresentaram reduções estatisticamente significativas no grupo intervenção ao final do tratamento, com tamanhos de efeito elevados. Destaca-se o escore total da DERS, que apresentou tamanho de efeito elevado ($d = 1.68$), indicando mudança substancial na desregulação emocional após a TFE.

Tabela 3

Impactos da intervenção ao final do tratamento (M1 - M3)

Variável	M1 Controles <i>M (SD)</i>	M1 Intervenção <i>M (SD)</i>	p^a	M3 Controles <i>M (SD)</i>	M3 Intervenção <i>M (SD)</i>	p^b	D
DERS							
Não-aceitação	0.63 (0.20)	0.61 (0.25)	821	0.61 (0.22)	0.39 (0.16)	< .001	1.11
Objetivos	0.77 (0.16)	0.74 (0.16)	480	0.73 (0.14)	0.54 (0.19)	< .001	1.12
Impulsos	0.54 (0.54)	0.48 (0.17)	223	0.52 (0.20)	0.34 (0.11)	< .001	1.14
Consciência	0.60 (0.17)	0.62 (0.17)	591	0.63 (0.17)	0.49 (0.16)	.002	0.86
Estratégias	0.65 (0.15)	0.57 (0.15)	48	0.62 (0.19)	0.40 (0.17)	< .001	1.21
Clareza	0.64 (0.17)	0.63 (0.17)	797	0.61 (0.12)	0.41 (0.13)	< .001	1.52
Total	3.81 (0.71)	3.65 (0.75)	376	3.71 (0.63)	2.57 (0.72)	< .001	1.68
PSS-10	28.28 (4.64)	26.45 (5.94)	192	26.62 (6.56)	18.29 (8.53)	< .001	1.09
WHOQOL-Bref							
Físico	2.75 (0.53)	2.81 (0.55)	681	2.78 (0.62)	3.58 (0.60)	< .001	1.31
Psicológico	2.73 (0.46)	2.66 (0.53)	568	0.63 (0.17)	0.49 (0.16)	< .001	1.31
Relações Sociais	2.69 (0.82)	2.76 (0.75)	717	2.72 (0.77)	3.44 (0.84)	.001	0.89
Meio Ambiente	2.97 (0.55)	2.97 (0.63)	988	3.07 (0.52)	3.36 (0.50)	.035	0.56

Nota. M = média; DP = desvio-padrão; d = Cohen's d .; ^aComparação entre grupos (M1); ^bComparação dentro do grupo intervenção (M1 vs. M3).

Para analisar as mudanças ao longo do tempo no grupo intervenção (M1, M2, M3 e M4), utilizou-se ANOVA de medidas repetidas para dados paramétricos e teste de Friedman para dados não paramétricos, com correção de Bonferroni para comparações múltiplas (tabela 4). Observou-se melhora significativa entre M1 e M3 em todos os domínios do WHOQOL-BREF, na PSS-10 e nas subescalas da DERS. De modo geral, as diferenças entre M3 e M4 não foram estatisticamente significativas, indicando manutenção dos ganhos terapêuticos no follow-up de quatro meses, especialmente nos domínios físico e psicológico da qualidade de vida, no estresse percebido e na desregulação emocional.

Tabela 4

Comparações múltiplas com correção de Bonferroni para o grupo intervenção

	<i>p</i>	M1 x M2	M1 x M3	M1 x M4	M2 x M3	M2 x M4	M3 x M4
DERS							
Não-aceitação	<0.05	.096	.003	.000	1.000	.073	.992
Objetivos	<0.05	1.000	.000	.005	.026	.161	1.000
Impulsos	<0.05	.370	.001	.000	.413	.055	1.000
Consciência	<0.05	1.00	.010	.161	.413	1.000	1.000
Estratégias	<0.05	.330	.000	.001	.207	.295	1.000
Clareza	<0.05	.063	.000	.000	.035	.183	1.000
Total	<0.05	.330	.000	.000	.007	.096	1.000
PSS-10							
	<0.05	.003	.000	.000	.128	1.000	1.000
WHOQOL-BREF							
Físico	<0.05	.000	.000	.024	.014	1.000	.015
Psicológico	<0.05	.016	.000	.000	.055	1.000	1.000
Relações Sociais	<0.05	.007	.001	.080	.296	1.000	.072
Meio Ambiente	<0.05	.084	.001	.073	1.000	1.000	1.000

Nota. A significância estatística foi determinada usando a ANOVA de medidas repetidas ou o teste de Friedman com a correção de Bonferroni.

As correlações entre as variáveis foram examinadas por meio do coeficiente de Spearman no terceiro momento (M3), considerando apenas o grupo intervenção (tabela 5). Observou-se correlação negativa significativa entre os domínios do WHOQOL-BREF e os escores da DERS e da PSS-10, indicando que maiores níveis de qualidade de vida estiveram associados a menores níveis de desregulação emocional e estresse percebido. As associações foram particularmente fortes entre o

domínio psicológico da qualidade de vida e o escore total da DERS, bem como com o estresse percebido, evidenciando a relação consistente entre reorganização emocional e melhora na percepção global de qualidade de vida.

Tabela 5

Correlações de Spearman das variáveis clínicas para o grupo intervenção pós-tratamento (M3)

Variável	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
DERS												
Não-aceitação	-	0.58**	0.43*	0.34	.70**	.54**	.73**	.62**	-.42*	.58**	-0.27	-0.27
Objetivos		-	.53**	.35	.72**	.53**	.77**	.58**	.53**	.54**	-.38*	-0.12
Impulsos			-	.53**	.63**	.56**	.75**	.50**	.55**	.63**	.57**	-.20
Consciência				-	.40*	.73**	.73**	.38*	.50**	.60**	-.44*	-.16
Estratégias					-	.57**	.82**	.80**	.52**	.75**	.57**	-.41*
Clareza						-	.82**	.57**	.63**	.72**	-.42*	-.32
Total							-	.68**	.66**	.76**	.57**	-.30
PSS-10								-	-.37*	.72**	.54**	.63**
WHOQOL-BREF												
Físico									1	.64**	.53**	.19
Psicológico										1	.63**	.44*
Relações Soc. Meio Ambiente											1	.40*

Nota. Relações Soc. = Relações Sociais; os valores representam os coeficientes de correlação de Spearman (r_s). * $p < .05$. ** $p < .01$.

DISCUSSÃO

H1: Ao final do tratamento, a QV terá um aumento significativamente maior, quando comparada ao grupo controle.

Esta hipótese foi confirmada.

A qualidade de vida (QV), mensurada pelo WHOQOL-BREF, apresentou melhora significativa após a intervenção com a TFE em todos os seus domínios, na comparação com o grupo controle (tabela 3). De acordo com os parâmetros de Cohen (1988), o tamanho de efeito da

intervenção foi elevado para os domínios Físico ($d = 1.31$), Psicológico ($d = 1.31$), de moderado a alto para Relações Sociais ($d = 0.89$), e moderado no domínio Meio Ambiente ($d = 0.56$).

Essa evolução conjunta entre os domínios físico, psicológico e das relações sociais sugere a presença de interdependência entre essas dimensões do bem-estar no grupo estudado. O domínio psicológico do WHOQOL-BREF, que avalia o bem-estar emocional por meio da presença de afetos positivos e negativos, capacidade de concentração, memória, autoestima e autoimagem, parece atuar em conjunto com o domínio físico. A melhora dos sintomas psicológicos pode gerar impacto reflexo nos aspectos avaliados no domínio físico, como fadiga, percepção da dor e qualidade do sono. Da mesma forma, o fortalecimento da autoimagem e do vigor físico parece impactar positivamente as relações sociais, aumentando a satisfação com os vínculos pessoais, atividade sexual e suporte social.

O domínio meio ambiente apresentou o menor tamanho de efeito moderado ($d = 0.56$) em comparação com os demais. Esse efeito mais discreto pode ser atribuído ao fato de que a psicoterapia, embora eficaz na esfera subjetiva, possui limites intrínsecos para alterar aspectos concretos da realidade do indivíduo avaliados por esse domínio, como segurança física, recursos financeiros, moradia, transporte e qualidade dos cuidados de saúde e sociais (WHOQOL, 1998b). Ainda assim, a mudança positiva observada sugere que a TFE pode ter gerado impactos indiretos: o aumento da autoestima e a redução da percepção negativa do entorno podem levar o indivíduo a buscar melhores condições de vida, otimizando sua interação com o ambiente, o lazer e as atividades cotidianas, mesmo diante de limitações externas.

Com exceção do domínio meio ambiente, todas as subescalas apresentaram mudanças estatisticamente significativas já na oitava sessão (M1–M2; tabela 4), descrevendo a eficácia da TFE no curto prazo. Essa diferença pode ser justificada pelo fato de que a subescala meio ambiente inclui itens não diretamente afetados pela psicoterapia, como recursos financeiros, segurança, transporte e ambiente físico (poluição, ruído, trânsito e clima). Observa-se também que 65% da amostra era composta por pessoas com renda de até quatro salários-mínimos (tabela 1), o que corrobora essa hipótese. A análise da distribuição do grupo intervenção nesse domínio indicou que maior renda familiar esteve associada à melhoria na percepção da qualidade de vida no domínio meio ambiente e à diminuição na dispersão das pontuações.

A associação entre bem-estar físico e psicológico corrobora achados da literatura. Pacientes com síndrome do intestino irritável apresentaram aumento significativo do bem-estar e melhora nos padrões de sono, sugerindo que o acesso e a reorganização de emoções não processadas podem repercutir em aspectos físicos/somáticos da QV (Haghighat, Adibi & Davazdahemami, 2015).

Estudos com outras abordagens psicoterápicas, como a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), também descreveram melhora na QV, sendo mais consistente na dimensão psicológica (Hoffman et al., 2010).

H2: A QV apresentará correlação negativa com a desregulação emocional e o estresse ao final do tratamento.

Esta hipótese foi confirmada.

O DERS Total e suas subescalas correlacionaram-se negativamente e de forma significativa com a maioria dos domínios do WHOQOL-Bref, com exceção do domínio Meio Ambiente, indicando que quanto maior a dificuldade de regulação emocional, menor a qualidade de vida. A correlação negativa mais forte foi observada com o domínio Psicológico ($r = -.760$, $p < .001$), seguida do domínio Físico ($r = -.664$, $p < .001$) e do domínio Relações Sociais ($r = -.571$, $p = .001$). A subescala Estratégias apresentou a correlação negativa mais forte com o domínio Psicológico ($r = -.750$, $p < .001$). Já em relação aos escores da PSS-10, a correlação negativa mais forte também foi com o domínio Psicológico ($r = -.721$, $p < .001$), reforçando a ligação entre sofrimento psicológico e percepção de estresse.

H3 - Os ganhos na QV serão mantidos no follow-up de 4 meses

Esta hipótese foi parcialmente confirmada.

Observou-se a manutenção dos ganhos no follow-up de quatro meses após o término da terapia nos domínios Psicológico e Físico, demonstrando a permanência do impacto da TFE na vida dos indivíduos. Mais do que auxiliar as pessoas a regularem suas emoções por meio de técnicas deliberadas e explícitas de regulação emocional, a TFE enfatiza que a transformação experiencial das emoções é um processo de regulação afetiva implícita. Uma vez transformadas, as emoções tendem a modular-se na intensidade necessária ao indivíduo, sugerindo um processo mais profundo e potencialmente mais duradouro de mudança.

Estudo com amostra transdiagnóstica tratado com TFE encontrou melhorias consistentes no bem-estar psicológico, no funcionamento interpessoal e em indicadores gerais de qualidade de vida, com efeitos mantidos em follow-up de curto prazo (Kramer et al., 2025). Apesar da limitação na comparação direta dos resultados, em função do uso de instrumentos distintos para mensuração da qualidade de vida, observa-se que, em nosso estudo, os domínios Relações Sociais e Meio Ambiente

não mantiveram a melhora quando comparados ao final da terapia e, em alguns casos, nem mesmo ao pré-tratamento.

Fatores adversos relacionados a aspectos socioeconômicos, como aqueles avaliados no domínio Meio Ambiente, impactam significativamente a saúde mental da população e podem dificultar a estabilidade da melhora em médio prazo. No que se refere ao domínio Relações Sociais, pode-se especular que a própria experiência terapêutica tenha contribuído para reduzir o senso de isolamento e que, com o término do processo, alguns participantes tenham voltado a experimentar sentimentos de desconexão social. Além disso, a terapia foi conduzida em um período em que a população ainda se encontrava fortemente impactada pelas repercussões sociais e emocionais da pandemia de COVID-19, o que pode ter influenciado a manutenção desses ganhos.

De forma integrada, os resultados confirmam que a TFE promove aumento significativo da qualidade de vida (H1), associado à redução da desregulação emocional e do estresse percebido (H2), com manutenção parcial dos ganhos em médio prazo (H3), especialmente nos domínios psicológico e físico. A forte correlação negativa entre qualidade de vida, dificuldades de regulação emocional e estresse reforça o modelo teórico da TFE, segundo o qual a transformação experiencial das emoções constitui um mecanismo central de mudança terapêutica. Ao evidenciar efeitos robustos em uma amostra com perfil transdiagnóstico, este estudo contribui para o avanço da literatura ao demonstrar que intervenções centradas na reorganização emocional não apenas reduzem sintomas, mas também ampliam indicadores positivos de funcionamento e bem-estar. Ainda que fatores contextuais e socioeconômicos possam limitar a estabilidade de alguns domínios da qualidade de vida, os achados sustentam a relevância clínica da TFE como abordagem eficaz na promoção de mudanças emocionais profundas, com repercussões consistentes na experiência global de saúde e qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As psicoterapias podem exercer impacto significativo sobre a QV, ainda que por mecanismos distintos. Em abordagens cognitivas, como a TCC, a reestruturação de pensamentos e o manejo de sintomas associam-se à percepção de melhor funcionamento global e maior senso de autocontrole (Hofmann et al., 2010). Intervenções de orientação cognitiva voltadas ao trabalho com emoções, como o Protocolo Unificado de Barlow, também foram relacionadas à melhora na QV global (Bentley et al., 2017; Farchione et al., 2024). De maneira semelhante, psicoterapias focadas no desenvolvimento deliberado de habilidades de regulação emocional, como a DBT, a Terapia Focada

em Soluções (SFT) e as intervenções baseadas em mindfulness, demonstraram impacto positivo na qualidade de vida (Lotfi et al., 2024; Trombka et al., 2021).

O presente estudo teve como objetivo investigar a eficácia da TFE na melhora da qualidade de vida em uma amostra transdiagnóstica. Os resultados evidenciaram que a TFE promoveu melhora significativa na QV ao final do tratamento, com manutenção dos ganhos no follow-up de quatro meses nos domínios psicológico e físico, embora não nos domínios relações sociais e meio ambiente. Além disso, a intervenção mostrou-se eficaz na redução da desregulação emocional e do estresse percebido.

Os achados são coerentes com o modelo teórico da TFE, que compreende a transformação das emoções por meio da experiência emocional corretiva como mecanismo central de mudança. Ao focalizar emoções como vergonha, tristeza e raiva, especialmente quando estas se tornaram desadaptativas, a TFE propõe uma reorganização experiencial que ultrapassa o manejo sintomático, promovendo mudanças estruturais na forma como o indivíduo processa e integra suas emoções. Nesse sentido, as emoções são compreendidas simultaneamente como foco terapêutico e como variável transdiagnóstica central.

Do ponto de vista clínico, os resultados sugerem que a TFE constitui uma alternativa eficaz e baseada em evidências para o tratamento de transtornos emocionais diversos, podendo beneficiar pacientes que não se adaptam a modelos predominantemente cognitivos ou centrados no treino de habilidades. O fato de os ganhos nos domínios psicológico e físico terem se tornado evidentes já até a oitava sessão reforça o potencial impacto da abordagem também no curto prazo, o que pode contribuir para maior custo-eficácia - aspecto particularmente relevante em contextos de recursos limitados. Além disso, a natureza transdiagnóstica da TFE pode facilitar a prática clínica, reduzindo a dependência de múltiplos protocolos específicos por diagnóstico.

Entretanto, alguns limites devem ser considerados. O tamanho da amostra, o período relativamente curto de acompanhamento e a ausência de medidas adicionais que avaliassem variáveis contextuais com maior profundidade podem ter influenciado a estabilidade dos resultados, especialmente nos domínios relações sociais e meio ambiente. Fatores socioeconômicos e contextuais, bem como o período ainda marcado pelas repercussões da pandemia de COVID-19, podem ter interferido na manutenção dos ganhos nessas áreas. Estudos futuros com amostras maiores, follow-ups mais prolongados e controle mais detalhado de variáveis contextuais poderão contribuir para esclarecer a extensão e a durabilidade dos efeitos observados.

Apesar dessas limitações, os resultados reforçam a TFE como abordagem promissora na promoção da saúde mental e da qualidade de vida na população brasileira, ampliando o corpo de

evidências sobre intervenções emocionais de caráter transdiagnóstico e contribuindo para o avanço da prática clínica baseada em evidências no contexto nacional.

REFERÊNCIAS

- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): Validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106–115. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000300003>
- Annunziata, M. A., Muzzatti, B., Bidoli, E., Flaiban, C., Bomben, F., Piccinin, M., Gipponi, K. M., Mariutti, G., Busato, S., & Mella, S. (2020). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) accuracy in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 28(9), 3921–3926. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05244-8>
- Auszra, L., Greenberg, L. S., & Herrmann, I. (2013). Client emotional productivity: Optimal in-session emotional processing in experiential therapy. *Psychotherapy Research*, 23(6), 732–746. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.816882>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H. M., Ellard, K. K., Bullis, J. R., Bentley, K. H., Boettcher, H. T., & Cassiello-Robbins, C. (2017). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide* (2nd ed.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190685973.001.0001>
- Bratu, M. L., Sandesc, D., Anghel, T., Tudor, R., Shaaban, L., Ali, A., Toma, A. O., Bratosin, F., Turcu, I., Gantsa, A., Fericean, R. M., Bondrescu, M., & Barata, P. I. (2023). Evaluating the aspects of quality of life in individuals with substance use disorder: A systematic review based on the WHOQOL questionnaire. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 16, 4265–4278. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S440764>
- Brown, S., Jun, M. K., Min, M. O., & Tracy, E. M. (2013). Impact of dual disorders, trauma, and social support on quality of life among women in treatment for substance dependence. *Journal of Dual Diagnosis*, 9(1), 61–71. <https://doi.org/10.1080/15504263.2012.750147>
- Cancian, A. C. M., Souza, L. A. S., Silva, V. H. P., Machado, W. L. & Oliveira, M. S. (2019). Psychometric properties of the Brazilian version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 41(1), 18–26. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0128>
- Canguilhem, G. (2009). *O normal e o patológico* (M. T. R. C. Barrocas, Trad.; 6ª ed. rev.). Forense Universitária. (Trabalho original publicado em 1966).

- Chuang, S. P., Wu, J. Y. W., & Wang, C. S. (2023). Resilience and quality of life in people with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 19, 507–514. <https://doi.org/10.2147/NDT.S392332>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Dalgleish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 179–195. <https://doi.org/10.1037/ccp0000482>
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2025). Getting started with learning emotion-focused therapy. In R. Elliott, J. C. Watson, R. N. Goldman, & L. S. Greenberg, *Learning emotion-focused therapy: A comprehensive guide* (2nd ed., pp. 3–20). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000458-001>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Farchione, T., Long, L., Spencer-Lai, D., Moreno, J., & Barlow, D. (2024). State of the science: The Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Behavior Therapy*, 55(6), 1189–1204. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.04.007>
- Faro, A. (2015). Análise Fatorial Confirmatória e Normatização da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 31(3), 349–353. <https://doi.org/10.1590/0102-37722015032072349353>
- Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista De Saúde Pública*, 34(2), 178–183. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>
- Fusar-Poli, P., Solmi, M., Brondino, N., Davies, C., Chae, C., Politi, P., Borgwardt, S., Lawrie, S. M., Parnas, J., & McGuire, P. (2019). Transdiagnostic psychiatry: A systematic review. *World Psychiatry*, 18(2), 192–207. <https://doi.org/10.1002/wps.20631>
- Gallagher, M. W., Sauer-Zavala, S., Boswell, J. F., Carl, J. R., Bullis, J., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2013). The impact of the Unified Protocol for emotional disorders on quality of life. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6(1), 57–72. <https://doi.org/10.1521/ijct.2013.6.1.57>

- 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), 536–546. <https://doi.org/10.1080/10503300600589456>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-focused therapy*. American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (2021). *Changing emotion with emotion: A practitioner's guide*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000248-000>
- Greenberg, L. (2023). Changing emotion with emotion. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 22(4), 368–383. <https://doi.org/10.1080/14779757.2023.2234966>
- Guo, H. R., Wang, J. R., Wang, Y. L., Huang, B. L., Yang, X. H., & Ren, Y. M. (2022). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy combined with medication therapy in preventing recurrence of major depressive disorder. *Frontiers in Psychology*, 13, 882006. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.882006>
- Haghighy, S. A., Adibi, P., & Davazdahemami, M. H. (2015). Efficacy of emotion-focused therapy on quality of life and sleep in irritable bowel syndrome. *Govaresh*, 20(3), 185–192. https://applications.emro.who.int/imemrf/Govaresh/Govaresh_2015_20_3_185_192.pdf
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (Eds.). (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. New Harbinger Publications.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169–183. <https://doi.org/10.1037/a0018555>
- Hofmann, S. G., Wu, J. Q., & Boettcher, H. (2014). Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(3), 375–391. <https://doi.org/10.1037/a0035491>
- Kamenov, K., Twomey, C., Cabello, M., Prina, A. M., & Ayuso-Mateos, J. L. (2017). The efficacy of psychotherapy, pharmacotherapy and their combination on functioning and quality of life in depression: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 47(3), 414–425. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002774>

- Kolovos, S., Kleiboer, A., & Cuijpers, P. (2016). Effect of psychotherapy for depression on quality of life: A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 209(6), 460–468.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.175059>
- Kramer, U., Sutter, M., Rubel, J., Blanco Machinea, J., Woldarsky, C., Auszra, L., Herrmann, I., & Grosse Holtforth, M. (2025). Effectiveness of emotion-focused therapy: Main results of a practice–research network study. *Psychotherapy Research*. Advance online publication.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2025.2454455>
- Lane, R. D., Ryan, L., Nadel, L., & Greenberg, L. S. (2015). Memory reconsolidation, emotional arousal and the process of change in psychotherapy: New insights from brain science. *Behavioral and Brain Sciences*, 38, e1. <https://doi.org/10.1017/S0140525X14000041>
- Lotfi, Z., Sheikhi, M., Damavandi, M., Mirzaei, F., & Towsyfyan, N. (2024). Comparing the effectiveness of solution-focused therapy and dialectical behavior therapy on self-care and quality of life in patients with type 2 diabetes. *Health Nexus*, 2(2), 86–94.
<https://doi.org/10.61838/kman.hn.2.2.10>
- Lyon, A. R., Lau, A. S., McCauley, E., Vander Stoep, A., & Chorpita, B. F. (2014). A case for modular design: Implications for implementing evidence-based interventions with culturally diverse youth. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(1), 57–66.
<https://doi.org/10.1037/a0035301>
- Marques, J. M. d. A., & Zuardi, A. W. (2008). Validity and applicability of the Mini International Neuropsychiatric Interview administered by family medicine residents in primary health care in Brazil. *General Hospital Psychiatry*, 30(4), 303–310.
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2008.02.001>
- Ohaeri, J. U., & Awadalla, A. W. (2009). The reliability and validity of the short version of the WHO Quality of Life Instrument in an Arab general population. *Annals of Saudi Medicine*, 29(2), 98–104. <https://doi.org/10.4103/0256-4947.51790>
- 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(6), 875–887. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.875>
- Pos, A. E., Greenberg, L. S., & Warwar, S. H. (2009). Testing a model of change in the experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1055–1066.
<https://doi.org/10.1037/a0017059>
- Rapley, M. (2003). *Quality of life research: A critical introduction*. Sage.

- Rocha, N. S., & Fleck, M. P. A. (2009). Validity of the Brazilian version of WHOQOL-BREF in depressed patients using Rasch modelling. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 147–153.
<https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000100019>
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O’Connell, K. A. (2004). The WHOQOL-BREF assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. *Quality of Life Research*, 13(2), 299–310. <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00>
- Skevington, S. M.; The WHOQOL SRPB Group.(2020). Is culture important to the relationship between quality of life and resilience? Global implications for preparing communities for environmental and health disasters. *Frontiers in Psychology*, 11, 1492.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01492>
- The WHOQOL Group. (1998b). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551–558.
<https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>
- Timmerman, A., Totsika, V., Lye, V., Crane, L., Linden, A., & Pellicano, E. (2024). Quality-of-life measurement in randomised controlled trials of mental health interventions for autistic adults: A systematic review. *Autism*, 29(3), 579-595.
<https://doi.org/10.1177/13623613241287586>
- Timulak, L., Keogh, D., Chigwedere, C., Wilson, C., Ward, F., Hevey, D., Griffin, P., Jacobs, L., Hughes, S., Vaughan, C., Beckham, K., & Mahon, S. (2022). A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder: Results of a feasibility randomized controlled trial. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 59(1), 84–95. <https://doi.org/10.1037/pst0000427>
- Trombka, M., Demarzo, M., Campos, D., Antonio, S. B., Cicuto, K., Walcher, A. L., García-Campayo, J., Schuman-Olivier, Z., & Rocha, N. S. (2021). Mindfulness training improves quality of life and reduces depression and anxiety symptoms among police officers. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 624876. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.624876>
- World Health Organization. (1997). *WHOQOL: Measuring quality of life*.
<https://iris.who.int/handle/10665/63482>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

ANEXO A - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

DADOS PESSOAIS			
NOME			
Assinale com “X” a alternativa que melhor descreve sua resposta a cada questão.			
1. Eu me sinto tensa (o) ou contraída (o):			
() a maior parte do tempo	() boa parte do tempo	() de vez em quando	() nunca
2. Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes:			
() sim, do mesmo jeito que antes	() não tanto quanto antes	() só um pouco	() já não consigo ter prazer em nada
3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer			
() sim, de jeito muito forte	() sim, mas não tão forte	() um pouco, mas isso não me preocupa	() não sinto nada disso
4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas			
() do mesmo jeito que antes	() atualmente um pouco menos	() atualmente bem menos	() não consigo mais
5. Estou com a cabeça cheia de preocupações			
() a maior parte do tempo	() boa parte do tempo	() de vez em quando	() raramente
6. Eu me sinto alegre			
() nunca	() poucas vezes	() muitas vezes	() a maior parte do tempo
7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:			
() sim, quase sempre	() muitas vezes	() poucas vezes	() nunca
8. Eu estou lenta (o) para pensar e fazer coisas:			
() quase sempre	() muitas vezes	() poucas vezes	() nunca
9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:			
() nunca	() de vez em quando	() muitas vezes	() quase sempre
10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:			
() completamente	() não estou mais me cuidando como eu deveria	() talvez não tanto quanto antes	() me cuido do mesmo jeito que antes
11. Eu me sinto inquieta (o), como se eu não pudesse ficar parada (o) em lugar nenhum:			
() sim, demais	() bastante	() um pouco	() não me sinto assim
12. Fico animada (o) esperando animado as coisas boas que estão por vir			
() do mesmo jeito que antes	() um pouco menos que antes	() bem menos do que antes	() quase nunca
13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:			
() a quase todo momento	() várias vezes	() de vez em quando	() não senti isso
14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:			
() quase sempre	() várias vezes	() poucas vezes	() quase nunca

Quase nunca (0-10%)	Algumas vezes (11-35%)	Cerca de metade do tempo (36-65%)	A maior parte do tempo (66-90%)	Quase sempre (91-100%)
---------------------------	------------------------------	--	--	------------------------------

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- _____ 18) Quando estou chateado (a), tenho dificuldade em focar a minha atenção em outras coisas.
- _____ 19) Quando estou chateado (a), sinto-me descontrolado (a).
- _____ 20) Quando estou chateado (a), sou capaz de continuar a fazer o que tenho para fazer.
- _____ 21) Quando estou chateado (a), sinto-me envergonhado (a) por me sentir assim.
- _____ 22) Quando estou chateado (a), eu sei que vou acabar descobrindo uma maneira de me sentir melhor.
- _____ 23) Quando estou chateado (a), sinto-me como se eu fosse fraco (a).
- _____ 24) Quando estou chateado (a), sinto que continuo podendo controlar os meus comportamentos.
- _____ 25) Quando estou chateado (a), sinto-me culpado (a) por me sentir assim.
- _____ 26) Quando estou chateado(a), tenho dificuldades de concentração.
- _____ 27) Quando estou chateado (a), tenho dificuldades em controlar os meus comportamentos.
- _____ 28) Quando estou chateado (a), acredito que não há nada que possa fazer para me sentir melhor.
- _____ 29) Quando estou chateado (a), fico irritado (a) comigo mesmo (a) por me sentir assim.
- _____ 30) Quando estou chateado (a), começo a me sentir mal comigo mesmo (a).
- _____ 31) Quando estou chateado (a), acredito que me afundar nesse estado é a única coisa que posso fazer.
- _____ 32) Quando estou chateado (a), perco o controle sobre os meus comportamentos.
- _____ 33) Quando estou chateado (a), tenho dificuldade em pensar em qualquer outra coisa.
- _____ 34) Quando estou chateado(a), reservo um tempo para descobrir o que realmente estou sentindo.
- _____ 35) Quando estou chateado (a), passa muito tempo até que me sinta melhor.
- _____ 36) Quando estou chateado (a), as minhas emoções são muito intensas.

ANEXO C – ESCALA DE PERCEPÇÃO DE ESTRESSE-10 (PSS-10)

As questões nesta escala perguntam a respeito dos seus sentimentos e pensamentos durante os últimos 30 dias (último mês). Em cada questão indique a frequência com que você se sentiu ou pensou a respeito da situação.

1. Com que frequência você ficou aborrecido por causa de algo que aconteceu inesperadamente? (considere os últimos 30 dias)

[0]. Nunca [1]. Quase Nunca [2]. Às Vezes [3]. Pouco Frequente [4] Muito Frequente

2. Com que frequência você sentiu que foi incapaz de controlar coisas importantes na sua vida? (considere os últimos 30 dias)

[0]. Nunca [1]. Quase Nunca [2]. Às Vezes [3]. Pouco Frequente [4] Muito Frequente

3. Com que frequência você esteve nervoso ou estressado? (considere os últimos 30 dias)

[0]. Nunca [1]. Quase Nunca [2]. Às Vezes [3]. Pouco Frequente [4] Muito Frequente

4. Com que frequência você esteve confiante em sua capacidade de lidar com seus problemas pessoais? (considere os últimos 30 dias)

[0]. Nunca [1]. Quase Nunca [2]. Às Vezes [3]. Pouco Frequente [4] Muito Frequente

5. Com que frequência você sentiu que as coisas aconteceram da maneira que você esperava? (considere os últimos 30 dias)

[0]. Nunca [1]. Quase Nunca [2]. Às Vezes [3]. Pouco Frequente [4] Muito Frequente

6. Com que frequência você achou que não conseguiria lidar com todas as coisas que tinha por fazer? (considere os últimos 30 dias)

[0]. Nunca [1]. Quase Nunca [2]. Às Vezes [3]. Pouco Frequente [4] Muito Frequente

7. Com que frequência você foi capaz de controlar irritações na sua vida? (considere os últimos 30 dias)

[0]. Nunca [1]. Quase Nunca [2]. Às Vezes [3]. Pouco Frequente [4] Muito Frequente

8. Com que frequência você sentiu que todos os aspectos de sua vida estavam sob controle? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Frequente [4] Muito Frequente

9. Com que frequência você esteve bravo por causa de coisas que estiveram fora de seu controle? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Frequente [4] Muito Frequente

10. Com que frequência você sentiu que os problemas acumularam tanto que você não conseguiria resolvê-los? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Frequente [4] Muito Frequente

ANEXO D – QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL – BREF)

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.

Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a)	1	2	3	4	5

	você está com a sua saúde?					
--	----------------------------	--	--	--	--	--

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5

1 2	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
1 3	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
1 4	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
1 5	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
1 6	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
1 7	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
1 8	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5

1 9	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
2 0	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
2 1	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
2 2	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
2 3	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
2 4	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
2 5	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunc a	Alguma s vezes	frequentement e	muito frequentement e	sempr e
2 6	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

.....

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO E - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Repercussões e Efeitos da Intervenção Psicoterápica com a Terapia Focada nas Emoções no Contexto Brasileiro

Pesquisador: Marco Aurélio Mendes

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 43296121.7.0000.9433

Instituição Proponente: CENTRO DE PSICOLOGIA E PSICOTERAPIAS FOCADAS NA EMOCÃO EIRELI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.680.858

Apresentação do Projeto:

A importância das emoções para a qualidade de vida dos indivíduos é um tópico cada vez mais presente na psicoterapia. Depois do predomínio das intervenções focadas nos aspectos cognitivos, a psicoterapia tem se voltado cada vez mais para a utilização de intervenções com o foco nos aspectos emocionais da experiência. A Terapia Focada nas Emoções (TFE) é um modelo de psicoterapia que busca justamente este objetivo: auxiliar o cliente a acessar as suas emoções para então transformá-las. O modelo está baseado em evidências e tem se demonstrado eficaz para a melhora da qualidade de vida dos pacientes. O presente estudo tem como objetivo investigar o impacto das intervenções com a TFE no contexto brasileiro, especialmente em relação à qualidade de vida, aos sintomas de ansiedade, depressão e à maior capacidade de regulação emocional. Hipótese: 1 - O tratamento se mostrará eficaz na redução dos sintomas de ansiedade, depressão, estresse e na maior capacidade de regulação emocional. 2 - A concordância na percepção entre o paciente e o terapeuta do que foi importante durante a sessão de terapia, potencializará os efeitos do tratamento. 3 - A qualidade da aliança terapêutica estará associada a melhora nos resultados do tratamento e a maior concordância entre terapeuta e paciente sobre o que foi discutido nas sessões durante a terapia. Metodologia Proposta: O desenho de pesquisa pode ser descrito por uma caracterização mista, incluindo informações qualitativas e quantitativas. Na primeira etapa, os participantes serão recrutados entre pacientes novos, que procurarem o TFE Brasil para Psicoterapia. Na segunda etapa, os participantes serão convidados



Continuação do Parecer: 4.680.858

para uma entrevista online com um pesquisador auxiliar, que será um profissional psicólogo previamente treinado para realizá-la e que irá explicar do que se trata a pesquisa em linhas gerais. Caso concorde em participar, o pesquisador auxiliar enviará um link do Google Formulários durante a entrevista, na qual o participante terá acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (1), elaborado de acordo com a Resolução CNS 466/2012. Após o preenchimento do TCLE, o pesquisador auxiliar dará continuidade à entrevista online, na qual será aplicado um questionário sócio demográfico para coleta de dados (anexo I), e

as entrevistas MINI (2) e SCID-V (3). A entrevista será encerrada e será solicitado ao paciente que aguarde a comunicação do pesquisador auxiliar, comunicando se ele poderá participar ou não da pesquisa, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Na terceira etapa, os participantes que preencheram os critérios de inclusão serão contactados novamente, para um segundo encontro online com o pesquisador auxiliar, que lhe encaminhará links com diversos questionários para serem preenchidos através do Google Formulários. A quarta etapa será composta pelas sessões de psicoterapia. O participante, portanto, dará continuidade à pesquisa com outro profissional, que será chamado aqui de psicoterapeuta. É previsto que os participantes frequentem um total de 16 sessões semanais online, com duração aproximada de 50 minutos. A quinta etapa será através de follow-up após o primeiro e o sexto mês do término das sessões de psicoterapia, com o pesquisador auxiliar que entrevistou inicialmente o participante. Critério de Inclusão: Sujeitos entre 18 e 65 anos, de ambos os sexos, não havendo critérios diagnósticos préestabelecidos, a não ser para os critérios de exclusão listados na próxima sessão. Critério de Exclusão: Sujeitos que não aceitem participar da pesquisa e/ou que não concordarem em participar no Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE). Os participantes poderão estar em uso de medicações concomitantes e em acompanhamento psiquiátrico, desde que iniciadas há pelo menos dois meses. Serão excluídas pessoas com Transtornos de Personalidade, Transtornos Psicóticos, Tentativas de Suicídio nos últimos 2 meses e histórico de abuso de substâncias. Não poderão estar realizando outro tratamento psicoterápico no momento da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Estudar os efeitos da intervenção da Terapia Focada nas Emoções, através de instrumentos e inventários específicos.

Objetivo Secundário: 1 - Descrever e comparar os resultados dos inventários utilizados, antes e após a intervenção. 2 - Descrever e estudar associações entre as medidas coletadas através dos inventários e o perfil social, econômico e cultural dos participantes. 3 - Avaliar a percepção do

Endereço: JOAO LUIS ALVES

Bairro: URCA

CEP: 22.291-090

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2588-2297

E-mail: cep@ccfex.eb.mil.br



Continuação do Parecer: 4.680.858

paciente sobre a importância do conteúdo das sessões e o impacto das intervenções nas sessões de psicoterapia. 4 - Avaliar a percepção do terapeuta sobre a importância do conteúdo das sessões e o impacto das intervenções nas sessões de psicoterapia. 5 - Comparar as percepções do paciente e do terapeuta sobre a importância do conteúdo das sessões e o impacto das intervenções nas sessões de psicoterapia. 6 - Relacionar e descrever os processos observados nas sessões de terapia com os resultados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com os pesquisadores, "os riscos em participar dessa pesquisa, poderão estar relacionados à: desconforto com material emocional mobilizador durante às sessões de psicoterapia. Constrangimento no preenchimento dos questionários."

O pesquisador adicionou, de acordo com a solicitação do último parecer, os riscos relacionados à realização de pesquisas no ambiente virtual, bem como como faria a gestão desse risco.

De acordo com os pesquisadores: "Quanto aos riscos relacionados à pesquisa em ambiente virtual, o pesquisador não terá acesso a nenhum tipo de informação que não seja fornecida pelo participante.

Apesar de existirem riscos relacionados ao uso de qualquer informação na internet bem como limites para assegurar total privacidade das informações, o pesquisador procurará minimizá-los ao máximo. Nada ficará gravado em dispositivos na nuvem. Todos os questionários e sessões gravadas, serão baixados no computador do pesquisador e os registros virtuais serão imediatamente apagados. Não haverá levantamento de dados a respeito dos computadores dos participantes da pesquisa. A plataforma de gravação a ser utilizada nos encontros será a plataforma zoom e as sessões serão realizadas com link de acesso com senha. Uma vez respondidos os questionários online pelo participante, o pesquisador irá apagar os registros virtuais mantendo apenas os dados no computador a ser utilizado para o processamento dos dados. Além disso, não haverá levantamento de dados a respeito dos computadores dos participantes da pesquisa.

A ferramenta a ser utilizada para os encontros online é a plataforma zoom. Ela não terá custo algum para o participante. O pesquisador enviará um link com senha para o acesso às reuniões, de forma a garantir a segurança e privacidade. As gravações das sessões também serão armazenadas no computador do pesquisador, no intuito de zelar pela confidencialidade das informações e evitar seu uso em ambientes virtuais."

Os benefícios em participar dessa pesquisa, poderão estar relacionados à: maior compreensão das



CENTRO DE CAPACITAÇÃO
FÍSICA DO EXÉRCITO / CCFEX



Continuação do Parecer: 4.680.858

emoções e dos comportamentos. Desenvolvimento de procedimentos de regulação das emoções e do estresse para o manejo adequado deles. Construção de novas narrativas a partir das vivências e insights favorecidos pela psicoterapia. Compreensão dos processos internos que levam ao desenvolvimento e manutenção de sintomas de ansiedade, depressão e outros que impactem na qualidade de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conferir item Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Conferir item Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O(a) pesquisador (a) atendeu a todas as solicitações do parecer consubstanciado anterior.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o item X.1.3.b, da Resolução CNS n. 466/12, o pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais e final - a contar da data de aprovação do protocolo - que permitam ao CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos. Esses relatórios devem conter as informações sucintas conforme modelo que se aplique (parcial ou final), bem como deve haver menção ao período a que se referem. Para cada relatório, deve haver uma notificação separada. As informações contidas nos relatórios parciais devem ater-se ao período correspondente e não a todo o período da pesquisa até aquele momento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1690098.pdf	15/04/2021 14:29:43		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/04/2021 14:29:07	Marco Aurélio Mendes	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Respostas_Pendencias_CEP_CCFEX_04_2021.pdf	15/04/2021 14:28:49	Marco Aurélio Mendes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Terapia_focada_nas_emocoes_mendes_norte_04_2021.pdf	15/04/2021 14:22:41	Marco Aurélio Mendes	Aceito

Endereço: JOAO LUIS ALVES

Bairro: URCA

CEP: 22.291-090

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2588-2297

E-mail: cep@ccfex.eb.mil.br



Continuação do Parecer: 4.680.858

Investigador	Terapia_focada_nas_emocoes_mendes_norte_04_2021.pdf	15/04/2021 14:22:41	Marco Aurélio Mendes	Aceito
Folha de Rosto	tfe.pdf	23/01/2021 12:29:31	Marco Aurélio Mendes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 29 de Abril de 2021

Assinado por:
Miriam Raquel Meira Mainenti
(Coordenador(a))

ANEXO F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Informações aos participantes

Título do estudo: Repercussões e Efeitos da Intervenção Psicoterápica com a Terapia Focada nas Emoções no Contexto Brasileiro

1) Convite:

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa Repercussões e Efeitos da Intervenção Psicoterápica com a Terapia Focada nas Emoções no Contexto Brasileiro. Antes de decidir se participará, é importante que você entenda por que o estudo está sendo realizado e o que ele envolverá. O projeto prevê atendimentos em psicoterapia, que podem ser realizadas no formato online (através da internet) ou presencial. Uma vez escolhido o formato (online ou presencial), ele precisará ser o mesmo durante todas as sessões. O atendimento presencial só acontecerá quando as autoridades sanitárias declararem que o país não está em risco para contaminação entre as pessoas. Reserve um tempo para ler cuidadosamente as informações a seguir e faça perguntas se algo não estiver claro ou se quiser mais informações. Não tenha pressa de decidir se deseja ou não participar desta pesquisa.

2) O que é o projeto?

O projeto consiste em atendimentos em 16 sessões de psicoterapia por videoconferência, através da abordagem Terapia Focada nas Emoções. Este modelo trabalha diretamente com as emoções, auxiliando os clientes a acessá-las para então transformá-las, tendo se revelado eficaz na melhora da qualidade de vida dos pacientes. Não existem ainda pesquisas sobre a utilização da Terapia Focada nas Emoções no Brasil. Neste sentido, entendemos ser necessário estudos que permitam compreender a efetividade destas intervenções.

3) Qual é o objetivo do estudo?

O projeto visa verificar o impacto das intervenções terapêuticas utilizando a Terapia Focada nas Emoções. O estudo investiga a qualidade de vida, nos sintomas apresentados e na capacidade de regulação emocional dos pacientes.

4) Por que eu fui escolhido(a)?

Estamos convidando voluntariamente pessoas entre 18 e 65 anos de idade e que entendam que possam se beneficiar de sessões de psicoterapia para a melhora da sua capacidade de regular o estresse, as emoções e melhorar sua qualidade de vida.

5) Eu tenho que participar?

Você é quem decide se gostaria de participar ou não deste estudo/pesquisa. Se decidir participar do projeto, você deverá apenas marcar na opção SIM, ao final deste formulário. Se não quiser participar, não haverá nenhum problema em desistir. Mesmo se você decidir participar, você tem a liberdade de se retirar das atividades a qualquer momento, sem qualquer justificativa. Isso não afetará em nada sua participação em demais atividades e não causará nenhum prejuízo.

6) que acontecerá comigo se eu participar? O que eu tenho que fazer?

As pesquisas mostram que a Terapia Focada nas Emoções é uma forma de psicoterapia que auxilia na qualidade de vida, na capacidade de controle e regulação das emoções. O que você precisa fazer para participar é simplesmente comparecer as 16 sessões de terapia por videoconferência.

7) O que é exigido de mim nesse estudo?

Uma vez que você concorde em participar da pesquisa, acontecerá um encontro online com um pesquisador no qual serão aplicados questionários para coletar informações sobre você, como idade, estado civil, doenças pregressas, características sobre sua saúde, entre outros tópicos. Após esta etapa inicial, você deve aguardar o comunicado sobre se poderá ou não participar da pesquisa. Isto

deve acontecer em até 5 dias úteis. Caso não possa, te encaminharemos para serviços de psicologia gratuitos existentes em nossa cidade. Se você puder participar, acontecerá uma segunda entrevista online na qual o pesquisador lhe convidará para preencher 5 questionários online e também realizará uma entrevista com perguntas específicas para a definição dos problemas centrais em sua vida. Este encontro não deve durar mais que uma hora e meia. No momento seguinte da pesquisa, acontecerão as sessões de psicoterapia. Você será atendido por um profissional psicólogo qualificado durante 16 sessões, com duração aproximada de 50 minutos. Após cada sessão, você preencherá um questionário sobre o que aconteceu na terapia. Após a quarta, oitava, décima segunda e última sessão, preencherá um questionário sobre a qualidade da relação com o seu terapeuta. Na última sessão, haverá dois questionários específicos adicionais para tentar entender os seus processos de mudança em terapia, caso eles tenham ocorrido. Mais dois encontros online ficarão marcados após o primeiro e o sexto mês do final das sessões de terapia. Neles, você será convidado a preencher mais alguns questionários e a realizar uma entrevista para que possamos entender o impacto das sessões em sua vida.

8) Eu terei alguma despesa ao participar da pesquisa?

Não.

9) Quais são os eventuais riscos ao participar do estudo?

De acordo com as Resoluções 466 e 510 do Conselho Nacional de Saúde, todas as pesquisas envolvem riscos, ainda que mínimos. Os riscos envolvidos são os riscos que envolvem fazer psicoterapia como a possível mobilização emocional diante de temas da sua vida que possam ser desconfortáveis para você. O psicoterapeuta que estiver com você é um profissional treinado para te ajudar caso este tipo de situação aconteça.

Quanto aos riscos relacionados à pesquisa em ambiente virtual, o pesquisador não terá acesso a nenhum tipo de informação que não seja fornecida pelo participante.

Apesar de existirem riscos relacionados ao uso de qualquer informação na internet bem como limites para assegurar total privacidade das informações, o pesquisador procurará minimizá-los ao máximo. Uma vez respondidos os questionários online pelo participante, o pesquisador irá apagar os registros virtuais mantendo apenas os dados no computador a ser utilizado para o processamento dos dados. Além disso, não haverá levantamento de dados a respeito dos computadores dos participantes da pesquisa. A ferramenta a ser utilizada para os encontros online é a plataforma zoom. Ela não terá custo algum para o participante. O pesquisador enviará um link com senha para o acesso às reuniões, de forma a garantir a segurança e privacidade. As gravações das sessões também serão armazenadas no computador do pesquisador, no intuito de zelar pela confidencialidade das informações e evitar seu uso em ambientes virtuais.

10) Quais são os possíveis benefícios de participar?

Os benefícios são a melhora na sua qualidade de vida, na maior aceitação e controle do estresse e das suas emoções, e na diminuição de sintomas de depressão caso você os tenha.

11) O que acontece quando o estudo termina?

Você será informado do resultado da pesquisa ao final dela e também do seu resultado ao final. Seu nome não será identificado em nenhum lugar.

12) E se algo der errado?

Caso você não se sinta confortável, poderá sair da pesquisa ou retirar o consentimento para a utilização dos seus dados, a qualquer momento que precisar, não havendo nenhum tipo de impedimento, prejuízo ou a necessidade de qualquer justificativa.

13) Minha participação neste estudo será mantida em sigilo?

Sim. O sigilo será obrigatório. Não haverá a divulgação do seu nome em nenhum momento. Os dados da pesquisa serão utilizados sem o nome de nenhum dos participantes. É necessário que você guarde uma cópia deste documento imprimindo ou salvando uma cópia deste arquivo para que possa consultá-la sempre que tiver qualquer dúvida ou julgar necessário. Este documento está assinado pelo pesquisador responsável, o psicólogo Marco Aurélio Mendes da Silva (CRP 0531952)

14) Contato para informações adicionais

Dados do(a) pesquisador(a) responsável: Marco Aurélio Mendes

Tel: (21) 988830172 Email: tfebrasil@gmail.com ; Dados da Instituição Proponente.TFE Brasil.

Dados do CEP: Centro de Capacitação Física do Exército / CCFEX – Rua João Luís Alves, Urca, Rio de Janeiro – Email: cep@ccfex.eb.mil.br – Telefone: (21) 2586- 2297.

O Comitê de Ética em Pesquisa é um colegiado responsável pelo acompanhamento das ações deste projeto em relação a sua participação, a fim de proteger os direitos dos participantes desta pesquisa e prevenir eventuais riscos.

15) Remunerações financeiras

Nenhum incentivo ou recompensa financeira está previsto pela sua participação nesta pesquisa. Obrigado por ler estas informações. Se deseja participar deste estudo, assine este Registro de Consentimento Livre e Esclarecido e devolva-o ao(à) pesquisador(a). Você deve guardar uma via deste documento para sua própria garantia.

I – Confirmo que li e entendi as informações sobre o estudo acima e que tive a oportunidade de fazer perguntas.

II – Entendo que minha participação é voluntária e que sou livre para retirar meu consentimento a qualquer momento, saindo da pesquisa quando quiser, sem precisar dar explicações, e sem sofrer prejuízo ou ter meus direitos afetados. Tenho o total direito de deixar de responder quaisquer das perguntas que me forem feitas, seja nos questionários a serem preenchidos ou mesmo perguntas feitas diretamente pelo pesquisador, sem necessidade de dar nenhuma explicação sobre o assunto.

III – Concordo em participar da pesquisa acima. () SIM () NÃO

Rio de Janeiro, __de __de ____

Assinatura do participante ou responsável legal

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'M' and 'A' intertwined, with a horizontal line crossing through the middle.

Assinatura do pesquisador responsável Marco Aurélio Mendes (CRP 05/31952)

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

Dados de identificação do paciente

Nome: _____

Data do Nascimento: _____ () Prefere não informar

Idade: _____ anos () Prefere não informar

Sexo: () Masc. () Fem. () Prefere não informar

Caso deseje informar, das opções citadas, qual entende ser a sua cor ou raça?

() Branco () Pardo () Negro () Prefere não informar

Endereço : _____

Telefones : _____

Dados socioeconômicos

Situação profissional : () Empregado () Desempregado () Sem emprego fixo (“bicos”) () Prefere não informar

Renda familiar: () Até 2 SM () Mais de 2 até 4 SM

() Mais de 4 até 6 SM () 7 SM ou mais () Prefere não informar

Constituição familiar: () Casado () Solteiro () Separado () Prefere não informar

Vive com os pais: () Sim () Não () Prefere não informar

Se vivos, qual a idade dos pais? (se não quiser informar, pode deixar em branco)

Se casado, vive com outros membros da família ou da família do cônjuge: () Sim () Não () Prefere não informar

Número de pessoas no domicílio: () Até 3 () 4 até 5 () Mais de 5 () Prefere não informar

Número de filhos: () Nenhum () Até 2 () Mais de 2 () Prefere não informar

Situação de moradia: () Própria () Aluguel () Cedido () Outros () Prefere não informar

Grau de instrução: () Fundamental incompleto () completo () médio completo () superior completo () Prefere não informar

Qual a sua Jornada de trabalho em número de horas na semana?

() até 20 horas () 20 a 30 horas () de 30 a 40 horas () acima de 40 horas () Prefere não informar

Possui alguma doença crônica () Sim () Não () Prefere não informar

Qual? (pode deixar em branco caso fundamental prefira não informar)

Faz tratamento para alguma doença atualmente? () Sim () Não () Prefere não informar

Utiliza medicação psiquiátrica? () Sim () Não () Prefere não informar

Se sim, qual medicação e dosagem? (pode deixar em branco, caso prefira não informar)

Fez Psicoterapia anteriormente () Sim () Não () Prefere não informar

Se sim , por quanto tempo () menos de 6 meses () mais de 1 ano () Prefere não informar

Se sim, quando parou de fazer terapia () menos de 6 meses () mais de 1 ano () Prefere não informar