

Terapia baseada em processos para luto complicado na prática clínica

Process-based Therapy for Complicated Grief in Clinical Practice

Terapia Basada en Procesos para el Duelo Complicado en la Práctica Clínica

Jéferson Pereira Batista¹, Maria José Nunes Gadelha¹

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Psicologia – Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi – Santa Cruz – Rio Grande do Norte – Brasil.

RESUMO

O luto complicado (LC) é um fenômeno complexo influenciado por fatores individuais, culturais e sociais. Devido à sua natureza diversificada, abordagens transdiagnósticas podem oferecer melhores resultados no tratamento. Nesse contexto, a terapia baseada em processos (PBT) é um modelo transdiagnóstico que orienta intervenções focadas nos processos de mudança. Assim, este artigo visou investigar a aplicabilidade da heurística da PBT e descrever uma intervenção psicoterapêutica baseada na terapia cognitivo-comportamental (TCC) para tratamento de processos relacionados ao LC. O estudo, de caráter analítico e descritivo, conduzido em 2022, contou com a participação de uma mulher de 33 anos que passava por processos de LC, com avaliações pré, durante e pós-intervenção. Foram utilizados a Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (DERS-16), Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) e o Questionário de Qualidade de Vida da OMS – versão reduzida (WHOQOL-BREF). Ao final da intervenção, foram observadas redução nos escores da DERS-16 (“Não aceitação”, “Estratégias” e “Clareza”) e da DASS-21 (“Depressão” e “Ansiedade”), e aumento nos escores do WHOQOL-BREF (“Psicológico”, “Relações sociais” e “Ambiental”). Este estudo demonstra a viabilidade e perspectivas futuras para a aplicação da heurística da PBT e para a prevenção e o tratamento de processos relacionados ao LC.

Palavras-chave: Terapia cognitivo-comportamental. Luto. Regulação emocional.

ABSTRACT

Complicated grief (CG) is a complex phenomenon influenced by individual, cultural, and social factors. Due to its diverse nature, transdiagnostic approaches may offer better treatment outcomes. In this context, Process-Based Therapy (PBT) is a transdiagnostic model that guides interventions focused on change processes. Thus, this article aimed to investigate the applicability of the PBT's heuristic and describe a psychotherapeutic intervention based on Cognitive Behavioral Therapy (CBT) for the treatment of CG-related processes. A descriptive and analytical study was conducted in 2022 and involved a 33-year-old woman experiencing CG, with pre-, mid-, and post-intervention assessments. The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-16), the Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21), and the World Health Organization Quality of Life Questionnaire-Short Form (WHOQOL-BREF) were used. As a result of the intervention, reductions were observed in DERS-16 scores (“Nonacceptance”, “Strategies”, and “Clarity”) as well as in DASS-21 scores (“Depression” and “Anxiety”). In addition, increases in WHOQOL-BREF scores (“Psychological”, “Social Relationships”, and “Environmental”). This study demonstrates the feasibility and future prospects for applying the PBT's heuristic in the prevention and treatment of CG-related processes.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy. Grief. Emotional regulation.

Correspondência:

Jéferson Pereira Batista.

E-mail: jeferson.batista@ufrn.br



RESUMEN

El duelo complicado (DC) es un fenómeno complejo influenciado por factores individuales, culturales y sociales. Debido a su naturaleza diversa, los enfoques transdiagnósticos pueden ofrecer mejores resultados en su tratamiento. En este contexto, la Terapia Basada en Procesos (TBP) es un modelo transdiagnóstico que orienta las intervenciones centradas en los procesos de cambio. Este artículo tiene como objetivo investigar la aplicabilidad de la heurística de la TBP y describir una intervención psicoterapéutica basada en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para el tratamiento de procesos relacionados con el DC. El estudio, de carácter analítico y descriptivo, llevado a cabo en 2022, contó con la participación de una mujer de 33 años que estaba atravesando procesos de DC, con evaluaciones antes, durante y después de la intervención. Se utilizaron la Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS-16), la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) y el Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS – versión reducida (WHOQOL-BREF). Al final de la intervención, se observaron puntuaciones más bajas en la DERS-16, DASS-21 y puntuaciones más altas en el WHOQOL-BREF. Este estudio demuestra la viabilidad de aplicar la heurística de la TBP en la prevención y tratamiento de procesos relacionados con el DC.

Palabras clave: Terapia Cognitivo-Conductual. Pesar. Regulación Emocional.

Destaques de impacto clínico

- A aplicação da heurística da terapia baseada em processos (PBT, do inglês process-based therapy) demonstrou ser viável em um contexto não controlado e dinâmico, no qual as variáveis estiveram em constante mudança.
- A PBT pode apoiar a tomada de decisão clínica, permitindo integrar sistematicamente técnicas e estratégias de diversas perspectivas do campo da terapia cognitivo-comportamental (TCC).
- Houve redução nos níveis de desregulação emocional e sintomatologia psiquiátrica, e aumento na qualidade de vida da paciente em questão.
- Os núcleos de tratamento “regulação emocional”, “ativação comportamental”, “reavaliação cognitiva”, “desenvolvimento de valores e aspirações” e “aceitação psicológica” podem ser centrais no tratamento de processos desadaptativos relacionados ao luto complicado (LC).

O luto é um processo natural e adaptativo, ativado em resposta a um estressor, mas seu fluxo pode ser alterado e desencadear um episódio prejudicial à vida do sujeito se se tornar LC (Stefano *et al.*, 2021). O LC é um fenômeno complexo, atravessado por fatores individuais (personalidade, presença de transtorno mental ou características específicas do evento da perda), culturais (crenças coletivas que afetam a expressão do luto) e sociais (apoio social) (Boelen *et al.*, 2006). Esse processo demonstra estar relacionado à sintomatologia dos transtornos depressivos e ansiosos, com preocupação e ruminação, comportamento evitativo, dor emocional intensa e dificuldades para retomar atividades habituais (Boelen *et al.*, 2006). Conforme a American Psychiatric Association ([APA], 2023), diferencia-se por estar relacionado à pessoa falecida, com sofrimento clinicamente significativo ou prejuízos no funcionamento em diversas áreas da vida.

O LC tem sido um ponto de atenção no desenvolvimento de tratamentos no campo da TCC (Boelen *et al.*, 2006; Doering & Eisma, 2016), que também vem construindo abordagens transdiagnósticas (Hofmann *et al.*, 2021; Ong *et al.*, 2022; Schaeuffele *et al.*, 2024). Dessa forma, em decorrência da diversidade e amplitude da experiência do LC, essas abordagens, personalizadas e focadas nos mecanismos de mudança, podem beneficiar o tratamento. Uma delas é a PBT,

que aparece não como uma nova terapia, mas como uma proposta de repensar a organização das práticas baseadas em evidências e dos modelos psicodiagnósticos, propondo a superação da perspectiva protocolar e sindrômica ao basear-se em histórias individuais e em análises funcionais para formular tratamentos (Hofmann *et al.*, 2021; Moskow *et al.*, 2023).

A PBT busca integrar e sistematizar as perspectivas cognitivistas e comportamentais por meio do Metamodelo Evolucionário Estendido (EEMM), que inclui uma abordagem idiográfica (método de análise do sujeito e de seu funcionamento em suas relações intraindividuais), com análises multidimensionais e multiníveis do indivíduo, orientadas e conectadas a princípios evolucionistas para atingir processos-alvo de mudança (Hayes *et al.*, 2020, 2022). Esses princípios são: variação (modificação do repertório comportamental diante das demandas situacionais), seleção (eleição de um comportamento conforme o contexto), retenção (manutenção do comportamento no repertório) e contexto (circunstância que afeta a seleção e a retenção do comportamento), associados às dimensões (aspectos específicos selecionados e retidos em diferentes domínios, como no domínio psicológico – cognição, afeto, atenção, *self*, motivação e comportamento explícito) e aos níveis (relação dos mecanismos de seleção e retenção em uma

organização ampla, sociocultural ou biofisiológica; veja Hayes et al., 2020, 2022; Hofmann et al., 2021, para mais detalhes).

Apesar de a PBT estar em seus momentos iniciais e ter propostas de pesquisas sobre a efetividade de sua heurística, com base nas evidências científicas já existentes, ela organiza os núcleos de tratamentos, que são elementos-chave identificados nos módulos de protocolos já constituídos para atuar como mediadores de mudanças no tratamento (veja Hayes & Hofmann, 2020; Hayes et al., 2022; Hofmann et al., 2021; Ong et al., 2022, para mais detalhes). Diante do exposto acerca das dificuldades enfrentadas no tratamento do LC, o presente trabalho tem por objetivo investigar a aplicabilidade da heurística da PBT e descrever uma intervenção psicoterapêutica baseada na TCC para tratamento de processos relacionados ao LC.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa com abordagem analítica e descritiva, com avaliação pré, durante e pós-intervenção de um caso clínico, realizada em 2022 no Serviço-Escola de Psicologia Aplicada (SEPA) da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA), *campus* vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Local (CAAE nº 64890922.5.0000.5568).

PROCEDIMENTOS

A seleção do paciente para a intervenção foi realizada por técnicos do SEPA via lista de espera do acolhimento para triagem. Nele, foram utilizados critérios de elegibilidade para participação: buscar o SEPA para psicoterapia, consentir em ser tratado por estagiário e estar disponível para os atendimentos semanalmente de acordo com a agenda da instituição. Os critérios de exclusão foram: buscar o serviço para avaliação psicológica ou neuropsicológica, para orientação profissional e para plantão psicológico.

O protocolo de avaliação envolveu a aplicação presencial dos instrumentos de pesquisa no momento pré-intervenção, na 8ª sessão (avaliação intermediária) e pós-intervenção, ao fim de todo o processo. A frequência das sessões foi semanal, com duração máxima de 50 minutos. A intervenção agregou técnicas de abordagens do campo da TCC, como a TCC beckiana, ativação comportamental (AC), terapia de aceitação e compromisso (ACT), terapia comportamental dialética (DBT) e terapia do esquema (TE). O estagiário foi supervisionado semanalmente por uma docente do curso de psicologia da instituição.

A conceitualização e a análise funcional foram baseadas nas informações coletadas no acolhimento e nos escores dos instrumentos. Para a definição dos alvos de tratamento, foram esboçadas redes de processos (ver subseção Conceitualização e rede de processos) e, a partir disso, definidos, com base na literatura (Beck, 2021; Boelen et al., 2006; Eisma & Stroebe, 2021; Hayes & Hofmann, 2020; Hofmann et al., 2021;

Karangoda et al., 2021; Leahy et al., 2013; Linehan, 1997; Luoma et al., 2022), os núcleos de tratamento a serem integrados. Os núcleos foram integrados e ajustados conforme novos dados eram incluídos. Para avaliação dos resultados da intervenção, foram comparados os escores individuais e as classificações em cada momento da coleta, agregando percepções qualitativas.

INSTRUMENTOS

Para coleta de dados, mensuração do progresso e avaliação dos aspectos emocionais, foram utilizados questionários e escalas, entre eles, as fichas de acolhimento e sociodemográfica do SEPA, compostas por questões sociodemográficas (idade, sexo, estado civil) e clínicas (comprometimentos físicos e psicológicos, uso de substâncias tóxicas). Os instrumentos utilizados estão descritos a seguir.

A Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (DERS-16; Bjureberg et al., 2016) avalia níveis de desregulação emocional, com consistência interna elevada para amostra brasileira nas cinco dimensões avaliadas: “Não aceitação” ($\alpha = 0,81$), “Objetivos” ($\alpha = 0,86$), “Impulsos” ($\alpha = 0,80$), “Estratégias” ($\alpha = 0,87$) e “Clareza” ($\alpha = 0,82$) (Miguel et al., 2016). A Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 2004) avalia a sintomatologia psiquiátrica, apresentando consistência interna adequada para a realidade brasileira nas subescalas de depressão ($\alpha = 0,94$), ansiedade ($\alpha = 0,86$) e estresse ($\alpha = 0,90$) (Vignola & Tucci, 2014). O Questionário de Qualidade de Vida da OMS – versão reduzida (WHOQOL-BREF; WHOQOL Group, 1998) avalia a percepção subjetiva de qualidade de vida em quatro domínios (físico, psicológico, social e ambiental), apresentando características satisfatórias de consistência interna para a população brasileira ($\alpha = 0,77$) (Fleck et al., 2000).

DESCRIÇÃO DA PARTICIPANTE E DO APLICADOR DA INTERVENÇÃO

Maria (pseudônimo), 33 anos, é uma mulher brasileira que se identificou como parda e de orientação homossexual. Concluiu o ensino superior na área da saúde e no momento inicial da intervenção estava desempregada. O aplicador da intervenção foi um estagiário homem, de 25 anos, branco e de orientação homossexual, que cursava o último ano do curso de psicologia.

Maria buscou o SEPA quatro meses após a perda do pai. Advinda de classe social baixa, seu núcleo familiar era composto por ela, sua mãe, sua irmã e até então seu falecido pai, que se configurava como um pilar familiar desde a sustentação financeira à vinculação afetiva. A relação com a mãe foi definida como “complicada”, com conflitos e pouca vinculação afetiva, e com sua irmã, como “boa”. No momento da intervenção, Maria passava por processos que poderiam ser categorizados como Transtorno Depressivo Maior, de acordo com os critérios diagnósticos do *Manual diagnóstico*

e *estatístico de transtornos mentais* (DSM-5-TR) (APA, 2023). Todavia, este estudo não objetivou a classificação nosológica.

Embora Maria, temporalmente, estivesse vivenciando um período de luto “normal”, foi utilizada a terminologia “episódio de luto complicado (LC)” por caracterizar a vivência de processos desadaptativos e prejuízos significativos em diversos âmbitos de sua vida que eram característicos do LC. Os prejuízos foram avaliados a partir de três processos nucleares do LC (pouca integração da perda com seu conhecimento autobiográfico; crenças globais negativas e interpretações equivocadas sobre as reações do luto; e estratégias de evitação ansiosa e depressiva) descritos por Boelen *et al.* (2006). Outro motivador para tal uso foi que o termo “episódio” pode ser utilizado de forma inespecífica, podendo estar relacionado a um momento passageiro, sem caracterizar uma morbidade em si (Dalgalarondo, 2019).

O processo psicoterapêutico foi constituído de quatro blocos: I) sessões iniciais (1-3); II) sessões intermediárias (parte 1 [4-8] e parte 2 [9-20]); e III) sessões finais (21-24). As sessões intermediárias foram subdivididas em duas partes devido ao recesso institucional.

CONCEITUALIZAÇÃO E REDE DE PROCESSOS

1. Primeira conceitualização

A partir dos relatos e análises funcionais iniciais, foi possível obter um modelo de rede de processos para a tomada de decisão clínica do tratamento (Figura 1).

A análise funcional permitiu observar que a experiência afetiva de tristeza, raiva e culpa, ativada em resposta ao contexto de perda, contribuiu para uma relação complexa de variação, seleção e retenção na rede. Seu impacto levou ao isolamento, ao foco atencional em aspectos catastróficos, preocupação e ruminação excessiva sobre o futuro e a perda. Ao avaliar os antecedentes e as consequências dessas relações, a seleção da preocupação e ruminação excessiva sobre a perda e o futuro foi retida por uma crença sobre potencial resolutivo desse repertório para diminuir sua experiência afetiva e resolver questões como desemprego e necessidade de sustentação financeira. Apesar disso, esse repertório foi desadaptativo ao formar conexões de retroalimentação excitatórias sobre suas emoções, pois aumentou as relações do foco atencional para um futuro catastrófico e levou à baixa motivação para tarefas do dia a dia, intensificando a tristeza, a raiva e os sentimentos de culpa por não encontrar resolução. A raiva e a culpa em relação a si apareciam também por tentar evitar pensar na perda.

Foram identificadas outras relações funcionais, por meio da dimensão motivacional, com a evocação de aspirações para um futuro em que ela deveria honrar os esforços investidos pelo pai. Isso demonstrou variações no repertório provocadas pelo contexto e funcionalmente selecionadas como meios para lidar com a culpa, o isolamento, a ruminação e a preocupação.

Ela apresentou conexões inibitórias ao diminuir o isolamento social e potencializar a variação de comportamentos que auxiliassem a vivenciar novas situações que pudessem diminuir a intensidade emocional. No entanto, também foi alvo de conexões inibitórias. Em razão das relações inibitórias que suprimiram o direcionamento para aspirações, Maria selecionou uma regra subjacente – “tenho que ser forte” –, que foi retida por proporcionar maior motivação.

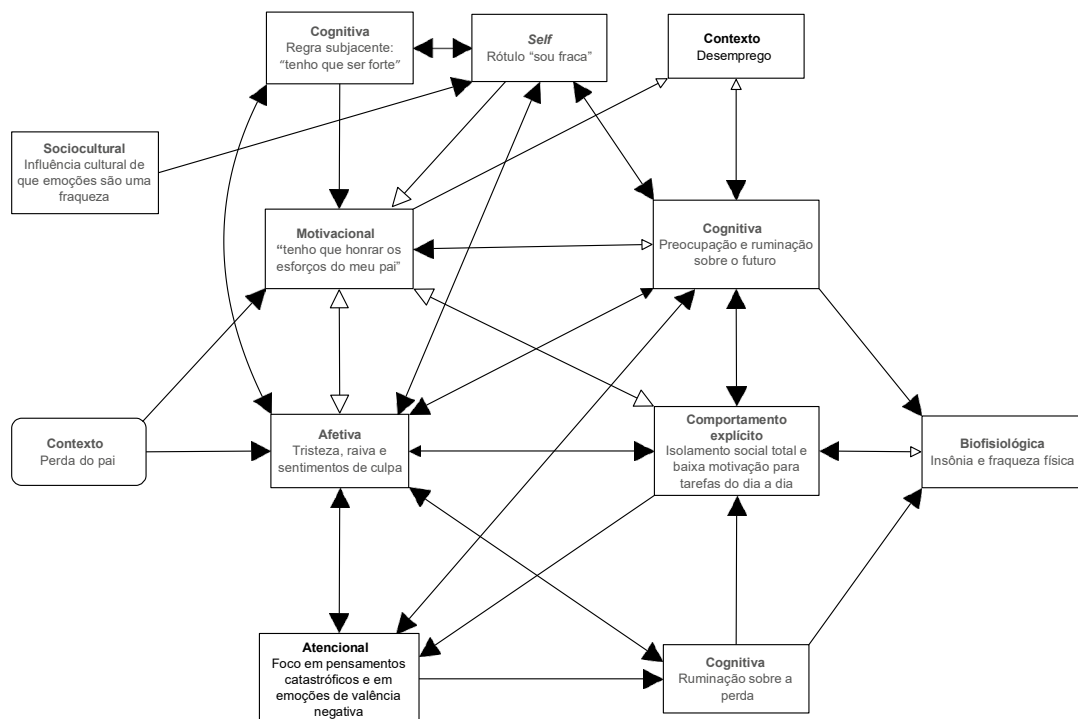
Contudo, essa regra atuou intensificando suas emoções, pois invalidou seu momento de elaboração do luto, levando ao rótulo de “fraca” por estar vivenciando emoções. Esse rótulo levou à raiva e à mais culpa, aumentou sua ruminação e preocupação, bem como a regra subjacente, de modo que quanto mais se sentia fraca, mais pensava que tinha que ser forte, formando um ciclo inflexível e desadaptativo. Ainda, o rótulo demonstrou relações negativas com sua aspiração, diminuindo sua motivação. Supõe-se que tenha sido retido por representar uma crença condicional sociocultural acerca das emoções e do luto, que postula que experienciar emoções é sinônimo de fraqueza. Por fim, Maria relatava fraqueza física decorrente da falta de alimentação. A ruminação sobre o futuro e a perda foi conectada como fator influenciador na sua insônia e na falta de desejo de alimentar-se. Supõe-se que essa dimensão auxiliou na retenção do comportamento de evitação de atividades por sentir baixa energia, que por sua vez auxiliou a não gerar desconforto ao ficar deitada.

2. Segunda conceitualização

Após diminuição da queixa e dos aspectos desadaptativos do LC, surgiram novas queixas. No entanto, o processo foi interrompido por um recesso institucional de 21 dias. No retorno, foi realizada a conceitualização de uma nova rede de processos (Figura 2) e a análise funcional para abarcar novos fatores contextuais. A Figura 2 evidencia novas dimensões que representam tanto fatores desenvolvidos na primeira parte quanto os novos.

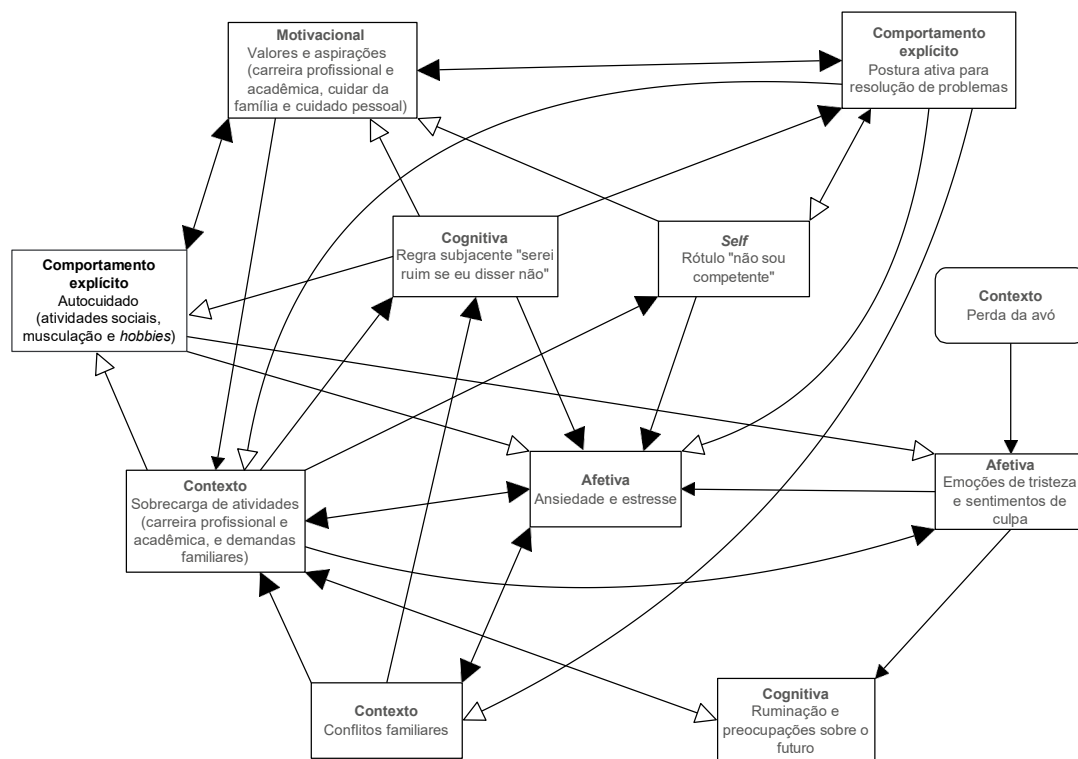
O trabalho sobre valores e aspirações desenvolvidos até então refletiu na variação do comportamento anterior de isolamento, levando à seleção de comportamentos de autocuidado e de postura ativa para a resolução de problemas, pois Maria mencionou como valores importantes a família, cuidar de si mesma e desenvolver um futuro que honrasse os esforços do pai. Essa mudança levou a conexões inibitórias e excitatórias sobre dimensões desadaptativas, pois, ao passo que reduziu o isolamento, ela buscou desenvolver projetos acadêmicos em uma instituição de ensino superior, investir no seu consultório clínico como profissional da saúde autônoma, além de assumir o papel de mediadora na resolução de conflitos e demandas familiares, gerando sobrecarga de atividades.

A sobrecarga, somada aos conflitos familiares regulares com a mãe, gerou conexões excitatórias com processos desadaptativos na rede. Por trás do grande número de



Nota. Retângulos retos representam dimensões mediadoras suscetíveis a mudanças, e retângulos arredondados representam moderadores, fatos contextuais que não mudarão. Setas representam as relações. O tamanho das pontas representa a magnitude hipotética da relação, com setas maiores representando relações mais fortes. Setas opacas representam relações positivas/excitatórias e setas transparentes, relações negativas/inibitórias.

Figura 1. Rede de processos conceitualizada no início da intervenção.



Nota. Retângulos retos representam dimensões mediadoras suscetíveis a mudanças, e retângulos arredondados representam moderadores, fatos contextuais que não mudarão. Setas representam as relações. O tamanho das pontas representa a magnitude hipotética da relação, com setas maiores representando relações mais fortes. Setas opacas representam relações positivas/excitatórias e setas transparentes, relações negativas/inibitórias.

Figura 2. Rede de processos conceitualizada na parte 2 das sessões intermediárias.

atividades havia a regra subjacente “serei ruim se disser não” e o rótulo “não sou competente”. O primeiro foi selecionado pelo conflito constante entre dedicar-se às suas responsabilidades profissionais, acadêmicas e demandas familiares. O segundo foi escolhido devido ao fato de não conseguir dar conta de todas as atividades de acordo com seus ideais. Desse modo, os fatores contextuais participaram de um extenso ciclo de relações excitatórias mal-adaptativas, que ainda influenciaram negativamente o comportamento de autocuidado, devido à necessidade de renunciar a tarefas para dar conta de todas as outras. O contexto de sobrecarga ainda foi suposto por ser retido por proporcionar correlações negativas com padrões de ruminação e preocupação sobre o futuro, ou seja, ela visualizava que, quanto maior o envolvimento em tarefas, mais preparada estaria para um futuro adverso, diminuindo a necessidade de se preocupar.

Ademais, destaca-se a presença da elaboração do luto do pai, ainda com tristeza, raiva e culpa. Nesse momento, Maria passou por outra perda familiar, o que intensificou esses sentimentos, levando a conexões excitatórias, aumentando a ruminação, a preocupação, a ansiedade e o estresse que vinha vivenciando. Entretanto, por meio da análise funcional, foi avaliado que os aspectos afetivos decorrentes do luto não estavam acarretando prejuízos como anteriormente, uma vez que Maria demonstrou o manejo adaptativo empregando estratégias para regulação emocional (RE) desenvolvidas no início da intervenção. No entanto, as influências do luto ainda foram consideradas.

AVALIAÇÃO DA REDE E PLANO DE TRATAMENTO

Ao avaliar a rede (Figura 1), foi postulado que, especificamente, a sub-rede composta pelas dimensões afetiva, comportamento explícito e cognitiva estava se configurando como mediadora de ciclos de retroalimentação para processos desadaptativos no quadro geral e levando à desregulação emocional intensa. A RE é um construto transdiagnóstico e mediador de processos em diversas psicopatologias (Hofmann *et al.*, 2021). A utilização de estratégias desadaptativas para RE têm papel importante na manutenção do LC (Eisma & Stroebe, 2021). Então, o plano inicial, em acordo com os objetivos primários de Maria (diminuir a intensidade dos aspectos emocionais e voltar à atividade do dia a dia), foi direcionado para a RE. Para isso, foram inseridas técnicas e estratégias relativas à TE (ver Tabela 1), que é um modelo psicoterápico que foca nas crenças do indivíduo que interferem na experiência das emoções (Leahy, 2019).

Nas sessões intermediárias, tendo em vista que no LC pode-se perder de vista valores e aspirações, por estarem conectados à figura perdida (Boelen *et al.*, 2006), trabalhou-se sobre a identificação e o desenvolvimento desses aspectos para auxiliar no alinhamento e no desenvolvimento de novas perspectivas e sentidos de vida. Na primeira parte, o trabalho com valores foi aliado a estratégias de AC, postulada como

potencial para promover mudanças adaptativas, apresentando evidências para diversas condições, sendo uma delas o LC (Eismar & Stroebe, 2021; Karangoda *et al.*, 2021).

A AC foi inserida após a redução da frequência de padrões cognitivos desadaptativos, da intolerância à experiência emocional e da indisposição. Sua introdução objetivou potencializar ações significativas e comprometidas com os valores, atuando sobre relações que formam a sub-rede composta pelas dimensões motivacional, cognitiva (ruminação e preocupação excessiva), comportamento explícito e *self* (Figura 1), uma vez que eles mediavam relações desadaptativas que a influenciavam negativamente no exercício de atividades prazerosas e direcionadas aos seus valores.

Devido aos padrões cognitivos desadaptativos ativos, foi focado também o trabalho para a modificação de crenças nucleares que geravam padrões cognitivos e comportamentais desadaptativos, tanto na primeira parte das sessões intermediárias quanto na segunda. Trabalhar com crenças nucleares pode gerar modificações nos esquemas cognitivos (Beck, 2021), desenvolvendo novos esquemas adaptativos, mais adequados ao contexto.

Na segunda parte, o trabalho de reavaliação cognitiva de crenças foi suposto para atingir a sub-rede formada pelas dimensões cognitivas e *self* (Figura 2), acarretando benefícios indiretos para outras dimensões, pois diminuir padrões cognitivos desadaptativos está relacionado a mudanças comportamentais e emocionais (Clark, 2022). Outro fator a ser mencionado é que, no luto, as habilidades sociais podem estar prejudicadas, gerando déficits no repertório comportamental para lidar com situações sociais (Basso & Wainer, 2011). Portanto, integrar os módulos (“dizer não” e “fazer e receber críticas”) de treinamento de habilidades sociais (THS) (Caballo, 2003) auxiliou na promoção de relações saudáveis e assertivas ao promover recursos para enfrentar fatores contextuais, como os conflitos familiares.

Outros mediadores integraram a intervenção de forma secundária nesses núcleos nos dois momentos, sendo eles: modelagem, por meio do reforçamento diferencial de comportamentos até a apresentação do comportamento-alvo; controle de estímulos, que possibilitou o aumento da frequência de comportamentos-alvo na presença de um estímulo específico; e cultivo da aceitação psicológica, exercitando uma postura aberta, não julgadora e flexível em relação a emoções e sentimentos por meio de técnicas e estratégias descritas na Tabela 1. Eismar e Stroebe (2021) apontam um potencial de intervenções baseadas em *mindfulness*, mas Maria não demonstrou afinidade. Embora tratados separadamente para fins didáticos, todos os mediadores foram considerados de forma relacional no raciocínio clínico.

DESCRIÇÃO DAS SESSÕES

Foram realizada 24 sessões de psicoterapia na modalidade presencial por um estagiário do SEPA/FACISA. Ao

longo do processo, houve três faltas. A Tabela 1 apresenta os objetivos e as ferramentas utilizadas de acordo com as sessões.

No início da intervenção (sessões 1 a 3), estabeleceu-se como estratégia a postura compassiva sobre o contexto, visando gerar conexão, uma boa relação terapêutica e abertura para, futuramente, haver colaboração sobre exercícios e planos terapêuticos, como confrontar crenças e pensamentos desadaptativos sobre a experiência emocional. Foram utilizadas técnicas e exercícios de validação compassiva, assim como psicoeducação para levar à compreensão e à normalização da experiência emocional vivenciada (ver Tabela 1).

Ainda nas sessões iniciais, buscou-se ampliar a compreensão das inter-relações de estímulos disparadores e reforçadores de padrões cognitivos e comportamentais nos ambientes que frequentava, por meio de registros de pensamentos disfuncionais e de atividades diárias. Buscou-se compreender seus valores de vida e como eles estavam impactando e sendo impactados pelo quadro com o formulário de relações com valores mais elevados (Leahy *et al.*, 2013). Antes das sessões intermediárias, a reestruturação cognitiva foi inserida e focada nas crenças de intolerância emocional com o formulário de mitos emocionais (Leahy *et al.*, 2013), o que ajudou na reavaliação de pensamentos de forma cautelosa, pois o foco na mudança quando o paciente vivencia forte dor emocional pode gerar invalidação (Linehan, 1997).

Após estimulada a abertura para a mudança, iniciou-se a primeira parte das sessões intermediárias (4 a 6), nas quais foram discutidos os alvos terapêuticos, alinhando possíveis incongruências na conceitualização. Nesses momentos, foi trabalhado o treinamento de estratégias para RE, de modo a flexibilizar o repertório para lidar com o mal-estar psicológico, utilizando técnicas de reavaliação cognitiva para atuar sobre pensamentos que levavam à minimização desses recursos. Foi realizada psicoeducação sobre o modelo cognitivo e metaemocional para estimular a autocompreensão das relações desadaptativas do repertório de Maria. Além disso, foi utilizado o controle de estímulos do ambiente para aumentar a probabilidade de uso de estratégias por meio de cartões de enfrentamento e uso de alarmes telefônicos.

Devido à baixa motivação comportamental e à inflexibilidade, buscou-se realizar o reforço diferencial dos comportamentos-alvo por aproximações sucessivas, com o uso de estratégias mais simples, respiração diafragmática e relaxamento muscular progressivo, em sequências para técnicas cognitivas complexas, como exame de evidências. Esses princípios também foram utilizados ao integrar a AC, modificando fatores ambientais (p. ex., abrir janelas para a entrada de luz natural e utilizar alarmes e cartões de enfrentamento que aumentaram as chances de levantar da cama) para levar à maior frequência de comportamentos direcionados para atividades domésticas e de cuidado pessoal. Assim, iniciou-se por atividades caracterizadas como simples e menos dispendiosas de energia física na cadeia de

comportamentos (p. ex., arrumar a cama, alimentar-se), a fim de gerar autoeficácia e ações comprometidas com seus valores.

Posteriormente, o aumento da atividade em decorrência das estratégias mencionadas levou ao engajamento em outras ações comprometidas: autocuidado, atividades sociais e de saúde física e comportamentos direcionados para o desenvolvimento da carreira profissional. O monitoramento do repertório comportamental atual e a exploração do seu repertório comportamental anterior à perda auxiliaram na compreensão da variação, da seleção e da retenção dos padrões de comportamento na rede, levando a escolhas mais assertivas e direcionadas para seus valores.

As sessões 7 a 8, ainda na primeira parte das sessões intermediárias, foram focadas no cultivo da aceitação psicológica por meio da exploração de uma metáfora terapêutica para levar à diminuição da esQUIVA experiencial, o que levou Maria a mudanças qualitativamente positivas relacionadas ao LC, como maior abertura à experiência emocional e melhorias na rotina de atividade, reforçando o engajamento nas tarefas desenvolvidas. Apesar desse cenário, surgiram outras queixas que não foram exploradas pela proximidade do recesso institucional, direcionando o foco para um plano de prevenção de recaída, explorando possíveis cenários futuros de mal-estar psicológico e enfatizando o repertório de estratégias para RE já trabalhadas.

Nas sessões 9 e 10 da segunda parte das sessões intermediárias, em decorrência dos novos fatores e situações, foram retomadas as estratégias de compassividade, acompanhadas de reavaliação cognitiva para as distorções de pensamentos que surgiram e do registro de atividades, a fim de compreender a variação do repertório comportamental. Em seguida, foi apresentada uma nova conceitualização para alinhamento dos novos alvos de tratamento. Assim, nas sessões 11 a 20 da segunda parte, por meio de estratégias de reavaliação cognitiva, foram enfocadas crenças centrais de desamparo e desvalor relacionadas a conflitos familiares e contexto de sobrecarga. Foi retomada a psicoeducação do modelo cognitivo, visando à autoidentificação de padrões cognitivos ativados, e a prática de estratégias para RE, no intuito de manejar emoções.

Além disso, devido à grande dificuldade em expressar seus desejos, receber críticas e lidar assertivamente com conflitos familiares, foram trabalhados componentes de THS, realizando a exposição gradual a situações em uma cadeia de atividades da mais fácil para mais difícil – como dizer não para um amigo (mais fácil) e para sua mãe (mais difícil). Ao mesmo tempo, buscou-se tratar cognições distorcidas referentes ao processo. Por fim, destaca-se que, devido à previsão de finalização do estágio, as sessões finais (21 a 24) objetivaram a construção de um plano de prevenção à recaída diante de novas situações, em que se buscou fortalecer os padrões de crenças e comportamentos desenvolvidos, enquanto se identificavam

Tabela 1. Descrição dos objetivos e das ferramentas utilizadas.

Sessões	Objetivos	Técnicas/recursos utilizados
Sessões iniciais	1 a 3 Acolher a paciente, por meio de uma postura compassiva, aberta e não julgadora, buscando estabelecer vínculo terapêutico; avaliar o quadro por meio da aplicação de instrumentos e monitoramento da variação do repertório comportamental no dia a dia atrelado às cognições ativas no episódio, com vista a identificar mediadores desadaptativos para formular rede de processos e análise funcional; identificar valores e aspirações; iniciar intervenção sobre cognições e crenças distorcidas acerca da experiência emocional por meio da psicoeducação do luto e das emoções; firmar contrato terapêutico.	Entrevista inicial; instrumentos de pesquisa; estratégias para postura compassiva ¹ e técnica imaginação do eu compassivo ² ; formulário de relações com valores mais elevados ² ; formulário de mitos emocionais ² ; RPD ³ ; registro de atividades diárias; questionamento socrático ⁴ ; e psicoeducação do luto e das emoções ¹ .
Sessões intermediárias – parte 1	4 a 6 Apresentar a primeira conceitualização para verificar a concordância com os processos-alvo de tratamento; intensificar o processo de reestruturação de cognições desadaptativas sobre a experiência emocional por meio da psicoeducação do modelo cognitivo e metaemocional, e com a inserção de estratégias de reavaliação cognitiva para flexibilizar crenças e o repertório de comportamentos no dia a dia; apresentar estratégias de RE, utilizando o controle de estímulos e modelagem para maior facilitação e probabilidade de ocorrência dos comportamentos aprendidos; aumentar frequência de comportamentos que possibilitem maior atividade diária e proporcionem senso de autoeficácia.	Estratégias para RE – relaxamento muscular progressivo ⁵ , respiração diafragmática ⁵ e reavaliação cognitiva – exame de evidências ³ , cartões de enfrentamento ⁵ , avaliação de prós e contras ⁵ ; RPD ³ ; questionamento socrático ⁴ ; seta descendente ³ ; e psicoeducação do modelo cognitivo ³ e metaemocional ¹ .
Sessões intermediárias – parte 2	7 a 8 Cultivar a aceitação psicológica; construir plano de prevenção de recaída com foco em aumentar a frequência de comportamentos adaptativos para RE; reaplicar instrumentos; avaliar aspectos emocionais e percepções subjetivas acerca do processo terapêutico.	Metáfora terapêutica – areia movediça ⁶ ; formulário de autoavaliação compassiva ² ; questionamento socrático ⁴ ; reavaliação cognitiva – exame de evidências ³ e cartões de enfrentamento ⁵ ; instrumentos de pesquisa.
Sessões finais	9 a 10 Acolher as novas queixas, enfatizando uma postura compassiva para reforçar o vínculo terapêutico; avaliar mudanças no quadro primário e a inclusão de novos fatores para redefinir rede de processos e análise funcional; retomar o exercício de monitoramento da variação do repertório comportamental no dia a dia.	Técnica imaginação do eu compassivo ² ; formulário de autoavaliação compassiva ² ; exame de evidências ³ ; questionamento socrático ⁴ ; e registro de atividades diárias.
	11 a 20 Apresentar a segunda conceitualização e verificar concordância sobre os processos-alvo de tratamento; reavaliar as crenças centrais identificadas no novo contexto, utilizando estratégias cognitivas de reestruturação; retomar a psicoeducação do modelo cognitivo e psicoeducar sobre os tipos de comunicação; facilitar a generalização das estratégias de RE aprendidas durante treino em sessão e do uso do controle de estímulos e modelagem para maior probabilidade e facilitação de ocorrência em outros contextos; inserir componentes do THS com vista a atuar sobre dificuldades em dizer não e receber críticas.	Metáfora terapêutica – areia movediça ⁶ ; estratégias para RE – relaxamento muscular progressivo ⁵ , respiração diafragmática ⁵ e reavaliação cognitiva – exame de evidências ³ , avaliação de prós e contras ⁵ , gráfico de responsabilidade em forma de pizza ⁵ , imaginação ³ ; questionamento socrático ⁴ ; fazer e recusar pedidos, e enfrentar críticas ⁷ .
	21 a 24 Construir plano de prevenção de recaída; fortalecer crenças e repertório comportamental alternativos; reaplicar os instrumentos e coletar percepções subjetivas e qualitativas acerca do processo; encaminhar a paciente, tendo em vista a interrupção do processo pelo término do estágio.	Exame de evidências ³ ; questionamento socrático ⁴ ; instrumentos de pesquisa.

Nota. RE = Regulação emocional; RPD = Registro de Pensamentos Disfuncionais; THS = Treinamento de habilidades sociais. ¹baseado em Leahy et al. (2019); ²Leahy et al. (2013); ³Beck (2021); ⁴baseado em Waltman et al. (2021); ⁵Hayes e Hofmann (2020); ⁶Luoma et al. (2022); ⁷Caballo (2003).

DISCUSSÃO

forças e fraquezas do contexto atual que poderiam levar a padrões de comportamentos desadaptativos.

RESULTADOS

A Tabela 2 apresenta os escores para todos os instrumentos utilizados. Na DERS-16, foram obtidas diminuições significativas da desregulação emocional ao final do processo em algumas variáveis (“Não aceitação”, “Estratégias” e “Clareza”). Outras variáveis (“Objetivos” e “Impulsos”) apresentaram escores maiores no período intermediário da intervenção e não apresentaram reduções expressivas pós-intervenção. Nos escores pré-intervenção da DASS-21, de acordo com a classificação de Lovibond e Lovibond (2004), foram obtidos níveis “severos” de sintomatologia ansiosa e “extremamente severos” de depressão. Na avaliação intermediária, houve uma redução significativa nos escores de ansiedade e depressão, compreendendo uma queda de três níveis nos escores da primeira variável, que passaram a ser classificados como “normal”, e de dois níveis nos escores da segunda, agora classificados como “moderado”. No pós-intervenção, as classificações mantiveram-se, mas houve variações em seus escores. A variável “estresse” evidenciou classificações “normais” ao longo das avaliações realizadas. Com relação à qualidade de vida, o WHOQOL-BREF demonstrou maiores pontuações nos domínios “psicológico”, “relações sociais” e “ambiental” no pós-intervenção em relação à pré-intervenção. Já o domínio “físico” apresentou mudanças na avaliação intermediária e decréscimos pós-intervenção.

O presente trabalho visou investigar a aplicabilidade da heurística da PBT e descrever uma intervenção psicoterapêutica baseada na TCC para tratamento de processos relacionados ao LC. Como mencionado, o LC é mantido por três processos nucleares (Boelen *et al.*, 2006). Portanto, atuar nos processos afetivos desadaptativos por meio do mediador de mudança “RE” foi um elemento-chave. Esse enfoque permitiu atuar sobre os processos nucleares ativos, caracterizados por estratégias de evitação de emoções, memórias e pensamentos relacionados ao ente perdido, que facilitam a intensificação da experiência emocional e a redução do limiar de tolerância emocional (Boelen *et al.*, 2006).

Nesse sentido, a validação compassiva refletiu um aspecto essencial para o avanço em direção à mudança nesse contexto sensível e para a RE, considerando que, dependendo da postura do terapeuta, pode haver invalidação emocional (Linehan, 1997) e agravamento do LC (Iglewicz *et al.*, 2019). O desenvolvimento de um repertório efetivo e adaptativo para RE demonstrou contribuições positivas no quadro, avaliadas pelos escores da variável de desregulação emocional “Estratégias”, que apresentou maiores diminuições ao longo do tratamento. Instrumentalizar Maria com psicoeducação e estratégias para RE foi considerado útil para auxiliá-la na compreensão do processamento emocional e na contextualização da seleção de estratégias, promovendo tolerância das emoções vivenciadas.

Outro mediador de mudança vinculado à RE foi a reavaliação cognitiva, que atuou sobre esquemas, filtros e

Tabela 2. Escores pré-intervenção, teste intermediário e pós-intervenção dos instrumentos DERS-16, DASS-21 e WHOQOL-BREF.

Variável	Avaliação pré-intervenção	Avaliação intermediária	Avaliação pós-intervenção
DERS-16			
Não aceitação	9	9	5
Objetivos	11	13	10
Impulsos	8	10	7
Estratégias	20	14	11
Clareza	6	5	4
DASS-21			
Estresse	12	10	14
Ansiedade	16	4	2
Depressão	42	16	18
WHOQOL-BREF			
Físico	57,1	67,8	57,1
Psicológico	33,3	41,6	50
Relações sociais	41,6	58,3	58,3
Ambiental	37,5	50	50

Nota. DERS-16 = Escala de Dificuldades na Regulação Emocional; DASS-21 = Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse; WHOQOL-BREF = Questionário de Qualidade de Vida da OMS – versão reduzida.

crenças cognitivas desadaptativas geradas pelo LC e por outros contextos surgidos ao longo da intervenção. Dessa forma, a reavaliação cognitiva teve papel importante na diminuição dos níveis de desregulação emocional no episódio de LC (Eisma & Stroebe, 2021). Outra variável de desregulação emocional que apresentou reduções foi a “Clareza emocional”, um resultado atribuído ao desenvolvimento do monitoramento de padrões cognitivos e emocionais, à maior integração da perda e à redução das estratégias de evitação.

Devido ao LC influenciar na dificuldade de desenvolver aceitação psicológica do contexto e da experiência emocional (Doering & Eisma, 2016), o cultivo da aceitação psicológica e emocional foi considerado relevante por atuar em dois processos nucleares do LC, facilitando a integração da perda e reduzindo a evitação experiencial. Os impactos de sua inserção foram avaliados por meio da variável de desregulação emocional “Não aceitação”, cujos escores diminuíram ao fim do tratamento. Nesse aspecto, o desenvolvimento de validação compassiva pode ter sido um fator estratégico, pois foi associado a maior senso de significado, conexão e aceitação do momento vivenciado, além de intensificar o vínculo terapêutico e a motivação para o tratamento (Leahy, 2019; Linehan, 1997).

Para atuar sobre os padrões de evitação experiencial, também foram utilizadas metáforas. Por meio delas, observou-se diminuição nos padrões de esquiva, ao possibilitar o desenvolvimento do senso de “eu-como-contexto”, que levou à dissociação das percepções das relações internas e externas como uma unidade consigo mesma, fortalecendo a tomada de perspectiva de um “eu” como observador e experimentador (Luoma *et al.*, 2022). Isso permitiu considerar outras perspectivas em relação ao momento e às emoções vivenciadas.

As diminuições nos escores das variáveis “ansiedade” e “depressão” da DASS-21 podem estar associadas à redução das estratégias de evitação, que são positivamente correlacionadas com as sintomatologias ansiosa e depressiva (Boelen *et al.*, 2006; Eisma & Stroebe, 2021). Sugere-se que as melhorias nos escores dessas variáveis foram potencializadas pela incorporação de estratégias de AC, bem como pela diminuição da desregulação emocional e pelo aumento da percepção da qualidade de vida avaliada pelos domínios do WHOQOL-BREF.

Considerando que a qualidade de vida é um construto complexo, multideterminado e relacionado à saúde mental, é possível que os diferentes núcleos de tratamentos, organizados a partir da heurística da PBT e aliados aos contextos de Maria, tenham potencializado esse aspecto. No quadro de luto patológico, há prejuízos nos domínios de qualidade de vida psicológica, social e ambiental (Maccallum & Bryant, 2020), também observados no caso de Maria. Dessa forma, sugere-se que o núcleo de tratamento AC pode ter influenciado o aumento da qualidade de vida ao reduzir padrões comportamentais desadaptativos que interferiam em diversos domínios (isolamento social, abandono das atividades domésticas e

profissionais, bem como de seus cuidados pessoais), ações descompromissadas com seus valores.

Nesse contexto, o desenvolvimento de valores e aspirações de vida é apontado como importante nas intervenções do luto (Doering & Eisma, 2016) e pode estar associado a maiores escores no domínio “Psicológico” na intervenção (Maccallum & Bryant, 2020). Além disso, o luto pode impactar dimensões como autocuidado, lazer e situação financeira, prejudicando a qualidade de vida no domínio “Ambiental”, influenciando em uma avaliação mais negativa sobre o futuro (Maccallum & Bryant, 2020). Assim, o desenvolvimento da AC permitiu o engajamento em atividades que haviam sido negligenciadas no início do quadro, gerando benefícios na qualidade de vida. A AC compreende componentes transdiagnósticos que apresentam resultados positivos para o tratamento do LC, reduzindo a evitação e a ruminação, além de promover o engajamento em atividades orientadas para objetivos e valores de vida, bem como o desenvolvimento de um repertório comportamental funcionalmente positivo (Karangoda *et al.*, 2021).

Os mediadores de mudança mencionados também foram integrados na segunda parte do tratamento, com enfoque não apenas no luto, mas também nas relações interpessoais e crenças centrais. A AC foi relacionada ao fortalecimento de comportamentos previamente desenvolvidos e ao fomento de novos, direcionados aos seus valores e aspirações, o que trouxe também benefícios para o incremento da RE e da qualidade de vida. A reavaliação cognitiva atuou sobre as crenças e os rótulos distorcidos que Maria relacionava a si mesma e, por ser um núcleo de tratamento capaz de atingir crenças nucleares, ajudou a reduzir sintomas ansiosos e depressivos (Clark, 2022), permitindo que seus níveis permanecessem estáveis diante de novos estressores contextuais.

O THS foi associado a melhorias no quadro por possibilitar relações assertivas e equilibradas (Basso & Wainer, 2011; Caballo, 2003). Por fim, sugere-se que a ocorrência de aspectos contextuais ao longo da intervenção pode ter impactado seu desenvolvimento e os escores dos instrumentos, como a perda de outro familiar, o surgimento de fatores que levaram à mudança de objetivos de tratamento, as faltas, a pausa para o recesso acadêmico e a finalização do processo devido ao término do estágio. Contudo, este estudo representa uma intervenção em um ambiente não controlado e dinâmico, no qual as variáveis estão em constante mudança, demonstrando que a PBT pode apoiar a tomada de decisão clínica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa tem algumas limitações, como a falta de um instrumento de mensuração específico para o LC e a ausência de métodos idiográficos para a construção, a avaliação e a aferição das dimensões e dos mediadores de mudanças sugeridos, sendo alternativamente utilizada uma

avaliação qualitativa da rede. Além disso, deve-se considerar as limitações quanto à prática do estagiário aplicador, que, apesar de ter experiência clínica e estudos sobre o campo, enfrentou vários desafios ao implementar a perspectiva da PBT durante os atendimentos, principalmente considerando que esta é uma perspectiva complexa e ainda em desenvolvimento, que exige esforço e *expertise* clínica.

A PBT é um modelo que sistematiza os tratamentos baseados em evidências em uma abordagem idiográfica direcionada aos processos de mudança, permitindo o desenvolvimento de tratamentos personalizados e adequados às diferentes necessidades e contextos, com rigor científico. Apesar das limitações e dos entraves surgidos ao longo da intervenção, tais aspectos enriquecem e ampliam a perspectiva sobre os caminhos futuros da PBT, demonstrando sua flexibilidade e adaptação às diversas demandas de um contexto não controlado. Além disso, este estudo contribui ao apontar possíveis mediadores de mudança que podem ser centrais na prevenção de processos desadaptativos de LC ou no seu tratamento.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (APA). (2023). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR* (5. ed.). Artmed.
- Basso, L. A., & Wainer, R. (2011). Luto e perdas repentinas: Contribuições da terapia cognitivo-comportamental. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7(1), 35-43.
- Beck, J. S. (2021). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (3rd ed.). The Guilford Press.
- Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L. G., ... Gratz, K. L. (2016). Development and validation of a brief version of the difficulties in emotion regulation scale: The DERS-16. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(2), 284-296.
- Boelen, P. A., Van den Hout, M. A., & Van den Bout, J. (2006). A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(2), 109-128.
- Caballo, V. E. (2003). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. Guanabara Koogan.
- Clark, D. A. (2022). Cognitive reappraisal. *Cognitive and Behavioral Practice*, 29(3), 564-566.
- Dalgarrondo, P. (2019). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (3rd ed.). Artmed.
- Doering, B. K., & Eisma, M. C. (2016). Treatment for complicated grief: State of the science and ways forward. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(5), 286-291.
- Eisma, M. C., & Stroebe, M. S. (2021). Emotion regulatory strategies in complicated grief: A systematic review. *Behavior Therapy*, 52(1), 234-249.
- 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 Saúde Pública*, 34(2), 178-83.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (Eds.). (2020). *Terapia cognitivo-comportamental baseada em processos: Ciência e competências clínicas*. Artmed.
- Hayes, S. C., Ciarrochi, J., Hofmann, S. G., Chin, F., & Sahdra, B. (2022). Evolving an idiomorphic approach to processes of change: Towards a unified personalized science of human improvement. *Behaviour Research and Therapy*, 156(104155), 1-23.
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Wilson, D. S. (2020). Clinical psychology is an applied evolutionary Science. *Clinical Psychology Review*, 81(101892), 1-13.
- Hofmann, S. G., Hayes, S. C., & Lorscheid, D. N. (2021). *Learning process-based therapy: A skills training manual for targeting the core processes of psychological change in clinical practice*. New Harbinger.
- Iglewicz, A., Shear, M. K., Reynolds, C. F., 3rd, Simon, N., Lebowitz, B., & Zisook, S. (2019). Complicated grief therapy for clinicians: An evidence-based protocol for mental health practice. *Depression and Anxiety*, 37(1), 90-98.
- Karangoda, M. D., Breen, L. J., & Mazzucchelli, T. G. (2021). Brief behavioural activation for prolonged grief disorder: A case series. *Clinical Psychologist*, 25(1), 88-97.
- Leahy, R. L. (2019). *Emotional schemas therapy: Distinctive features*. Routledge.
- Leahy, R. L., Tirch, D., & Napolitano, L. A. (2013). *Regulação emocional em psicoterapia: Um guia prático para o terapeuta cognitivo-comportamental*. Artmed.
- Linehan, M. M. (1997). Validation and psychotherapy. In A. C. Bohart, & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 353-392). American Psychological Association.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (2004). *Manual for the depression anxiety stress scales* (4th ed.). Psychology Foundation.
- Luoma, J., Hayes, S. C., & Walser, R. (2022). *Aprendendo ACT: Manual de habilidades da terapia de aceitação e compromisso para terapeutas* (2. ed.). Sinopsys.
- Maccallum, F., & Bryant, R. A. (2020). A network approach to understanding quality of life impairments in prolonged grief disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 33(1), 106-115.
- Miguel, F. K., Giromini, L., Colombarolli, M. S., Zuanazzi, A. C., & Zennaro, A. (2016). A Brazilian investigation of the 36- and 16-Item difficulties in emotion regulation scales. *Journal of Clinical Psychology*, 73(9), 1146-1159.
- Moskow, D. M., Ong, C. W., Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2023). Process-based therapy: A personalized approach to treatment. *Journal of Experimental Psychopathology*, 14(1), 1-8.
- Ong, C. W., Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2022). A process-based approach to cognitive behavioral therapy: A theory-based case illustration. *Frontiers in Psychology*, 13(100284), 1-18.
- Schaeuffele, C., Meine, L. E., Schulz, A., Weber, M. C., Moser, A., Paersch, C., ... Kleim, B. (2024). A systematic review and meta-

- analysis of transdiagnostic cognitive behavioural therapies for emotional disorders. *Nature Human Behaviour*, 8(3), 493-509.
- Stefano, R., Muscatello, M. R. A., Bruno, A., Cedro, C., Mento, C., Zoccali, R. A., & Pandolfo, G. (2021). Complicated grief: A systematic review of the last 20 years. *The International Journal of Social Psychiatry*, 67(5), 492-499.
- Vignola, R. C., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*, 155, 104-119.
- Waltman, S. H., Codd, R. T. III., McFarr, L. M., & Moore, B. A. (2021). *Socratic questioning for therapists and counselors: Learn how to think and intervene like a cognitive behavior therapist*. Routledge.
- WHOQOL Group. (1998). Development of the world health organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558.

Artigo submetido em: 15 de maio de 2024.

Artigo Aceito em: 16 de outubro de 2024.

Artigo publicado online em: dia de mês de ano.

Fonte de financiamento: Nada consta.

Editora responsável:

Carmem Beatriz Neufeld

Outras informações relevantes:

Este artigo foi submetido no GNPapers da RBTC código 502.