UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

GABRIELA DE OLIVEIRA LIMA

Psicoterapia Analítica Funcional como tratamento de Transtorno de Estresse Pós-traumático: delineamento experimental de caso único

São Paulo

2017

GABRIELA DE OLIVEIRA LIMA

Psicoterapia Analítica Funcional como tratamento de Transtorno de Estresse Pós-traumático: delineamento experimental de caso único

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para a obtenção do título de mestre em Psicologia Clínica.

Área de concentração: Psicologia clínica e Análise do Comportamento

Orientadora: Profª. Drª. Claudia Kami Bastos Oshiro

São Paulo
2017

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catalogação na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Lima, Gabriela de Oliveira
Psicoterapia Analítica Funcional como tratamento de Transtorno de Estresse Pós-traumático: delineamento experimental de caso único / Gabriela de Oliveira Lima; orientadora Claudia Kami Bastos Oshiro -- São Paulo, 2017.
120 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Transtorno de Estresse Pós-traumático 2. Psicoterapia Analítica Funcional 3. Delineamento em linha de base múltipla 4. Processos de mudança clínica 5. Terapia baseada em evidências. I. Oshiro, Claudia Kami bastos, oriente. II. Título.

VERSÃO CORRIGIDA

Nome: Lima, Gabriela de Oliveira

Título: Psicoterapia Analítica Funcional como tratamento de Transtorno de Estresse Pós-traumático: delineamento experimental de caso único

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para a obtenção do título de mestre em Psicologia Clínica.

Área de concentração: Psicologia clínica e Análise do Comportamento

Orientadora: Profª. Drª. Claudia Kami Bastos Oshiro

Aprovada em: ___/___/_____

Banca Examinadora

Prof. Dr.(a) _____

Instituição: _____Asssinatura:_____

Prof. Dr.(a) _____

Instituição: _____Asssinatura:_____

Prof. Dr.(a) _____

Instituição: _____Asssinatura:_____

À minha avó, minha rainha, meu modelo,
minha fortaleza e inspiração – por todo
amor, carinho e dedicação, por estar
sempre ao meu lado, nos melhores
e nos mais difíceis momentos
da minha vida.

AGRADECIMENTOS

*À minha orientadora, **Claudia Oshiro,** por toda a dedicação, modelos e ensinamentos ao longo dessa sinuosa trajetória. Por ter acreditado no meu projeto e no meu delineamento de pesquisa e por ter me ensinado a juntar duas coisas que amo: psicologia clínica e pesquisa. Agradeço imensamente pelo compartilhamento de todo seu conhecimento clínico e acadêmico, você ampliou meu repertório de uma maneira impagável. Agradeço as risadas proporcionadas, ao acolhimento nos momentos de desespero e sofrimento e por toda a força e proteção que só você, com tanta experiência, poderia me proporcionar. Obrigada por me ensinar que uma vida e um mestrado com emoção podem ser cheios de amor e alegrias.*

*Aos meus pais, **Suely e Lima**, por aceitarem e apoiarem minhas escolhas profissionais malucas e também por terem me incentivado a estudar e a "fazer e ser uma pessoa diferente".*

*Ao meu irmão, **Bam**, por ter me instigado a estudar mais para tentar ser melhor que ele e por ter me ensinado tanto, mesmo sem saber e sem querer. Inclusive, por ter me ensinado o real sentido do que é saudade.*

*À minha **vó Inês**, que me aceitou do jeito que sou e compreendeu minhas ausências e sumiços enquanto escrevia e me dedicava à essa dissertação. E também por ser minha fonte de vida e energia, por ser uma linda estrela brilhante na minha vida.*

*À minha amada e querida amiga-irmã **Bruna Forlim (Brubru)**, por ter aguentado minhas crises e me ajudado tanto com sua amizade verdadeira e genuína. À toda **família Forlim** (tia **Re** e tio **Luiz**), por todo carinho, amor e acolhimento dedicados a mim. À **Quel**, por ser uma inspiração de mulher e pesquisadora e por me manter firme trabalhando para matar a saudade com visitas.*

*Às minhas **amigas** (**Mimi**, **Lele** e **Mari**) e aos meus **amigos** (**Carlinhos**, **Michel, Maicol** e **Mu**) por suportarem minha ausência e meu cansaço nas reuniões e eventos. E também por proporcionarem momentos de alegria e muitas gargalhadas quando eu achava que não aguentaria mais. À minha linda amiga **Bi,** que me faz muita falta e foi fonte de inspiração para um dos nomes fictícios de uma participante desse mestrado. Ao **Marcelo**, por ter me acompanhado e incentivado em grande parte desse projeto.*

*Às minhas **amigas bolotas Pepi** e **Nana**, por se fazerem presentes mesmo com tanta distância, por me incentivarem nesse caminho tão difícil e por proporcionarem momentos inesquecíveis e magníficos nas minhas pequenas pausas. À minha **professora/amiga Bianca**, que me "torturou" semanalmente, proporcionando muitas risadas, desabafos e pouca dor nas costas apesar de muito tempo sentada. E à maravilhosa **Carol Furquim** por muitas risadas, fofocas, lindor e brigadeiros compartilhados, você adoça minha vida!*

*À minha terapeuta **Lidiane**, que estava aberta e disposta a ouvir meus sentimentos mais profundos e que me apoiou, permitindo que esse trabalho fosse concluído sem maiores danos.*

*Ao meu querido **grupo de pesquisa**: **Daniel Assaz, Fernanda Resende, Alan Aranha, Gabriela Santos, Elisangela Ferreira e Joana Vartanian** por terem vivido muitos momentos de emoção, exaustão, risadas e bebedeiras. Obrigada por compartilharem comigo toda a paixão por pesquisa.*

*Às minhas **transcritoras Vanessa, Renata e Larissa** que foram como anjinhos e permitiram que minhas noites de sono fossem menos consumidas e às minhas **aferidoras de concordância, s**em elas esse trabalho não seria concluído.*

*Às minhas professoras e mestres: **Sabrina Mazo D'Affonseca**, por me ensinar a clinicar e por confiar nos meus atendimentos quando eu ainda era uma menina, **Maria de Jesus Dutra dos Reis**, por ter me apresentado a FAP ainda na graduação e aprimorado meus conhecimentos clínicos e, **Sonia Beatriz Meyer** por ser uma fonte de inspiração acadêmica e humana e, por ter me incentivado na escolha da pergunta de pesquisa.*

*Às minhas incríveis **clientes/participantes** da pesquisa pela confiança no meu trabalho e também pela fidelidade, intensidade e genuinidade das nossas relações. Aos meus **clientes do consultório**, que entenderam minhas ausências e vibraram comigo a cada etapa conquistada.*

*Às **secretárias Érica e Isabella** por todo apoio e cuidado nos momentos mais difíceis.*

Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim.

Francisco do Espírito Santo

RESUMO

Lima, G. O. (2017). *Psicoterapia Analítica Funcional como tratamento de Transtorno de Estresse Pós-traumático: delineamento experimental de caso único.* Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

O abuso sexual é uma forma de violência interpessoal que acomete milhões de pessoas em todo o mundo, 20% das mulheres e 2% dos homens relatam passar por algum tipo de abuso sexual durante a vida. O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é um dos possíveis resultados do abuso sexual e compromete a qualidade de vida do indivíduo e também suas relações interpessoais, com sintomas de reexperiência, hiperexcitação, esquiva e alterações em cognição e humor. As principais terapias baseadas em evidências para o tratamento de TEPT: *Cognitive Processing Therapy* e *Prolonged Exposure*, ambos com base na exposição, apesar de apresentarem dados empíricos e significativos de mudança, apontam até 50% de evasão a terapia, dificuldade de implementação pelo terapeuta e aumento de sintomas pela exposição. Os estudos em Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) têm mostrado resultados satisfatórios na compreensão e aprimoramento dos processos de mudanças clínicas com foco na relação terapêutica. Levando em consideração que pessoas com TEPT tendem a apresentar comportamentos de esquivas emocionais, esquivas de relações de intimidade e de confiança e que a FAP tem por objetivo proporcionar mudanças por meio da relação terapêutica, os objetivos do presente estudo foram: 1) investigar os efeitos da FAP como tratamento para pessoas com TEPT por abuso sexual, e 2) os processos de mudança clínica envolvidos na utilização da FAP. Os participantes foram uma terapeuta/pesquisadora, três aferidores de concordância e três clientes adultos. A intervenção ocorreu com delineamento experimental de caso único, com introdução da variável independente (FAP) em diferentes momentos para cada participante, na seguinte disposição: Linha de Base - A - B (delineamento em linha de base múltipla - DLBM). As sessões foram transcritas e categorizadas com uso do Sistema de Categorização da Psicoterapia Analítica Funcional (FAPRS), a fim de encontrar os processos envolvidos nas mudanças clínicas, com foco na relação terapêutica. Já as melhoras do cliente foram analisadas por meio dos instrumentos: Escala de Sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (PCL-C) e Outcome Questionnaire (OQ-45). O padrão comportamental de esquivas de situações que sinalizavam intimidade e vulnerabilidade foi encontrado em todas as participantes por meio da conceituação do caso. Os resultados apontaram que, após a introdução da variável independente (FAP) os comportamentos clinicamente relevantes do tipo problema (CRB1) diminuíram drasticamente e os comportamentos clinicamente relevantes de melhora (CRB2) aumentaram. Ademais, o instrumento FAPRS apontou a potência da Regra 3 (consequenciar diferencialmente) e da Regra 2 (evocar) como os principais processos de mudanças clínicas na FAP. Os efeitos da FAP foram observados também no instrumento PCL-C, com queda dos escores para as clientes que tiveram maior tempo de intervenção FAP, dado corroborado pelos resultados do OQ-45 que também tiveram queda após a introdução da FAP, com exceção da participante exposta à menos sessões com a variável independente (FAP). Dessa forma, esse estudo pontua a eficácia da FAP para o tratamento de vítimas de abuso sexual e o primeiro caso de sucesso na utilização do DLBM em pesquisas de prática clínica.

Palavras-chave: Transtorno de Estresse Pós-traumático, Psicoterapia Analítica Funcional, delineamento em linha de base múltipla, processos de mudança clínica, terapia baseada em evidências.

ABSTRACT

Lima, G. O. (2017). *Functional Analytic Psychotherapy as a treatment of Posttraumatic Stress Disorder: single-case experimental design.* Master's thesis, Institute of Psychology, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, Brazil.

Sexual abuse is a type of interpersonal violence that happens among millions of people worldwide, 20% of women and 2% of men states being a victim of sexual abuse during their lives. Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) is one of the possible outcomes of sexual abuse that compromises the life quality of the victim and interpersonal relationships, experiencing symptoms as re-experience, hyperexcitation, avoidance and negative changes in thinking and mood. The main evidence based practice for treatment of PTSD: Cognitive Processing Therapy and Prolonged Exposure, both based on exposure, although they show data of meaningful changes, they point up to 50% of drop-out rates, difficult implementation by therapists and increase of re-experience symptoms. Researches on Functional Analytic Psychotherapy (FAP) have shown satisfactory results related to the knowledge and improvement in the mechanism of change mainly occurring in the therapeutic relationship. Considering that people with PTSD tend to show emotional avoidance, avoidance of intimacy and trust and that FAP has as main goal to provide changes through therapeutic relationship, the current study aimed to investigate: 1) the effects of FAP, as treatment for victims of sexual abuse with PTSD and 2) the FAP mechanism of change. The participants were a therapist-researcher, three agreement coders and three clients. The study had a single-case experimental design, introducing the independent variable (FAP) in different time for each client, following: baseline - A - B (multiple baseline design – MBLD). The sessions were transcribed and coded with Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS) aimed to study the therapeutic relationship and to find the mechanism of change. The client's improvements were analyzed through the assessments: Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-C) and Outcome Questionnaire (OQ-45). The avoidance patterns that indicated intimacy and vulnerability were found in all clients through the case conceptualization. Results indicated that after the introduction of FAP the clinical relevant problems behaviors (CRBs1) considerably decreased and the clinical relevant improvements behaviors (CRBs2) increased. In addition, the FAPRS assessment indicated that Rule 3 and Rule 2 were the main mechanism of change in FAP. The FAP effects were also analyzed by the OQ-45 and PCL-C assessments that showed decreased scores by the clients who had the longest period of FAP intervention. In conclusion, the current study demonstrated the efficacy of FAP in the treatment of sexual abuse victims and is the first successful study using MBLD in clinical researches.

Keywords: Posttraumatic Stress Disorder, Functional Analytic Psychotherapy, multiple baseline design, mechanism of change, evidence based therapy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Critérios e sintomas do DSM-V para o Transtorno de Estresse Pós-Traumático 21

Figura 2 - Possíveis fatores determinantes para o sucesso do tratamento de TEPT, traduzido do original em Wampold et al., 2010 26

Figura 3 - Delineamento experimental de caso único em linha de base múltipla entre participantes. Com introdução da variável independente (FAP), na Fase B 39

Figura 4 - Escores brutos do instrumento PCL-C por categoria e por participante: (1) Alice, (2) Maria e (3) Bianca 66

Figura 5 -Porcentagem acima do nível clínico para do instrumento PCL-C, por participante: (1) Alice, (2) Maria e (3) Bianca..... 67

Figura 6 - Médias dos escores do instrumento PCL-C por categoria e por participante: (1) Alice, (2) Maria e (3) Bianca. 70

Figura 7 - Resultados absolutos do instrumento PCL-C da categoria esquiva, por participante: (1) Alice, (2) Maria e (3) Bianca. 71

Figura 8 - Porcentagem acima do nível clínico para do instrumento OQ-45, por categoria e por participante: (1) Alice, (2) Maria e (3) Bianca. 73

Figura 9 - Porcentagem acima do nível clínico para do instrumento OQ-45, por categoria e por participante: (1) Alice, (2) Maria e (3) Bianca. 76

Figura 10 - Escore bruto para do instrumento OQ-45, por categoria e por participante: (1) Alice, (2) Maria e (3) Bianca. Eixo Y: escore bruto, número absoluto, eixo X: categorias por fase experimental, com seleção da primeira e última sessão de cada fase..... 78

Figura 11 - Porcentagem da frequência dos comportamentos do cliente: CRB1 TOTAL (CRB1.A + CRB1.B), CRB2 TOTAL (CRB2.A + CRB2.B) e CRB3, ao longo do delineamento experimental, por participante: (1) Alice, (2) Maria e (3) Bianca. 83

Figura 12 - Linha de tendência linear dos comportamentos do cliente: CRB1 TOTAL (CRB1.A + CRB1.B), CRB2 TOTAL (CRB2.A + CRB2.B), ao longo do delineamento experimental, por participante: (1) Alice, (2) Maria e (3) Bianca. 85

Figura 13 - Porcentagem da frequência dos comportamentos do cliente: CRB1.A, CRB1.B, CRB2.A e CRB2.B, ao longo do delineamento experimental, por participante: (1) Alice, (2) Maria e (3) Bianca..... 89

Figura 14 - Porcentagem da frequência de comportamentos do terapeuta, Regra 2, Regra 3-1 e Regra 3-2, ao longo do delineamento experimental, por participante: (1) Alice, (2) Maria e (3) Bianca. 94

Figura 15 - Porcentagem da frequência de comportamentos do terapeuta, de todas as regras do FAPRS: Regra 1, Regra 2, Regra 3-1 e Regra 3-2, Regra 4 e Regra 5, ao longo do delineamento experimental, por participante: (1) Alice, (2) Maria e (3) Bianca..... 96

Figura 16 - Porcentagem da frequência de comportamentos do terapeuta: Regra 5 e do cliente: CRB3 e O3, ao longo do delineamento experimental, por participante: (1) Alice, (2) Maria e (3) Bianca..... 98

Figura 17 - Porcentagem da frequência de comportamentos do terapeuta: TO1 e TO2 e do cliente: O1 e O2, ao longo do delineamento experimental, por participante: (1) Alice, (2) Maria e (3) Bianca..... 99

Figura 18 - Porcentagem da frequência de comportamentos do terapeuta: TTR e do cliente: CTR, ao longo do delineamento experimental, por participante: (1) Alice, (2) Maria e (3) Bianca..... 100

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Códigos do FAPRS para categorização dos comportamentos do terapeuta (Callaghan & Follette, 2008), adaptados..... 35

Tabela 2 - Códigos do FAPRS para categorização dos comportamentos do cliente (Callaghan & Follette, 2008), adaptados..... 36

Tabela 3 - Pontuação do instrumento OQ-45 de acordo com a categoria, com pontuação máxima, nível de corte clínico e mudança clínica significativa por escores 38

Tabela 4 - Quantidade de unidades de análise separadas por cliente e terapeuta, nas diferentes fases experimentais 42

Tabela 5 - Comportamentos clinicamente relevantes do tipo: problema (CRB1) da cliente Alice descritos em grande classe por função e em suas variantes topografias..... 45

Tabela 6 - Comportamentos clinicamente relevantes do tipo: melhora (CRB2) esperado para a cliente Alice descritos em grande classe por função e em suas variantes topografias..... 46

Tabela 7 - Análise funcional dos comportamentos de Alice, com a descrição dos antecedentes, respostas e consequências. 49

Tabela 8 - Comportamentos clinicamente relevantes do tipo: problema (CRB1) na cliente Maria descritos em grande classe por função e em suas variantes topografias..... 52

Tabela 9 - Comportamentos clinicamente relevantes do tipo: melhora (CRB2) esperado para a cliente Maria descritos em grande classe por função e em suas variantes topografias..... 53

Tabela 10 - Análise funcional dos comportamentos de Maria, com a descrição dos antecedentes, respostas e consequências..... 56

Tabela 11 - Comportamentos clinicamente relevantes do tipo: problema (CRB1) da cliente Maria descritos em grande classe por função e em suas variantes topografias..... 59

Tabela 12 - Comportamentos clinicamente relevantes do tipo: melhora (CRB2) esperado para a cliente Bianca descritos em grande classe por função e em suas variantes topografias..... 60

Tabela 13 - Análise funcional dos comportamentos de Bianca, com a descrição dos antecedentes, respostas e consequências. 63

Tabela 14 - Resultados das aferições de concordância externa para as participantes Alice, Maria e Bianca em uma sessão na FASE A - TAC e uma na FASE B- FAP. A % corresponde à porcentagem de correspondência e Kappa corresponde ao índice Kappa..... 80

Tabela 15 - Média da porcentagem de CRB1, CRB2 e CRB3 total, por fase experimental (FASE A-TAC, FASE B-FAP e ACOMPANHAMENTO), separada por cliente/participante..... 86

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 – PCL-C 113

ANEXO 2 – OQ-45 115

ANEXO 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para cliente 117

ANEXO 4 – Termo de Compromisso e Responsabilidade 119

ANEXO 5 – Escores brutos e porcentagens acima do nível clínico do PCL-C 120

SIGLAS

CPT	Cognitive Processing Therapy
CRB	Comportamento clinicamente relevante
DECU	Delineamento experimental de caso único
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
FAP	Psicoterapia Analítica Funcional
FAPRS	Escala de Avaliação da Psicoterapia Analítica Funcional
FIAT	Formulário de avaliação idiográfica funcional
IR	Relacionamento interpessoal
LB	Linha de base
LBM	Linha de base múltipla
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCL-C	Escala de Sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático
PE	Exposição Prolongada
SD	Desconforto subjetivo
SR	Papel social
TAC	Terapia Analítico Comportamental
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-traumático
VD	Variável dependente
VI	Variável independente

Comportamentos do terapeuta - FAPRS

Regra 1	Avalia CRB em sessão
Regra 2	Evoca CRB em sessão
Regra 3-1	Responde efetivamente ao CRB1
Regra 3-2	Responde efetivamente ao CRB2
Regra 3-INF	Falha em consequenciar CRB1, CRB2 ou CRB3
Regra 4	Refere-se sobre o efeito de sua resposta sobre o comportamento do cliente
Regra 5	Discute um CRB3 ou O3
TTR	Fala com foco na relação terapêutica
TPR	Emite comportamentos efetivos ou facilitadores sem foco em CRBs ou Os
TO1	Discute ou descreve comportamento problema que ocorre fora da sessão
TO2	Discute ou descreve comportamento de melhora que ocorre fora da sessão

Comportamentos do cliente - FAPRS

CRB1	Emite comportamento problema na sessão
CRB2	Emite comportamento de melhora na sessão
CRB3	Descreve variáveis que controlam seu comportamento
Regra 4-C	Emite comportamento às reações do terapeuta após uma Regra 4
O1	Discute ou descreve comportamento problema que ocorre fora da sessão
O2	Discute ou descreve comportamento de melhora que ocorre fora da sessão
O3	Descreve relações funcionais relacionadas ao comportamento fora da sessão
CTR	Fala com foco na relação terapêutica
CPR	Discute ou descreve problemas que ocorrem em situações que não a relação terapêutica, ou clarifica ou dá contexto sobre os problemas

SUMÁRIO

Introdução 18
Abuso sexual 18
Transtorno de Estresse Pós-traumático 19
Tratamentos para o Transtorno de Estresse Pós-traumático 23
Terapia de terceira onda: Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) 26
Psicoterapia Analítica Funcional e o Transtorno de Estresse Pós-traumático 28
Delineamento experimental de caso-único 30
Método **32**
Participantes 32
Ambientes e materiais 34
Instrumentos 34
Formulário de avaliação idiográfica funcional (FIAT) 34
Sistema de categorização da Psicoterapia Analítico Funcional (FAPRS) 35
Escala de Sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (PCL-C) 36
Outcome Questionnaire (OQ-45.2) 37
Procedimento 38
Linha de Base: Conceituação de caso 39
Fase A: Etapa inicial do modelo experimental 40
Fase B: Introdução da variável independente - FAP 40
Fase final: Acompanhamento 40
Análise de dados 40

Resultados e discussão **42**
Conceituação de Casos. 43
Resultados do PCL-C. 64
Resultados do OQ-45 73
Resultados da aferição de concordância 81
Resultados do categorização FAPRS. 84
Conclusão **101**
Referências **106**
Anexos **113**

Abuso sexual

O abuso sexual é uma forma de violência interpessoal, caracterizada pela violência entre indivíduos e subdividida em familiar, por parceiro íntimo ou comunitária. A forma mais frequente e comum de abuso sexual é a infantil e é definida pelo envolvimento de uma criança ou adolescente em uma atividade sexual com um adulto ou adolescente mais velho para a gratificação sexual desses. O abuso sexual infantil ou adulto ocorre por meio de uma relação de poder que pode incluir ameaças de estupro, beijar de maneira sexual, tirar fotos e vídeos, carícias/toques nas genitálias, mamas e ânus, obrigar a masturbar ou praticar sexo oral, esfregar os genitais, exploração sexual, voyeurismo, pornografia e exibicionismo até o ato sexual (oral, anal e/ou vaginal), com ou sem penetração, com ou sem violência (Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à infância e Adolescência – ABRAPIA, 2002; Butchart, Harvey, Mian & Furniss, 2006).

As estimativas mundiais são expressivas, OMS aponta que em 2002, entre os menores de 18 anos, 150 milhões de meninas e 73 milhões de meninos foram forçados a manter relações sexuais ou sofreram outras formas de violência sexual que envolveu contato físico (Andrews, Corry, Slade, Issakidis & Swanston, 2004). Cerqueira e Coelho (2014), apontam que no Brasil, em 2011, em relação às notificações realizadas, 88,5% das vítimas eram do sexo feminino, sendo mais da metade delas, menores de 13 anos de idade. Em média, 70% dos casos são cometidos por abusadores conhecidos, do convívio pessoal ou familiar da vítima.

Nos Estados Unidos, os dados apontam que em média 20% das mulheres e menos de 2% dos homens reportaram pelo menos uma experiência de estupro na vida. Mais de 40% das mulheres vítimas de estupro relataram que o primeiro abuso ocorreu quando eram menores de 18 anos. Dentre os abusadores das vítimas do sexo feminino, 51,1% são parceiros, 12,5% membros da família, 40,8% são conhecidos e somente 13,8% são estranhos, já os abusadores das vítimas do sexo masculino 52,4% são conhecidos e somente 15,1% são estranhos (Black et. al, 2011).

Esses dados são colocados como estimativas já que muitas vítimas não denunciam as situações de abuso sexual, isso porque muitas vezes as vítimas não se veem seguras para realizar a denúncia e porque os abusos são, em sua maioria, praticados por pessoas do contexto familiar e pessoal das vítimas, tanto de crianças e adolescentes, como em casos de adultos (ABRAPIA, 2002; Andrews, Corry, Slade, Issakidis & Swanston, 2004; Butchart, Harvey,

Mian & Furniss, 2006; Black et. al, 2011; Cerqueira & Coelho, 2014). Nem todo abusador sexual infantil é considerado um pedófilo, mas alguns dados importantes descrevem que 50% das vítimas de abuso sexual infantil serão abusadores futuros, e que, em média, um pedófilo é capaz de abusar sexualmente de 256 crianças durante uma vida ativa em abusos (ABRAPIA, 2002).

Além de aumentar a probabilidade de uma vítima tornar-se abusador na fase adulta, o abuso sexual promove resultados significativos na vida das vítimas sendo os mais relevantes: estresse pós-traumático (23,3%), transtorno de comportamento (11,4%) e gravidez (7,1%), entretanto vale ressaltar que essas são as consequências a curto prazo (Cerqueira & Coelho, 2014). Os efeitos a médio e longo prazo variam de acordo com a idade do abuso e da compreensão dos atos abusivos pela vítima, além disso, o tipo de abuso também pode ser um fator de influência nas sequelas do abuso (Habigzang & Caminha, 2004; Lidchi, 2004; Sanderson, 2005).

Dentre esses resultados, os mais frequentes são: transtorno de estresse pós-traumático, depressão, abuso de álcool e drogas, agressividade, problemas no sono, disfunção sexual, suicídio, medo constante de sofrer novo abuso, sentimento de culpa e vergonha, somatizações frequentes, dificuldades de conquistas profissionais, problemas interpessoais e problemas com confiança e intimidade (ABRAPIA, 2002; Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002; Merrill, Guimond, Thomsen & Miller, 2003; Tsai, Feldman-Summers, & Edgar, 1979).

O presente estudo enfocará o Transtorno de Estresse Pós-traumático já que, além de ser um resultado frequente, ele engloba diversas classes de comportamentos correspondentes aos diferentes resultados do abuso sexual e também apresenta foco importante na esquiva, principalmente as de relações interpessoais.

Transtorno de Estresse Pós-traumático

O Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) é um dos principais resultados do abuso sexual infantil e também do adulto e se caracteriza por ser um transtorno psiquiátrico que, além de causar prejuízo significativo na qualidade de vida do indivíduo, ocorre sempre após um ou mais eventos traumáticos significativos (ABRAPIA, 2002; Andrews, Corry, Slade, Issakidis & Swanston, 2004; Black et. al, 2011; Butchart, Harvey, Mian & Furniss, 2006; Cerqueira & Coelho, 2014; Soares & Lima, 2003;).

O DSM-V lista 20 sintomas de TEPT (Figura 1) divididos em quatro distintos grupos: esquiva/evitação, reexperiência, hiperexcitação e alterações negativas persistentes em cognições e humor (Araújo & Lotufo Neto, 2014). Apesar de os sintomas serem divididos em diferentes grupos, por topografia, muitos deles se sobrepõe e apresentam as mesmas funções. Dessa maneira, os sintomas de alterações persistentes em cognições e humor podem ser separados em três grandes e diferentes classes funcionais: reexperiência, esquiva e hiperexcitação. Essa divisão também se faz necessária já que, as atualizações do DSM-V são recentes e, os atuais instrumentos de avaliação para o TEPT ainda não possuem validação para tais mudanças.

Para a Análise do Comportamento os problemas comportamentais (sintomas de TEPT) se dão pelos paradigmas respondente e operante. No paradigma respondente um estímulo incondicionado gera uma resposta incondicionada (como por exemplo, respostas emocionais de medo, tristeza, ansiedade, dor, pavor e tensão). Esses estímulos que eram neutros são pareados a um evento extremamente aversivo (ao estímulo incondicionado), gerando assim estímulos condicionados, que eliciam respostas condicionadas (Calais, 2003; Knapp & Caminha, 2003).

No paradigma operante o estímulo condicionado faz com que o indivíduo emita comportamentos de esquiva/evitação. Nesse caso, o estímulo que elicia os respondentes passa a ter uma função discriminativa para uma resposta de esquiva. O indivíduo com TEPT entra em uma cascata de esquivas de situações, já que pequenas e mínimas instâncias de similaridade com os estímulos passam a funcionar como o estímulo real, condicionado. Além da cascata de esquivas promover um distanciamento crescente de situações e relações que mantém uma boa qualidade para o indivíduo (relações reforçadoras), ela também interfere na aquisição de comportamentos melhor adaptados e os sintomas do transtorno tendem a persistir, já que a esquiva previne a exposição ao estímulo evocativo, não permitindo a ocorrência da extinção (Kohlenberg, Tsai & Kohlenberg, 2006; Mendes, 2006).

(A) Exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual por vivenciar diretamente o evento traumático;

(B) Presença de um (ou mais) dos seguintes sintomas intrusivos associados ao evento traumático, começando depois de sua ocorrência: 1. Memórias recorrentes, involuntárias e intrusivas dos eventos traumáticos, 2. Sonhos angustiantes recorrentes nos quais o conteúdo e/ou o sentimento do sonho estão relacionados ao evento traumático, 3. Reações dissociativas (flashbacks) onde o indivíduo sente e age como se o(s) evento(s) traumático(s) estivessem ocorrendo, 4. Sofrimento psicológico intenso ou prolongado ante a exposição a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático, 5. Reações fisiológicas por meio de pistas internas ou externas que simbolizam ou se assemelham à um aspecto do acontecimento traumático.

(C) Evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático, começando após a ocorrência do evento, conforme evidenciado por um ou ambos dos seguintes aspectos: 1. Evitação ou esforços para evitar recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático, 2. Evitação ou esforços para evitar lembranças externas (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações) que despertem recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático;

(D) Alterações negativas em cognições e no humor associadas ao evento traumático começando ou piorando depois da ocorrência de tal evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos: 1. Inabilidade de lembrar um aspecto importante do evento traumático (tipicamente como uma amnésia dissociativa e não como outros fatores como dores de cabeça, álcool ou drogas), 2. Crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo (p. ex., "Não se deve confiar em ninguém"), 3. Cognições distorcidas persistentes a respeito da causa ou das consequências do evento traumático que levam o indivíduo a culpar a si mesmo ou os outros, 4. Estado emocional negativo e persistente (como medo, pavor, raiva, culpa e vergonha), 5. Interesse ou participação bastante diminuída em atividades significativas, 6. Sentimentos de distanciamento e alienação em relação aos outros, 7. Persistente inabilidade de expressar emoções positivas (como inabilidade de expressar alegria, satisfação e sentimentos de amor).

(E) Alterações marcantes na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático, começando ou piorando após o evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos: 1. Comportamento irritadiço e surtos de raiva (com pouca ou nenhuma provocação) geralmente expressos sob a forma de agressão verbal ou física em relação a pessoas e objetos, 2. Comportamento imprudente ou autodestrutivo, 3. Hipervigilância, 4. Resposta de sobressalto exagerada, 5. Problemas de concentração. 6. Perturbação do sono (p. ex., dificuldade para iniciar ou manter o sono, ou sono agitado).

(F) A perturbação (Critérios B, C, D e E) dura mais de um mês;

(G) A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo;

(H) A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., medicamento, álcool) ou a outra condição médica.

Figura 1: Critérios e sintomas do DSM-V para o Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

A generalização do estímulo eliciador também é um fenômeno encontrado nos casos de vítimas com TEPT. Isso ocorre porque, sempre que esses estímulos estiverem presentes, eles poderão eliciar respostas emocionais no indivíduo e adquirirem a função de operação estabelecedora para o comportamento de fuga/esquiva. Dessa maneira, há uma interação cíclica de contingências respondentes e operantes, que eliciam e produzem, respectivamente, os sintomas do transtorno. No TEPT o indivíduo emite respostas emocionais eliciadas por estímulos com propriedades semelhantes (até mesmo instâncias mínimas de semelhança) ao estímulo condicionado ao evento traumático, e é dessa forma que a generalização respondente se dá (Hernández, 2005; Kohlenberg, Tsai & Kohlenberg, 2006).

Levando em consideração os paradigmas envolvidos nos processos comportamentais do transtorno, pesquisadores apontam também diferentes manifestações de sintomas de acordo com o tipo de evento traumático vivido. Kohlenberg e Tsai (1998) descrevem dois tipos distintos de TEPT que variam de acordo com esse critério, sendo eles o TEPT Circunscrito, que ocorre em resposta a um evento específico (como acidente de carro, assalto e estupro isolado) e o TEPT Complexo que é resultado de um trauma interpessoal repetitivo por um espaço de tempo mais longo (como guerras, abuso físico, psicológico e sexual). Os autores pontuam distinções entre os efeitos desses traumas, sendo o Complexo o mais invasivo e duradouro em relação aos sintomas e também o que resulta num maior déficit de repertório social, principalmente problemas em manter relações de confiança e de intimidade.

O abuso sexual de maneira prolongada tem como consequência o desenvolvimento do TEPT Complexo (Cerqueira & Coelho, 2014) que tem como sintomas mais comuns a hipervigilância, irritabilidade, comportamento agitado e agressividade, sintomas classificados dentro da classe de respostas de hiperexcitação (Knapp & Caminha, 2003; Passarela, Mendes & Mari, 2010; Pedersen, Callaghan, Prins, Nguyen & Tsai, 2012; Soares & Lima, 2003). Além disso, há também um esforço por parte da vítima para evitar pensamentos, sentimentos, atividades, lugares e pessoas relacionados ao evento traumático ou que sejam estímulos para que o evento seja recordado, esses comportamentos são classificados como comportamentos funcionais de esquiva. Outros comportamentos relacionados ao TEPT por abuso sexual são o isolamento interpessoal, dificuldades de concentração e sintomas de reexperiência que incluem sonhos, pesadelos e flashbacks da situação vivida (Knapp & Caminha, 2003; Passarela, Mendes & Mari, 2010; Pedersen, Callaghan, Prins, Nguyen & Tsai, 2012; Soares & Lima, 2003).

Em diversos casos de TEPT muitas pessoas tendem a ser resilientes à experiência vivida, entretanto, nos casos de abuso sexual a resiliência não é frequente, isso porque o abuso envolve o trauma repetitivo por cuidadores, parceiros, familiares e conhecidos de confiança (Bonanno, 2004). Os efeitos a longo prazo do abuso sexual são, em sua maioria, problemas interpessoais e problemas em manter e criar relações de confiança e intimidade (Tsai, Feldman-Summers, & Edgar, 1979; Merrill, Guimond, Thomsen & Miller, 2003). Esse é o fator mais alarmante na escolha das intervenções e tratamentos para essa população, já que há um déficit evidente no funcionamento interpessoal dessas vítimas.

Tratamentos para o Transtorno de Estresse Pós-traumático

O Transtorno de Estresse Pós-traumático apresenta intervenções empiricamente validadas tanto para sua prevenção como para tratamento, sendo as mais difundidas aquelas com base na Terapia Cognitivo-Comportamental (Foa, Keane & Friedman, 2000; Markowitz et. al, 2015). A intervenção foco da maioria das terapias empiricamente validadas para o TEPT é a exposição, nela o indivíduo é exposto às lembranças do trauma, incluindo a revisão de memórias traumáticas com o objetivo de promover a habituação e extinção das responsas de medo aprendidas (Foa & Kozak, 1986; Makowitz et. al, 2015). A Exposição Prolongada (*Prolonged Exposure*- PE), *Cognitive Processing Therapy* (CPT) e *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) apresentam esse foco, apesar de a CPT apresentar dados com certa eficácia sem o uso da exposição (American Psychiatric Association, 2004; Institute of Medicine Committee on Treatment of PTSD, 2008; Markowitz, Milrod, Bleiberg & Marshall, 2009; Makowitz et. al, 2015; Resick, Uhlmansiek, Clum, Galovski, Scher & Yinong, 2008).

A Exposição Prolongada (PE) normalmente envolve a reexperiência do trauma por meio da exposição imaginária e da exposição *in vivo*. Na exposição imaginária a recordação da memória traumática é recontada diversas vezes, por meio da gravação ou escrita, do relato detalhado do trauma e posterior exposição repetida do áudio e/ou leitura. Outra forma envolve a exposição (*in vivo*) do indivíduo à estímulos, associados ao evento traumático, e que evocam intensa ansiedade, mas que não são realmente perigosos (Bisson & Andrew, 2007; Foa, Keane & Friedman, 2000; Williams, Cahill & Foa, 2010).

A *Cognitive Processing Therapy* (CPT) foi desenvolvida especificamente para o tratamento do TEPT por abuso sexual, e integra dois componentes distintos: terapia cognitiva

e exposição na forma de escrita e leitura sobre o evento traumático (Resick, 1992; Resick, Nishith, Weaver, Astin, & Feuer, 2002; Resick & Schnicke, 1992 e 1993). A CPT foca inicialmente na assimilação de crenças distorcidas, como a negação e a culpa, já a parte da exposição vem secundariamente, onde o indivíduo escreve detalhadamente sobre o evento traumático e lê para ele e para o terapeuta. Os clientes são encorajados a entrar em contato com os sentimentos enquanto escrevem sobre o trauma e múltiplos pontos críticos (àqueles que envolvem culpa, suposições e lacunas de lógica) são trabalhados durante essa escrita e leitura (Resick, Nishith, Weaver, Astin, & Feuer, 2002).

A Dessensibilização e Reprocessamento por meio dos Movimentos Oculares (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing - EMDR*) é composta por dois distintos mecanismos: exposição e a reestruturação cognitiva. A exposição na EMDR consiste em o terapeuta pedir para o indivíduo provocar pensamentos, imagens e sentimentos relacionados ao trauma para em seguida, avaliar suas condições aversivas e iniciar a restruturação cognitiva por meio de avaliações cognitivas alternativas do trauma (Brunnet, Silva, Soares, Guimarães & Pizzinato, 2014; Shapiro, 2001;). Enquanto o indivíduo foca nos pensamentos e imagens dolorosas e depois, foca na cognição alternativa, o terapeuta instrui o indivíduo para seguir com os olhos os movimentos (lateralmente alternados) feitos por ele (Brunnet, Silva, Soares, Guimarães & Pizzinato, 2014; Williams, Cahill & Foa, 2010; Shapiro, 2001).

A PE apresenta os melhores resultados na diminuição dos sintomas de reexperiência e de hiperexcitação, entretanto, sua eficácia nos sintomas de esquiva é baixo (Mulick, Landes & Kanter, 2005; Pedersen, Callaghan, Prins, Nguyen & Tsai, 2012). A CPT apresenta melhores resultados na diminuição da culpa e também uma pequena vantagem nos efeitos durante o acompanhamento de 3 meses, em relação à PE (Resick, Nishith, Weaver, Astin & Feuer, 2002). Já a EMDR é bem vista por apresentar resultados expressivos num menor espaço de tempo e por apresentar uma possível adaptação para o uso em diferentes abordagens terapêuticas, entretanto os resultados não são mais expressivos que os encontrados para PE e CPT (Bisson & Andrew, 2007; Brunnet, Silva, Soares, Guimarães & Pizzinato, 2014).

Apesar desses tratamentos apresentarem comprovações científicas eficazes na redução das taxas dos sintomas de TEPT, os altos índices de desistência, de até 50%, e o possível aumento dos sintomas de reexperiência, como efeitos adversos, mostram possíveis lacunas dos tratamentos cognitivo-comportamentais com o uso da exposição como

componente base (Bisson & Andrew, 2007; Foa, Zoellner, Feeny, Hembree, & Alvarez-Conrad, 2002; Schottenbauer, Glass, Arnkoff, Tendick & Gray, 2008).

Alguns outros fatores são apontados por diversas pesquisas como lacunas e dificuldades encontradas na utilização desses tratamentos, como a dificuldade de implementação da exposição pelo terapeuta. Fator relacionado ao treinamento não específico dos terapeutas e, consequentemente na preocupação com a segurança do uso da intervenção e dúvidas na utilidade da exposição em casos de comorbidades relacionadas ao transtorno, já que não há dados empíricos para guia-los. Além disso, há um alto índice de indivíduos que não aderem ao tratamento pelo potencial aversivo e intimidador da exposição (Becker, Zayfert & Anderson, 2004; Chard, 2005; Foa, Zoellner, Feeny, Hembree, & Alvarez-Conrad, 2002; Makowitz et. al, 2015; Rauch, Shin & Phelps, 2006; Schottenbauer, Glass, Arnkoff, Tendick & Gray, 2008; Schneier, Neria, Pavlicova, Hembree, Suh, Amsel & Marshall, 2012).

Essas lacunas e dificuldades não negam o valor da exposição como intervenção, mas sugerem campos a serem estudados, especialmente aqueles que focam intervenções alternativas para os indivíduos que não respondem à terapia baseada na exposição (Makowitz et. al, 2015; Rauch, Shin & Phelps, 2006; Schneier, Neria, Pavlicova, Hembree, Suh, Amsel & Marshall, 2012) e também aos tratamentos que focam a intervenção nos comportamentos de fuga/esquiva de relações interpessoais de intimidade e confiança, já que, em sua maioria, os casos de TEPT Complexo contém um fator interpessoal significativo, o que reflete em sintomas de dificuldades de relacionamentos interpessoais (Makowitz et. al, 2015; Merrill, Guimond, Thomsen & Miller, 2003; Tsai, Feldman-Summers, & Edgar, 1979).

No estudo de Wampold et. al (2010) a análise e avaliação de duas meta-análises sobre pesquisas de tratamentos para o TEPT apontaram alguns fatores que, aparentemente, seriam possíveis determinantes para o sucesso do tratamento para o transtorno (Figura 2). Dentre eles se destacam alguns itens que não são o maior foco nas terapias baseadas na exposição, sendo eles: desenvolvimento e monitoramento de uma relação terapêutica de confiança, segura e respeitosa; colaboração e consentimento sobre as tarefas e objetivos da terapia; garantir a segurança do paciente; ensinar o indivíduo a evitar a revitimização; identificar os recursos dos indivíduos; examinar a cadeia de eventos comportamentais e incentivo para produzir e utilizar apoio social.

Justificativa psicológica convincente, aceitável para o paciente
Conjunto sistemático de ações de tratamento coerente com a lógica
Desenvolvimento e monitoramento de uma relação terapêutica de confiança, segura e respeitosa
Colaboração e consentimento sobre as tarefas e objetivos da terapia
Nutrir esperança e criar um senso de auto-eficácia
Psicoeducação sobre PTSD
Oportunidade de falar sobre trauma (ou seja, contar histórias)
Garantir a segurança do paciente, especialmente se o paciente foi vítima em casos de violência doméstica, violência no bairro, ou de abuso
Ensinar os pacientes a evitar a revitimização
Identificar recursos do paciente, pontos fortes, habilidades de sobrevivência, recursos intra e interpessoais e construção de resiliência
Ensinar habilidades de enfrentamento
Examinar a cadeia de eventos comportamentais
Exposição (em sessão e *in vivo*, fora da sessão)
Dar sentido ao evento traumático e à reação do paciente ao evento
Atribuição de mudança aos próprios esforços do paciente
Incentivo para produzir e utilizar apoio social
Prevenção de recaídas

Figura 2: Possíveis fatores determinantes para o sucesso do tratamento de TEPT, traduzido do original em Wampold et al., 2010.

Levando em consideração as atuais necessidades e os possíveis fatores que ajudam no sucesso do tratamento para o TEPT levanta-se a hipótese de que as terapias contemporâneas, como as de terceira onda (baseadas no contextualismo), podem promover alternativas mais eficazes para o tratamento de TEPT (Mulick, Landes & Kanter, 2005).

Terapia de terceira onda: Psicoterapia Analítica Funcional (FAP)

A Psicoterapia Analítica Funcional é uma terapia de terceira onda, fundamentada na análise do comportamento e tem por princípios básicos a interação entre terapeuta e cliente, no "aqui e agora", com respostas contingentes do terapeuta aos comportamentos do cliente emitidos em sessão (Tsai, Kohlenberg, Kanter, Kohlenberg, Follete & Callaghan, 2011). O foco da intervenção na relação terapêutica promove mudanças em comportamentos relacionados a dificuldades de manter relacionamentos interpessoais íntimos e de confiança, ponto primordial no TEPT Complexo (Mulick, Landes & Kanter, 2005; Pedersen, Callaghan, Prins, Nguyen & Tsai, 2012).

Na FAP há o foco no responder contingente do terapeuta aos Comportamentos Clinicamente Relevantes (CRBs) do cliente. Esses CRBs apresentam semelhança funcional com os comportamentos emitidos fora da sessão, dessa forma, a resposta contingente aos CRBs1- aqueles comportamentos pouco adaptativos que ocorrem em sessão, comportamentos problema -, produzem CRBs2 - comportamentos de melhora que ocorrem em sessão, progressos do cliente – supõe-se que são generalizados para fora do contexto clínico e possibilitam a interpretação do cliente do seu próprio comportamento (CRB3) (Kohlenberg & Tsai (1991) e Tsai et. al (2011).

Kohlenberg e Tsai (1991) e Tsai et. al (2011) apontam cinco regras norteando a atuação do terapeuta na utilização da FAP, sendo elas: *Regra 1*: terapeuta estar atento aos CRBs - essa regra envolve o que os autores denominam de "consciência" e tem por objetivo identificar os CRBs ocorridos dentro da sessão; *Regra 2*: terapeuta evoca CRBs – essa regra delimita o que os autores denominam de "coragem" e tem por objetivo evocar CRBs além dos que já são evocados pelo ambiente e pela relação terapêutica por si só. Seria uma evocação de forma intencional, o que pode, muitas vezes, causar desconforto para o cliente e para o terapeuta; *Regra 3*: terapeuta reforça CRBs – essa regra delimita a atuação do terapeuta ao "amor", que seria reforçar contingentemente o comportamento do cliente apresentado em sessão; *Regra 4*: terapeuta observa os efeitos potencialmente reforçadores de seus comportamentos sobre o comportamento do cliente – essa regra tem como base estar atento ao impacto das respostas do terapeuta (Regra 3) sobre o comportamento do cliente; *Regra 5*: terapeuta fornece interpretações analítico-funcionais e implementa estratégias de generalização – essa regra tem como foco interpretar e generalizar, dessa forma, é possível estabelecer paralelos entre os comportamentos emitidos pelos cliente dentro e fora da sessão, tanto como as consequências produzidas na relação terapêutica.

Weeks, Kanter, Bonow, Landes e Busch (2012) apontam que a interação lógica da FAP inclui as cinco regras em sequência, de forma natural e progressiva, sendo possível assim, a ocorrência de mecanismos de mudança clínica. Segundo Kohlenberg e Tsai (1991/1998) o foco principal seria fazer uso da relação terapêutica para aplicar as regras e obter como resultados o enfraquecimento dos CRB1s, o fortalecimento de CRB2s e transposição desses ganhos para fora do ambiente terapêutico.

O tratamento com a FAP para casos de TEPT Complexo por abuso sexual, incluiria eliciar respondentes e operantes (CRBs1) e uma posterior habituação e extinção dos mesmos. A sessão FAP teria naturalmente uma ênfase nos problemas interpessoais já que a relação terapêutica seria um estímulo poderoso para eliciar e evocar esquiva de relações interpessoais, problemas em criar intimidade, conflito, raiva, medo, sentimentos sexualmente inapropriados e outras dificuldades de cunho interpessoal, sintomas característicos do transtorno (ABRAPIA, 2002; Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002; Merrill, Guimond, Thomsen & Miller, 2003; Mulick, Landes & Kanter, 2005; Pedersen, Callaghan, Prins, Nguyen & Tsai, 2012).

Psicoterapia Analítica Funcional e o Transtorno de Estresse Pós-traumático

A literatura atual aponta somente duas publicações com o uso da FAP para o tratamento do TEPT. O primeiro deles, um relato de caso clínico de Kohlenberg e Tsai (1998) onde uma cliente, vítima de estupro e com suspeita de ter sofrido abuso sexual pelo pai na infância, passa por seis anos de tratamento com FAP. A cliente apresentava sintomas de ansiedade, insônia, pesadelos recorrentes do estupro e reportava grandes dificuldades e esquiva de relacionamentos interpessoais. O capítulo não relata grandes detalhes de como a intervenção ocorreu, mas aponta que houve redução da esquiva de intimidade na relação terapêutica e consequente redução na esquiva de outras relações fora do contexto clínico.

A segunda publicação é um estudo experimental de Pedersen et. al (2012) realizado com uma participante que atingia critérios para TEPT e outras comorbidades. O estudo foi composto por dois estágios: na fase inicial, com duração de três anos, a cliente passou por atendimentos com base na Terapia Cognitivo Comportamental e os índices de sintomas de reexperiência e hiperexcitação diminuíram significativamente. No início do quarto ano de atendimento a cliente teve uma recaída no uso abusivo de álcool e significante isolamento interpessoal, por isso um segundo estágio se deu início, com a introdução da FAP. Nesse novo estágio os índices de distanciamento e esquiva apresentaram queda, além disso, os índices de reexperiência e hiperexcitação, continuaram em declínio.

Apesar de existirem apenas duas publicações demostrando a eficácia da FAP para a população com TEPT, resultados de pesquisas sugerem que a FAP apresenta melhoras significativas no funcionamento interpessoal dos clientes (Callahan, Summers, & Weidman,

2003; Kohlenberg, Kanter, Bolling, Parker, & Tsai, 2002; Oshiro, Kanter & Meyer, 2012). Além disso, Mangabeira, Kanter e Del Prette (2012) apontam a grande diversidade de estudo com bons resultados do uso da FAP para diferentes transtornos, principalmente aqueles com comprometimento interpessoal.

As atuais terapias baseadas em evidências para o Transtorno de Estresse Pós-traumático, são aquelas com base na estratégia de exposição. E, apesar de muito eficazes para sintomas de reexperiência e hiperexcitação, os altos índices de abandono dessas terapias mostram a necessidade de alterativas de tratamentos que diminuam a aversividade e que proporcionem maior foco de intervenção nos comprometimentos de esquiva de relacionamentos interpessoais e de relações de confiança.

Além disso, um estudo de comparação entre a efetividade da Exposição Prolongada *versus* Terapia Interpessoal (não baseada na exposição e nem na análise do comportamento, mas com foco nas relações interpessoais atuais) apresentou resultados estatisticamente parecidos com os da PE, mas não melhores (Makowitz et. al, 2015). Um dos fatores que pode ter influenciado no resultado não superior à PE pode ser pela não utilização da análise funcional dos comportamentos dos clientes, com foco exclusivo na topografia de suas relações interpessoais atuais, o que proporciona uma análise menos focada e pouco idiossincrática do indivíduo e consequentemente uma melhora menos duradoura e menos efetiva (Iwata, Dorsey, Slifer, Bauman & Richman, 1994). Bisson e Andrew (2007) apontam também que as melhores evidências de eficácia são aquelas com base cognitiva comportamental.

A Psicoterapia Analítica Funcional, apesar de apresentar baixo controle experimental nos seus poucos dados sobre TEPT (Mangabeira, Kanter & Del Prette, 2012), seria uma alternativa para essas lacunas já que é baseada na análise do comportamento (evidências encontradas por Bisson & Andrew, 2007), apresenta como intervenção o foco nas relações interpessoais, por meio da relação terapêutica, e por ser uma terapia de terceira onda, com foco na função do comportamento emitido, sendo específica e única para cada indivíduo (fator que pode ser significativo para administrar a intervenção e diminuir a evasão de terapia). Ademais, os pressupostos e a interação lógica da FAP apresentam diversos dos possíveis determinantes de eficácia para o tratamento do TEPT (Wampold et. al, 2010).

A análise funcional e a conceituação de caso clínico são fatores iniciais e determinantes para a atuação e aplicação de uma intervenção FAP. Em uma análise simples esses fatores

podem ser vistos na justificativa lógica, no tratamento coerente, psicoeducação sobre o transtorno, oportunidade para falar do trauma (caso isso seja CRB2 para o cliente), identificação de recursos, etc. Já a relação terapêutica como processo de mudança clínico pode ser vista nos possíveis determinantes que possibilitam o desenvolvimento de uma relação terapêutica segura e de confiança, na colaboração e consentimento sobre a intervenção, na garantia da segurança do indivíduo e no incentivo da criação e utilização de apoio social. Apesar da exposição não ocorrer na FAP de maneira sistematizada, como na Exposição Prolongada, ela pode ser realizada por meio da introdução de relatos do evento, se considerado um CRB2 para o cliente.

Delineamento experimental de caso único

Atualmente as pesquisas em psicoterapia na análise do comportamento, inclusive a FAP, apresentam dados empíricos pouco embasados, com baixos controles experimentais e com baixa validade interna e externa (Leonardi, 2016; Leonardi & Meyer, 2017). Após um levantamento dos estudos com FAP, Mangabeira, Kanter e Del Prette (2012) apontaram que apenas 42% dos estudos localizados apresentavam dados empíricos de qualidade, sendo que metade não demonstrava validade interna ou externa por serem estudos narrativos.

Leonardi (2016) aponta carência de dados empíricos que comprovem a eficácia da FAP já que, após o levantamento de Mangabeira, Kanter e Del Prette (2012), poucos artigos comprovando a eficácia da Psicoterapia Analítica Funcional foram publicados, sendo a maioria os expostos no *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy* de 2012 (McClafferty, 2012; Oshiro, Kanter & Meyer, 2012; Pedersen, Callaghan, Prins, Nguyen & Tsai, 2012; Xavier, Kanter & Meyer, 2012). Apesar do estudo de Pedersen, Callaghan, Prins, Nguyen & Tsai (2012) sobre TEPT e FAP apresentar bons resultados, o controle experimental foi baixo e, um delineamento de caso-único dentro dos critérios que aumentariam a validade interna e externa (Kratochwill, 2013; Kazdin, 1982) não foi utilizado.

O delineamento experimental de caso único (DECU) é atualmente apontado como um excelente método para estudos de evidências em psicoterapia (Gil, 2009; Hurst & Nelson-Gray, 2006; Lundervold & Belwood, 2000) já que ele possibilita um estudo comparativo entre o indivíduo e ele mesmo, permitindo que suas particularidades sejam mantidas e que o processo terapêutico se torne o menos artificial possível (Oshiro, 2011), sem deixar de lado o

rigor experimental e a objetividade da intervenção. Além disso, o DECU permite descrever os componentes responsáveis dos processos de mudanças clínicas; proporciona a investigação de uma nova intervenção clínica sem expor um número elevado de clientes à um procedimento terapêutico sem sustentação empírica, levando em consideração a ética; facilita que pesquisas empiricamente baseadas sejam propostas e aplicadas, já que o tempo e investimento para delineamentos em grupo é alto; e pode ser o ponto inicial de estudos clínicos randomizados (Gil, 2009; Hurst & Nelson-Gray, 2006; Lundervold & Belwood, 2000).

As atuais pesquisas em DECU têm utilizado principalmente a reversão como delineamento (Geremias, 2014; Mangabeira, 2014; Oshiro, 2011; Vartanian, 2017; Villas-Bôas, 2015) e por seu grande rigor experimental os dados se mostraram evidências fortes do efeito da FAP como tratamento para diversas situações e clientes onde há um comprometimento interpessoal. O delineamento em linha de base múltipla (LBM) ainda não foi utilizado em pesquisas de psicoterapia (Leonardi, 2016) entretanto, além dos benefícios já descritos do DECU, a LBM apresenta algumas vantagens já que: (1) alguns comportamentos são funcionalmente irreversíveis; (2) algumas vezes reverter comportamentos pode ser eticamente incorreto, principalmente para aqueles comportamentos que podem causar prejuízo e risco para a pessoa e outros ou até mesmo para comportamentos com baixo potencial de reestabelecimento após a retirada; (3) pode haver objeção para a reversão de alguns comportamentos por parte do cliente ou de seus cuidadores (Tawney & Gast, 1984).

Em pesquisas cujo objetivo é determinar o efeito de uma intervenção - variável independente (VI) – nas variáveis dependentes (VD), o delineamento em LBM entre sujeitos se mostra o ideal já que ele permite analisar o efeito da VI em cada cliente com controle dele, com ele mesmo e entre clientes, com a introdução da VI em tempos diferentes da intervenção, o que permite também observar se, com maior tempo de exposição à VI, melhor o efeito nas VDs (Tawney & Gast, 1984). Algumas limitações são importantes de ser pontuadas: (1) são necessários pelo menos três clientes com comportamentos funcionalmente similares e com histórias de aprendizagem semelhantes; (2) o comportamento alvo deve ser monitorado ao mesmo tempo e continuamente ao longo do processo terapêutico, o que pode ser exaustivo para o pesquisador; (3) as linhas de base prolongadas para os clientes que não receberam a intervenção podem induzir efeitos de extinção e também levanta uma questão ética do adiamento da introdução da intervenção (Tawney & Gast, 1984).

Levando em consideração, a necessidade de aumentar os dados empíricos em FAP, as possibilidades de delineamento experimentais de caso único e as necessidades da população que sofre de TEPT por abuso sexual, o delineamento em linha de base múltipla se mostra o mais adequado no estudo do efeito da FAP em vítimas de abuso sexual com diagnóstico de TEPT. Dessa maneira, o presente estudo tem por objetivo verificar o efeito da FAP em vítimas de abuso sexual com sintomas de TEPT. Como objetivo secundário do estudo pretende-se mostrar os processos de mudança clínicas envolvidos na utilização da FAP, a generalidade do uso da FAP em diferentes populações, e também replicação dos dados da tese de doutorado de Oshiro (2011), Oshiro, Kanter e Meyer (2012), dissertação de mestrado de Geremias (2014) e tese de doutorado de Villas-Bôas (2015).

MÉTODO

Participantes

Os participantes foram uma terapeuta (pesquisadora) com experiência e supervisão em FAP, três clientes adultos (todas mulheres, com 23, 29 e 34 anos) e três aferidores de concordância. Apesar de somente três participantes serem incluídas dentro do delineamento da pesquisa, foram selecionados mais dois participantes extras (ambas mulheres, com 21 e 40 anos), caso existisse alguma desistência. O único critério de inclusão para os participantes/clientes da psicoterapia foi atingir critérios do TEPT, por abuso sexual, com idade mínima de 18 anos e não possuir diagnóstico de Transtorno de Personalidade. Além disso, não foram selecionados sexo, escolaridade ou queixas dos clientes.

Foram encaminhadas cinco participantes que não atingiram critérios para a participação da pesquisa “Exposição Pós Rememoração no Traumatizado” sobre Transtorno de Estresse Pós-Traumático do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-FMUSP), por não recordarem dos eventos traumáticos em detalhes. Esses participantes passaram por avaliação de um psiquiatra e uma psicóloga e todas atingiram critério para o diagnóstico de TEPT e sofreram pelo menos um tipo de abuso sexual ao longo da vida. Assim que o encaminhamento se deu, no final de agosto de 2015, as participantes foram procuradas e iniciaram acompanhamento terapêutico.

A Participante 1, Alice[1], iniciou a terapia aos 23 anos, fazia pós-graduação e passou por um relacionamento amoroso, onde o namorado praticava abusos sexuais constantes e distintos durante todo o relacionamento. A Participante 2, Maria[1], iniciou a terapia aos 29 anos e também fazia pós-graduação, todos os relacionamentos, inclusive o casamento eram baseados em abusos sexuais constantes, entretanto, o primeiro abuso sexual se deu com o padrasto, aos 15 anos. A Participante 3, Bianca[1], iniciou a terapia aos 34 anos e estava desempregada há mais de 2 anos, ela não sabia precisar a idade exata que tinha no início dos abusos sexuais por parte do vizinho (um senhor, que era tido como avô), mas ela acreditava que tinha por volta dos 8/9 anos de idade. A Participante 4, Socorro[2], iniciou terapia aos 39 anos, trabalhava na área da saúde e sofreu abuso sexual por parte do pai durante toda a infância até a menarca. E a última, Participante 5[2], Sofia de 19 anos, estudante que vivia com os pais e sofreu abuso sexual por colegas em uma festa.

As participantes 4 e 5, não participaram do delineamento proposto no estudo, elas passaram por atendimento e foram selecionadas como participantes "extra", já que na literatura foi encontrado altos índices de desistência, em torno de 50%, dos clientes que passaram por terapias para tratamento do TEPT (Bisson & Andrew, 2007; Foa, Zoellner, Feeny, Hembree, & Alvarez-Conrad, 2002; Schottenbauer, Glass, Arnkoff, Tendick & Gray, 2008).

Os aferidores de concordância foram três psicólogos, dois em formação e um formado, que foram treinados para o uso do instrumento FAPRS utilizado nesse estudo para a categorização das unidades de análise (fala das díades).

[1] Nomes fictícios.

Ambientes e materiais

Os atendimentos foram conduzidos em uma sala da Centro Escola do Instituto de Psicologia (CEIP) da Universidade de São Paulo. As sessões foram gravadas por meio de aparelhos de mp3 entre terapeuta e clientes, para que as vozes fossem gravadas integralmente. Para o tratamento dos dados foram utilizados um computador e *pendrives* com as gravações de áudio das sessões.

Instrumentos

1) Formulário de avaliação idiográfica funcional (Functional Idiographic Assessment Template – FIAT, Callaghan, 2006):

O FIAT é um instrumento desenvolvido para ser utilizado em conjunto com a FAP. Nesse instrumento as classes de comportamentos que ocorrem em situações de relação interpessoal são especificadas funcionalmente e não topograficamente, como ocorre na maioria dos instrumentos. Dessa forma, o FIAT permite uma avaliação idiográfica de cada cliente por meio de uma avaliação semiestruturada para identificação de CRBs.

Por meio dessa avaliação é possível identificar as áreas em que o cliente apresenta recorrentes dificuldades, como falta de repertório, pioras relevantes na sua qualidade de vida e funcionamento interpessoal. A avaliação desse instrumento é dividida em cinco principais classes de comportamentos que podem conter diversas respostas ou uma mesma resposta do cliente na mesma classe. As cinco classes funcionais são: (a) asserção de necessidades, (b) comunicação bidirecional, (c) conflitos, (d) revelação e proximidade interpessoal, (e) experiência e expressão emocional.

O instrumento é composto por questionários sobre o comportamento do cliente: (1) Formulário de avaliação do cliente, (2) Exemplar do cliente e (3) Formulário de avaliação do terapeuta. Somente o Formulário de Avaliação do terapeuta foi utilizado nesse estudo, isso deve ao fato de que não há versões traduzidas e validadas para o português e não há razões para selecionar clientes que tenham fluência em leitura na língua inglesa. Esse formulário será então respondido pela terapeuta-pesquisadora, após ter interagido com o cliente, observado dificuldades que ele apresenta em sessão e relatos de dificuldades presentes fora da sessão. Na fase inicial do estudo o instrumento foi utilizado para a contextualização do caso de cada cliente, pontuando os CRBs, focos da intervenção.

2) Escala de Avaliação da Psicoterapia Analítica Funcional (Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale – FAPRS, Callaghan & Follette, 2008) adaptado:

O FAPRS é um sistema de classificação desenvolvido para a categorização de gravações em áudio e vídeo de sessões de terapia baseadas nos conceitos e procedimentos propostos pela FAP. Essa categorização é utilizada a fim de registrar e analisar funcionalmente os comportamentos do cliente e do terapeuta, além de possibilitar a observação de mudanças de comportamento que ocorrem no decorrer das sessões. O registro é sequencial das respostas verbais dos categorizados o que permite observar a relação entre as respostas e as consequências dadas pelo terapeuta para as respostas do cliente.

Dessa maneira, os comportamentos foram classificados por meio de códigos apresentados na Tabela 1, os códigos de categorização dos comportamentos do terapeuta e, na Tabela 2 códigos de categorização dos comportamentos do cliente.

Tabela 1: Códigos do FAPRS para categorização dos comportamentos do terapeuta (Callaghan & Follette, 2008), adaptados.

Códigos	**Descrição**
Regra 1	Avalia CRB em sessão
Regra 2	Evoca CRB em sessão
Regra 3-1	Responde efetivamente ao CRB1
Regra 3-2	Responde efetivamente ao CRB2
Regra 3-INF	Falha em consequenciar CRB1, CRB2 ou CRB3
Regra 4	Refere-se ou pergunta sobre o efeito de sua resposta sobre o comportamento do cliente
Regra 5	Discute um CRB3 ou O3
TTR	Fala com foco na relação terapêutica
TPR	Emite comportamentos efetivos ou facilitadores sem foco em CRBs ou Os
TO1	Discute ou descreve comportamento problema que ocorre fora da sessão
TO2	Discute ou descreve comportamento de melhora que ocorre fora da sessão

Tabela 2: Códigos do FAPRS para categorização dos comportamentos do cliente (Callaghan & Follette, 2008), adaptados.

Códigos	Descrição
CRB1	Emite comportamento problema na sessão
CRB2	Emite comportamento de melhora na sessão
CRB3	Descreve variáveis que controlam seu comportamento
Regra 4-C	Emite comportamento após o terapeuta emitir uma Regra 4
O1	Discute ou descreve comportamento problema que ocorre fora da sessão
O2	Discute ou descreve comportamento de melhora que ocorre fora da sessão
O3	Descreve relações funcionais relacionadas ao comportamento que ocorre fora da sessão
CTR	Fala com foco na relação terapêutica
CPR	Discute ou descreve problemas que ocorrem em situações que não a relação terapêutica, ou clarifica ou dá contexto sobre os problemas

4) Escala de Sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (traduzido e semanticamente validado por Berger et. al, 2004, do original PostTraumatic Stress Disorder (PTSD) Ckecklist – CivilianVersion, PCL-C, Weathers, Litz, Herman, Huska & Keane, 1993)

Essa escala (Anexo 1) foi desenvolvida para a população civil e avalia as consequências de diversos tipos de experiências traumáticas. Ambas as versões, original e em português têm como base os critérios diagnósticos do DSM-IV[2], para o TEPT. Ele é um inventário de autoavaliação a partir de uma escala *Likert* de cinco pontos, que avalia problemas psicológicos e sintomas psicopatológicos utilizando uma escala de gravidade que varia de 1 a 5 (sendo 1=nada e 5=muito). O preenchimento é realizado pela mensuração da perturbação dos sintomas observados pelo cliente no último mês.

A versão considera que o critério para o TEPT é atingido quando pelo menos 1 item de reexperiência (questões de 1 a 5), 3 itens de esquiva (questões de 6 a 12) e 2 itens de hiperexcitação (questões de 13 a 17), apresentam escore maior ou igual a 3. A nota de corte para TEPT em abuso sexual, baseado na porcentagem de prevalência (23,3%) para o transtorno nessa população (Cerqueira & Coelho, 2014), é de 36-44. Sendo abaixo de 36 como

[2] Os critérios do Transtorno de Estresse Pós-traumático são classificados em quatro categorias: reexperiência, esquiva, hiperexcitação e alterações na cognição e no humor. O instrumento PCL-C com validação semântica para o português ainda não apresentou atualizações para os novos critérios incluídos no DSM-V e/ou tradução para o PCL-C, sendo analisadas todas as categorias, exceto a "alterações na cognição e no humor".

não significativo para atingir critério para TEPT, entre 36-44 o nível crítico e acima de 44, com critério para o transtorno.

Dessa maneira, as notas de corte, para a inclusão diagnóstica para o TEPT, para a categoria reexperiência deve ser ≥11; para a categoria de esquiva deve ser ≥17; para a categoria de hiperexcitação deve ser ≥12; e o escorre total deve ser ≥44. Os critérios de mudanças clínicas são analisados pelo instrumento de duas maneiras: resposta ao tratamento e mudança clínica significativa. No primeiro o escore total deve cair em pelo menos 5 pontos e no segundo o escore total deve cair pelo menos 10 pontos.

Para o presente estudo as questões do instrumento continuaram separadas, em três áreas de acordo com os sintomas base do TEPT, sendo elas: sintomas de reexperiência, esquiva e hiperexcitação. A aplicação do instrumento ocorreu no início, durante (nos casos em que a fase experimental fosse composta por mais de 4 sessões) e no final de cada fase do delineamento.

5) Outcome Questionnaire- OQ-45.2 (traduzido e adaptado por Carvalho & Rocha, 2009, do original Lambert & cols. 2004)

O OQ-45.2 (Anexo 2) é um instrumento desenvolvido com a finalidade de avaliar o progresso do cliente, diversas e repetidas vezes, durante o processo de psicoterapia. Ele não é um instrumento teoricamente orientado, e pode ser aplicado a psicoterapias de diferentes fundamentações teóricas. O instrumento é composto por 45 itens sendo 25 deles relacionados a desconforto subjetivo, 11 sobre relacionamentos interpessoais e nove sobre desempenho do papel social. Cada um dos itens é respondido segundo a escala *Likert* de cinco pontos, que vai de "nunca" à "quase sempre".

O instrumento apresenta pontuação diferente para cada categoria, apresentadas na Tabela 1. A mudança clínica significativa ocorre com diminuição do escore ≥10 para os sintomas de desconforto subjetivo, ≥8 para sintomas de relacionamentos interpessoais, ≥7 para sintomas de desempenho do papel social e ≥14 para o escore total. Para o presente estudo o instrumento foi aplicado semanalmente, antes de cada sessão.

Tabela 3: Pontuação do instrumento OQ-45 de acordo com a categoria, com pontuação máxima, nível de corte clínico e mudança clínica significativa por escores.

	Pontuação máxima	*Nível de corte clínico*	*Mudança clínica significativa*
Desconforto Subjetivo	100	36	10
Relacionamentos Interpessoais	44	15	8
Desempenho do Papel Social	36	12	7
Total	180	63	14

Procedimento

Os devidos cuidados éticos do estudo foram conduzidos nos termos da Resolução 466, do Conselho Nacional de Saúde. O presente estudo foi submetido à apreciação da Comissão de Ética e iniciado após a aprovação. Depois de recebida a aprovação por esta Comissão e antes do início do processo terapêutico, os participantes selecionados foram informados a respeito da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participantes (Anexo 3), permitindo a utilização dos dados obtidos para fim de pesquisa.

Como tentativa de investigar os efeitos das intervenções FAP sobre os sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático e o processo de mudança clínico envolvido no tratamento, o delineamento experimental adotado foi o delineamento experimental de caso único em linha de base múltipla (LBM). Com introdução da variável independente (FAP) na FASE B. A escolha da LBM se deve às vantagens e necessidades descritas por Tawney e Glast (1984), já que para as vítimas de abuso sexual não seria benéfico a reversão isso porquê ao introduzir e retirar o foco da intervenção terapêutica nos comportamentos de intimidade e vulnerabilidade o potencial efeito aversivo da retirada poderia aumentar o distanciamento e a dificuldade de confiar por parte das clientes e consequentemente no prejuízo terapêutico para elas. Dados que vão contra os objetivos de uma terapia e também das questões éticas vigentes no tratamento terapêutico.

A Linha de Base (LB) foi composta por sessões necessárias para criar o vínculo terapêutico e para desenvolver a conceituação do caso. Na FASE A foi utilizada a Terapia Analítico Comportamental (TAC) como intervenção – com análise de contingências externas à

sessão e na FASE B a FAP foi introduzida e permaneceu até o fim da coleta, inclusive durante o acompanhamento.

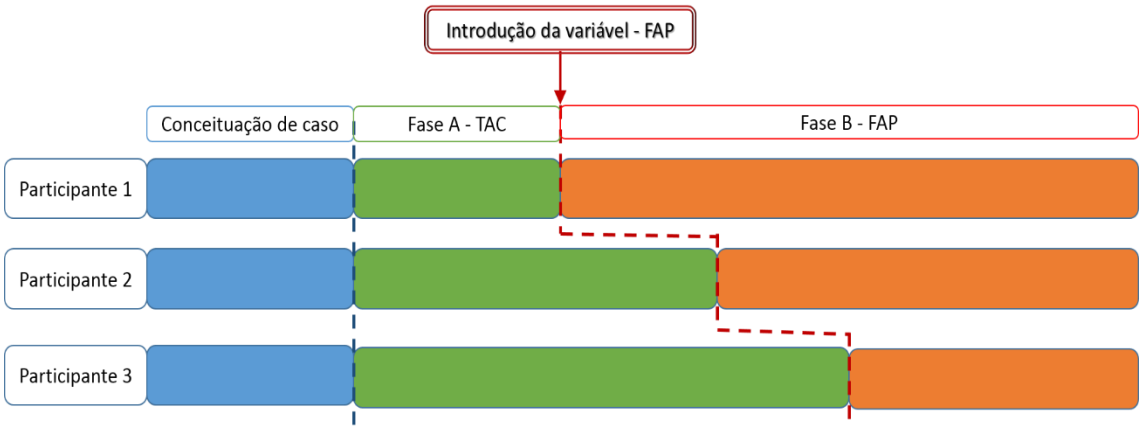

Figura 3: Delineamento experimental de caso único em linha de base múltipla entre participantes. Com introdução da variável independente (FAP), na Fase B.

Segundo Kratochwill (2013), para que um estudo seja validado ele deve ter pelo menos cinco pontos de coleta de dados em cada fase. Dessa maneira, foram realizadas pelo menos cinco coletas de dados para que houvesse uma padronização das respostas por fase, mas a mudança da FASE A para FASE B foi determinada pela estabilidade e tendências dos dados das variáveis dependentes (diminuição de CRB1s e aumento de CRB2s; e diminuição das classes do PCL-C). Os instrumentos PCL-C e OQ-45 foram respondidos pelos participantes ao longo de toda a coleta, independentemente da fase experimental vigente.

Linha de Base: Conceituação de caso

A Linha de Base, foi o momento de início da terapia, com o objetivo de estabelecer bom relacionamento terapêutico com cada cliente, a fim de diminuir a chance de desistência à terapia/pesquisa e aumentar a adesão da mesma. Nessa etapa foi realizada a conceituação dos casos, sem uso de intervenção sistemática e com auxílio do FIAT (Callaghan, 2006), com a identificação de CRBs específicos de cada cliente. Além disso, os clientes responderam ao PCL-C e OQ-45, como forma de controle dos sintomas para possíveis comparações de resultados pré, durante e pós terapia. A Linha de Base foi encerrada assim que a conceituação do caso foi bem definida, sem limitação de número de sessões.

Fase A: Análise de contingências externas e de conteúdo (TAC)

Na FASE A: Etapa inicial do arranjo experimental - os participantes passaram por uma intervenção com Terapia Analítico-comportamental, com o foco e análise das contingências externas à sessão e de conteúdo das falas, sem o uso da intervenção sistemática da FAP. Nessa fase o instrumento OQ-45 foi respondido semanalmente pelo cliente e o PCL-C, mensalmente. O Sistema de Categorização da Psicoterapia Analítica Funcional (FAPRS) foi utilizado para a categorização ampla dos comportamentos da terapeuta e do cliente. Essa fase encerrou assim que estabilidade e tendência dos dados de CRB1, CRB2 e Classe de Comportamentos de Esquiva do PCL foram analisadas.

Fase B: Introdução da variável independente - FAP

Na FASE B: Introdução da variável independente FAP, houve a introdução da FAP, de maneira sistemática, com todas as regras (1, 2, 3, 4 e 5). Nessa fase o instrumento OQ-45 continuou com aplicação semanal e o FAPRS foi utilizado para computar as variáveis dependentes selecionadas e o instrumento PCL-C com aplicação mensal.

Fase final: Acompanhamento (follow-up)[3]

Na fase de acompanhamento, tanto o PCL-C como o OQ-45 foram reaplicados a fim de avaliar mudanças e os resultados terapêuticos. O tempo de acompanhamento não foi estendido devido ao tempo de coleta. Até a fase de acompanhamento os clientes permaneceram em terapia já que os objetivos terapêuticos não foram alcançados e a interrupção seria considerada antiética.

Análise de dados

Os procedimentos de análise dos dados incluíram a transcrição das sessões, a categorização das mesmas, o cálculo de concordância e a tabulação dos dados.

A terapeuta-pesquisadora gravou as sessões e, utilizou as transcrições das mesmas para categorizar os comportamentos dos clientes e da terapeuta, a partir das categorias do FAPRS, descrito na sessão de "instrumentos". As sessões utilizadas para a conceituação e identificação foram as inicias e também foram utilizadas para a conceituação do caso com o

[3] A fase final, de acompanhamento, está representada e nomeada nos gráficos como *follow-up.*

uso do instrumento FIAT. A partir das sessões categorizadas, os aferidores de concordância também categorizaram pelo menos 20% das sessões categorizadas a fim de avaliar o nível de concordância da categorização (Kratochwill, Hitchcock, Horner, Levin, Odom, Rindskopf, & Shadish, 2013). O cálculo da concordância da categorização aumenta a fidedignidade do trabalho e para isso foram considerados os valores da concordância bruta e do índice Cohen Kappa, considerando-se medidas aceitáveis a concordância acima de 80%, por porcentagem, e acima de 60% por coeficiente Kappa (Suen & Ari, 1989; Kratochwill et. al, 2013).

A categorização dos comportamentos dos clientes e terapeutas foram realizadas para a verificação da congruência entre as respostas dos clientes e os dados obtidos com os outros instrumentos (PCL-C e OQ-45). Os dados do instrumento PCL-C foram classificados em três subgrupos (reexperiência, esquiva e hiperexcitação) com o intuito de observar e mensurar as possíveis mudanças ocorridas ao longo do processo terapêutico.

Para a análise dos dados produzidos pelo procedimento (introdução da FAP), foram realizadas comparações entre a quantidade de cada CRB's e O's emitidos pelo cliente, e também por suas funções, em cada fase do experimento (Linha de Base, FASE A, FASE B e *Acompanhamento*), com as respostas do PCL-C e OQ-45. Tais análises permitiram verificar qual das fases do experimento foram capazes de produzir maior quantidade de CRB2, O2, CRB3, O3, e sintomas descritos pelo PCL-C e OQ-45 e qual das fases produziu diminuição da quantidade de CRB1, O1 e sintomas do TEPT.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados apresentados a seguir resultam da análise de 34 sessões dos participantes (14 sessões da participante Alice, 13 sessões da participante Maria e 11 sessões da participante Bianca) ao longo das três fases experimentais propostas pelo delineamento de pesquisa. Os critérios de Kratochwill et al. (2013), mínimo de cinco ponto de análises de dados por fase, foram seguidos e os dados serão descritos a seguir.

No total foram analisadas 18.409 (dezoito mil, quatrocentos e nove) unidades de análises, sendo elas as díades de interação entre terapeuta (T) e cliente (C). Para a participante Alice foram analisados 5.490 (T= 2.751 e C= 2.739), para Maria foram analisadas 7.378 (T= 3.698 e C= 3.680) e para Bianca foram analisadas 5.541 (T= 2.517 e C= 2.524) unidades de análise.

Tabela 4: Quantidade de unidades de análise separadas por cliente e terapeuta, nas diferentes fases experimentais.

Fase experimental		*Alice*	*Maria*	*Bianca*
Fase A - TAC	*Cliente*	972	1.461	1.167
	Terapeuta	976	1.466	1.163
Fase B - FAP	*Cliente*	1.509	1.903	1.083
	Terapeuta	1.517	1.915	1.080
ACOMPANHAMENTO	*Cliente*	258	316	274
	Terapeuta	258	317	274
TOTAL	*Cliente*	2.739	3.680	2.524
	Terapeuta	2.751	3.698	2.517
TOTAL	*GERAL*	5.490	7.378	5.541

Os resultados serão descritos e discutidos de acordo com a ordem: (1) Conceituação de Casos; (2) Resultados do PCL-C; (3) Resultados do OQ-45; (4) Resultados da aferição de concordância e (5) Resultados das categorizações das sessões pela Escala de Avaliação da Psicoterapia Analítica Funcional (FAPRS).

(1) ***<u>Conceituação de casos</u>***

PARTICIPANTE 1: ALICE

Identificação da cliente

Alice (nome fictício), 23 anos de idade, solteira. Na época do atendimento a cliente fazia mestrado, morava com a mãe e só havia tido um relacionamento sério.

Queixas apresentadas

Alice apresentou como queixas iniciais dificuldade e dormir, sonhos e pesadelos recorrentes e ligados à situações de abuso ou em que sentia vontade de fugir (fato que relaciona também à situação de abuso) e dificuldades de concentração para realizar as tarefas das disciplinas e do mestrado. A cliente apontou também como grande queixa a dificuldade de manter relações e de confiar novamente em pessoas. Na fase inicial da terapia a cliente não tinha nenhuma amiga ou pessoa para se relacionar, com exceção da mãe.

História de vida relevante

Alice sempre foi uma pessoa com pouco contato social e os que existiam eram distantes e pouco íntimos. Antes mesmo de nascer, a mãe da cliente terminou o relacionamento com o pai de Alice e ela nunca teve contato com o pai. A mãe nunca mais se relacionou com outra pessoa e o avô, única boa relação da mãe de Alice, faleceu também antes de ela nascer. Segundo relatos da cliente a relação familiar (materna) nunca foi próxima e elas passaram por uma situação de negligencia e poucos cuidados, chegando até mesmo à não terem o que comer em algumas situações.

As relações de amizade de Alice sempre foram escassas e pouco duradouras. Ela relatou situações na infância em que deixava de se relacionar com amigas por serem cruéis e até mesmo por não seguirem seus pedidos (como no caso de uma amiga, que no aniversário, convidou uma garota que tratava Alice mal, pelo fato de serem vizinhas e por estar interessada no irmão da garota cruel). A cliente também pontuou que diversas vezes deixou de se relacionar com amigas após a mãe avisar que as amigas não faziam nada por ela ou não mantinham a amizade (como no caso de uma amiga que foi convidada para o aniversário de 15 anos de Alice e, ao chegar lá, não comeu nada. A mãe da cliente disse para ela que a menina estava com nojo da comida da família e que isso era um absurdo. Depois disso a cliente parou

de sair com amiga). Esse padrão de sempre responsabilizar os outros para o término ou pouca manutenção de amizades e relacionamentos próximos e íntimos é persistente e constante nos relatos da Alice.

O único relacionamento amoroso de Alice aconteceu somente na graduação. Caio era um pouco mais velho que Alice e eles se conheceram na universidade. Após um ano de namoro eles resolveram ter a primeira relação sexual. Esse foi um evento marcante e muito aversivo para a cliente já que, ainda no caminho para o motel, ela começou a ficar desconfortável. Segundo Alice, no motel, Caio forçou a penetração mesmo após seus pedidos para parar e dizer "não" por estar com dor. Ela classificou a primeira relação sexual dela como um estupro. As próximas poucas relações sexuais dos dois se deram dessa maneira, sem o consentimento e contra a vontade da cliente, por mais um ano. Alice relatou que "eu me sentia obrigada a fazer, já que eu era namorada dele" e que durante diversas situações o namorado fazia carícias e passava a mão nela sem o consentimento e em locais públicos (ônibus, dentro do carro). Caio chegou a retirar os seios dela do sutiã dentro de um ônibus fretado lotado. O relacionamento durou dois anos no total e, somente um ano após o término, Alice diz ter percebido que sofreu violência sexual por parte do ex-namorado.

Após se dar conta de que sofreu violência sexual por parte do ex-namorado, Alice contou o que aconteceu para sua mãe e para sua única melhor amiga da época. Ambas minimizaram o que aconteceu, dizendo que não foi nada demais e que foi impressão dela. Nunca mais Alice sentiu abertura e acolhimento para falar com a mãe e a amiga sobre esse assunto. Depois disso ela só conseguiu contar para uma médica, que se assustou, mas não disse nada e para duas profissionais de saúde (psicólogas e pesquisadoras, sendo uma delas a terapeuta atual) que a acolheram. Após o relacionamento abusivo Alice se descreveu mais isolada, distante e com dificuldade de confiar nas pessoas.

Dificuldades apresentadas/ identificação dos comportamentos clinicamente relevantes

As dificuldades de Alice se davam principalmente e talvez exclusivamente nos relacionamentos interpessoais. Ao relatar seus relacionamentos interpessoais Alice descrevia uma frequência alta de "sumiços" de amigos e términos de amizades por falta de cuidado e por falta de o outro perceber como ela se sentia e também um afastamento por ela nessas

condições. Esse afastamento dela se dava por meio de brigas, discussões e principalmente pelo seu desaparecimento e recusas para convites. Como consequência, essas pessoas deixavam de procurá-la, sem entender o que havia acontecido.

Comportamentos clinicamente relevantes

Alguns comportamentos emitidos por Alice diante da terapeuta chamaram a atenção: (1) relato de eventos com pouca expressão facial ou uso excessivo de autoclíticos o que dificultava para a terapeuta entender o impacto na cliente; (2) falas responsabilizando os outros e nunca ela mesma, ou parte de sua responsabilidade; (3) oposição e (4) irritação à terapeuta e análises dadas e (5) vitimização constante. Esses comportamentos de Alice dificultavam a aproximação e o contato da terapeuta.

Ao analisarmos que, fora de sessão, a cliente tende a se esquivar de toda e qualquer situação de vulnerabilidade e intimidade (O1) ela também emite comportamentos com essa finalidade dentro de sessão. Alguns CRB1 são correspondentes à essa grande classe de comportamentos e serão descritos na Tabela 5, seu correspondente em CRB2 (comportamento de melhora esperado) segue exposto na Tabela 6.

Tabela 5: Comportamentos clinicamente relevantes do tipo: problema (CRB1) da cliente Alice descritos em grande classe por função e em suas variantes topografias.

CRB1	ESQUIVA DE RELAÇÕES QUE SINALIZAM INTIMIDADE E VULNERABILIDADE
CRB1.A	Fazer pedidos de forma pouco clara (mandos disfarçados) 1. Relatar eventos com pouca expressão facial e/ou autoclíticos 2. Falar de forma confusa, sem detalhamento claro das contingências 3. Falar de outros assuntos e não fazer pedido direto (com cinco minutos finais de sessão solta uma necessidade (Sd - olhar para o gravador)
CRB1.B	Responsabilizar os outros por seus comportamentos (menos a mãe) 1. Oposição (mudar de assunto, dar explicação vazia – culpar a depressão, discordar da terapeuta, ignorar o que a terapeuta diz). 2. Irritação (mudar o tom de voz, responder rispidamente e de forma pontual, monossilábica). 3. Vitimização (chorar, fazer relatos de muito sofrimento). 4. Chegar atrasada na sessão, responsabiliza as linhas de ônibus e metrô

Tabela 6: Comportamentos clinicamente relevantes do tipo: melhora (CRB2) esperado para a cliente Alice descritos em grande classe por função e em suas variantes topografias.

CRB2	CONTATO MAIS ÍNTIMO E PESSOAL, COM EXPOSIÇÃO E VULNERABILIDADE ADEQUADAS
CRB2.A	Fazer pedidos de forma clara e assertiva (mandos diretos) 1. Relatar eventos com uso de autoclíticos, detalhes, expressões faciais condizentes com sua necessidade 2. Fazer pedidos diretos e claros: "Gostaria de falar sobre esses assuntos, temos tempo?".
CRB2.B	Assumir a responsabilidade dos seus comportamentos 1. Ouvir a terapeuta, escutar e concordar com as análises 2. Mesmo que não aceitar a análise feita, dizer de forma assertiva que não concorda 3. Assumir influência de seus sentimentos e história de contingência passadas como parte das repostas atuais 4. Chegar no horário da sessão e/ou pedir desculpas para a terapeuta pelo atraso

Diagnóstico do caso/ DSM

Alice apresentava queixas que poderiam ser classificadas desde a infância como pertencentes ao transtorno psicológico de depressão, entretanto, após o relacionamento amoroso abusivo sexualmente a cliente passou a apresentar comportamentos dentro do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). A "característica essencial do transtorno de estresse pós-traumático é o desenvolvimento de sintomas característicos após a exposição a um ou mais eventos traumáticos" (DSM V). Dentre as grandes oito critérios diagnósticos, Alice apresenta pontuações para todos eles, descritos à seguir:

(A) Exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual por vivenciar diretamente o evento traumático;

(B) Presença de um (ou mais) dos seguintes sintomas intrusivos associados ao evento traumático, começando depois de sua ocorrência: 2. Sonhos angustiantes recorrentes nos quais o conteúdo e/ou o sentimento do sonho estão relacionados ao evento traumático, 4. Sofrimento psicológico intenso ou prolongado ante a exposição a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático;

(C) Evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático, começando após a ocorrência do evento, conforme evidenciado por um ou ambos dos seguintes aspectos:

1. Evitação ou esforços para evitar recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático, 2. Evitação ou esforços para evitar lembranças externas (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações) que despertem recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático;

(D) Alterações negativas em cognições e no humor associadas ao evento traumático começando ou piorando depois da ocorrência de tal evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos: 2. Crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo (p. ex., "Não se deve confiar em ninguém"), 3. Cognições distorcidas persistentes a respeito da causa ou das consequências do evento traumático que levam o indivíduo a culpar a si mesmo ou os outros, 5. Interesse ou participação bastante diminuída em atividades significativas, 6. Sentimentos de distanciamento e alienação em relação aos outros.

(E) Alterações marcantes na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático, começando ou piorando após o evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos: 1. Comportamento irritadiço e surtos de raiva (com pouca ou nenhuma provocação) geralmente expressos sob a forma de agressão verbal ou física em relação a pessoas e objetos, 3. Hipervigilância, 4. Resposta de sobressalto exagerada, 5. Problemas de concentração. 6. Perturbação do sono (p. ex., dificuldade para iniciar ou manter o sono, ou sono agitado).

(F) A perturbação (Critérios B, C, D e E) dura mais de um mês;

(G) A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo;

(H) A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., medicamento, álcool) ou a outra condição médica.

Análise Funcional

Apesar de Alice apresentar diversos sintomas do TEPT, seu maior comprometimento era o social. A esquiva de relacionamentos interpessoais, principalmente aqueles que demandavam e sinalizavam intimidade e vulnerabilidade, ocorriam de diversas maneiras e tendiam a afastar as pessoas do seu convívio. Entretanto, a médio e longo prazo essas esquivas

aumentavam o isolamento social e os sentimentos de solidão. Mesmo que topograficamente os comportamentos-problema e as dificuldades apresentadas por Alice estivessem dentro da classe de “hiperexcitação” e “alterações negativas em cognições e no humor”, funcionalmente esses comportamentos podiam ser classificados dentro de uma classe maior: “esquiva/ evitação”.

É importante ressaltar que uma cadeia comportamental era predominante e possuía alta frequência na Alice: diante do pedido não atendido pelos outros (antecedente) - que seria uma punição como consequência por Alice fazer pedidos pouco claros - a cliente responsabiliza os outros (se opõe da responsabilidade, fica irritada e se vitimiza pelo outro não ter inferido suas necessidades e sentimentos) e dessa forma as pessoas se afastam (reforço negativo - S^{r-}). Toda e qualquer exposição ao contato social se mostra como um sinal de muita vulnerabilidade (Tabela 7)

Ao analisarmos na literatura os casos de abuso sexual e as consequências causadas por ele é visto nítida e claramente um comprometimento nos relacionamentos interpessoais (Knapp & Caminha, 2003; Soares & Lima, 2003; Passarela, Mendes & Mari, 2010; Pedersen, Callaghan, Prins, Nguyen & Tsai, 2012). Isso porque qualquer tipo de exposição às pessoas produz vulnerabilidade e essa vulnerabilidade sinaliza uma grande chance de um novo evento estressor e traumático ocorrer. Dessa forma, a esquiva de relacionamentos íntimos e verdadeiros é reforçada pela retirada de um possível aversivo. E tudo isso entra num *looping* de esquivas que diminuiu o repertório da vítima e faz com que, quando ela se exponha novamente, seja punida pela introdução de um aversivo (relação traumática – com agressividade, poucos cuidados, etc.).

Tabela 7: Análise funcional dos comportamentos de Alice, com a descrição dos antecedentes, respostas e consequências.

Antecedentes	Respostas	Consequentes
Situações que demandam intimidade e vulnerabilidade	* Faz pedidos pouco claros. * Demonstra sentimentos de indiferença. *Responsabiliza os outros* * Oposição (muda de assunto, dá explicação vazia, discorda da pessoa). * Irritação (muda o tom de voz, responde rispidamente e de forma pontual, monossilábica). * Vitimização (chora, faz relatos de muito sofrimento).	*Seu pedido não é atendido (P^+). * As pessoas não a compreendem (P^+). * Pessoas mudam de assunto e param de insistir para ter mais informações (S^{r-}). * Pessoas dão atenção para a vitimização (S^{r+}). *Isolamento social (S^{r-}/P^+ em médio e longo prazo).
Dificuldade em escrever e desenvolver o projeto de mestrado	* Manda mensagem no celular para o orientador e diz que só precisa da assinatura dele. * Recusa os dias e horários para o encontro dados pelo orientador (oposição). *Responsabiliza ele por não ter outro horário.	* Orientador manda possibilidades para um encontro rápido (S^{r+}/P^+ por não ser o que ela pediu). * Orientador se afasta dela e não faz pedidos (S^{r-}/P^+ em médio e longo prazo).
Terapeuta analisa situação e faz perguntas	* Oposição (muda de assunto, dá explicação vazia, discorda da terapeuta). * Irritação (muda o tom de voz, responde rispidamente). * Vitimização (chora, faz relatos de muito sofrimento).	* Terapeuta muda de assunto e para de insistir para ter mais informações ou analisar (S^{r-}). *Terapeuta dá atenção para a vitimização (S^{r+}).

PARTICIPANTE 2: MARIA

Identificação da cliente

Maria (nome fictício), 29 anos de idade, casada. Na época do atendimento fazia doutorado, morava com o marido (casada há três anos) na cidade há um ano.

Queixas apresentadas

Maria apresentou como queixas iniciais de taquicardia, sudorese, hipersonia, sonhos e pesadelos relacionados ao abuso que sofreu na adolescência, falta de apetite, perda de peso extrema nos meses que antecederam o início dos atendimentos e muita dificuldade de realizar tarefas diárias.

História de vida relevante

Maria cresceu no meio de uma família desestruturada, com a irmã (mais nova), mãe e pai. Ainda criança seus pais se separaram e a mãe era negligente com os cuidados das filhas. Por diversas vezes ela morava com um casal de tios por alguns meses e depois voltava a morar com a mãe. Essas idas e vinda eram relacionadas às dificuldades financeiras da mãe. A mãe arrumou um namorado que ajudava financeiramente com as obrigações da casa e ela e a irmã voltaram a morar com a mãe.

Na infância Maria chegou a morar em outro país algumas vezes, com a mãe, irmã e padrasto. A mãe fazia essa transição entre Brasil e o outro país em busca de crescimento financeiro. De volta ao Brasil, na adolescência, aos 15 anos, Maria sofreu abusos sexuais constantes do seu padrasto. Os abusos sexuais aconteceram em forma de sexo oral e penetração, enquanto a mãe e a irmã não estavam em casa. A cliente não soube precisar quanto tempo duraram os abusos, mas relata muita culpa, tanto por sentir que estava traindo a mãe, como por ter sentido prazer em algumas situações, apesar dos sentimentos de medo e terror serem persistentes.

Maria teve poucos relacionamentos amorosos e mantinha essas relações por meio de comportamentos sexuais mais intensos, com relacionamentos longos com homens casados ou que tinham namoradas. A cliente relatou que, apesar de ter um comportamento sexual intenso, ela nunca conseguiu ter orgasmos com esses homens e que nessas relações os homens a tratavam com desdém e pouco ou nenhum carinho. Com 26 anos Maria passou a

frequentar uma igreja, onde conheceu seu atual marido, com quem estava casada há três anos.

Maria era uma mulher religiosa, seguindo ao máximo os dogmas de sua igreja. Muitas vezes seu comportamento era controlado pelos deveres que devia ter como frequentadora da sua religião, e essas regras eram fortes o suficiente para expor ela a situações aversivas. Isso porque, até o meio do ano do início dos atendimentos Maria não havia contado para ninguém sobre os abusos sofridos na adolescência e, segundo ela, as lembranças dos eventos eram esporádicas e curtas.

Em um curso para casais na sua igreja ela precisou responder a um questionário e lá existia a pergunta: "Você já sofreu abuso?". A cliente relatou que não estava preparada para contar isso para ninguém, mas já que ela não podia mentir, acabou dizendo. O marido leu a resposta (que deveria ser sigilosa), conversou com ela e partir desse momento ela passou a ter diversos sintomas como: hipersonia, falta de apetite, pesadelos, etc. (previamente apontados em *queixas apresentadas*). Além disso, as relações sexuais com o marido passaram a ser doloridas e repletas de respondentes de ansiedade (taquicardia, sudorese, tremores). Apesar de dizer para o marido que não queria manter relações ele forçava e mantinha relações sexuais com ela. Maria relata que muitas vezes falava do abuso para terceiros (principalmente na igreja) e permitia o abuso da parte do marido para "se livrar" logo da situação.

Dificuldades apresentadas/ identificação dos comportamentos clinicamente relevantes

As dificuldades de Maria se davam principalmente nos relacionamentos interpessoais. Isso porque, a cliente sempre foi mais isolada e relatou pouco contato com as pessoas (e não só por ter mudado de cidade). O ponto de maior dificuldade de relacionamento se dava com o marido, já que ela se via dependente das regras da igreja e também apresentava dificuldades em pedir e negar pedidos feitos a ela. O casamento e as relações sexuais com o marido passaram a ser abusivas e aversivas.

Comportamentos clinicamente relevantes

Alguns comportamentos emitidos por Maria diante da terapeuta chamaram a atenção: (1) ria e não expressava tristeza ou choro quando falava de situações difíceis (p.e. sobre o abuso), (2) suava quando falava das situações de abuso, (3) respondia de maneira curta, vaga,

superficial e impessoal às perguntas, (4) justifica a situação abusiva ocorrer com o marido por conta dos dogmas da sua religião. Esses comportamentos de Maria dificultavam a aproximação e o contato da terapeuta já que ficava difícil entender até que ponto poderia chegar no assunto do abuso e até mesmo como podia ajudar a mudar a situação de vida da cliente já que ela relatava tudo de maneira superficial e sempre justificava que não mudaria nada por conta da religião.

Ao analisarmos que, fora de sessão, a cliente tende a se esquivar de toda e qualquer situação de vulnerabilidade e intimidade (O1) ela também emite comportamentos com essa finalidade dentro de sessão. Alguns CRB1 são correspondentes à essa grande classe de comportamentos e serão descritos na Tabela 8, seu correspondente em CRB2 (comportamento de melhora esperado) segue exposto na Tabela 9.

Tabela 8: Comportamentos clinicamente relevantes do tipo: problema (CRB1) na cliente Maria descritos em grande classe por função e em suas variantes topografias.

CRB2	ESQUIVA DE RELAÇÕES QUE SINALIZAM INTIMIDADE E VULNERABILIDADE
CRB1.A	Fazer pedidos de forma pouco clara (mandos disfarçados) 1. Mudar de assunto/ desconversar sobre as situações de abuso (na adolescência e com o marido) 2. Esboçar pouca emoção contingente ao relato (p.e. ri na situação de nervosismo) 3. Sudorese, movimentação do corpo diferente quando incomodada com o assunto 4. Relatos curtos, confusos e/ou impessoais das contingências da vida e das dificuldades 5. Isentar de opinar
CRB1.B	Justificar a sua passividade com uso das regras da sua religião ou sobre o que os outros irão pensar. A função é de esquiva das próprias dificuldades interpessoais que tem em lidar com situações de intimidade de vulnerabilidade 1. Dizer não poder negar sexo ao marido 2. Relatar que deve ser submissa ao marido 3. Pontuar que não pode fazer porque vai contra as regras de Deus e da Igreja 4. Amenizar a situação do marido e de outras pessoas abusivas ou que compactuam com o abuso 5. Falar na terceira pessoa (p.e. “Nós pensamos...”)

Tabela 9: Comportamentos clinicamente relevantes do tipo: melhora (CRB2) esperado para a cliente Maria descritos em grande classe por função e em suas variantes topografias.

CRB2	CONTATO MAIS ÍNTIMO E PESSOAL, COM EXPOSIÇÃO E VULNERABILIDADE ADEQUADAS
CRB2.A	Fazer pedidos de forma clara e assertiva 1. Pontuar que não consegue falar mais detalhes do evento 2. Relatar eventos com expressões faciais e emoções condizentes com sua necessidade 3. Relatos longo com uso de autoclíticos, detalhado e mais pessoal 4. Falar a opinião
CRB2.B	Assumir responsabilidade pela solução do problema, ser agente ativa na resolução do problema. 1. Tentar implementar novos comportamentos 2. Analisar as consequências das escolhas 3. Assumir o que quer 4. Analisar responsabilidade do marido nos abusos 5. Falar na primeira pessoa (p.e. “Eu não concordo...”)

Diagnóstico do caso/ DSM

Maria aparentemente não apresentava queixas antes da descoberta do abuso na adolescência pelo marido, entretanto, a partir desse momento passou a apresentar queixas pertencentes ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). A “característica essencial do transtorno de estresse pós-traumático é o desenvolvimento de sintomas característicos após a exposição a um ou mais eventos traumáticos” (DSM V). Dentre as grandes oito critérios diagnósticos, Alice apresenta pontuações para todos eles, descritos à seguir:

(A) Exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual por vivenciar diretamente o evento traumático;

(B) Presença de um (ou mais) dos seguintes sintomas intrusivos associados ao evento traumático, começando depois de sua ocorrência: 1. Memórias recorrentes, involuntárias e intrusivas dos eventos traumáticos, 2. Sonhos angustiantes recorrentes nos quais o conteúdo e/ou o sentimento do sonho estão relacionados ao evento traumático, 4. Sofrimento psicológico intenso ou prolongado ante a exposição a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático, 5. Reações fisiológicas por meio de pistas internas ou externas que simbolizam ou se assemelham à um aspecto do acontecimento traumático.

(C) Evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático, começando após a ocorrência do evento, conforme evidenciado por um ou ambos dos seguintes aspectos: 1. Evitação ou esforços para evitar recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático, 2. Evitação ou esforços para evitar lembranças externas (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações) que despertem recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático;

(D) Alterações negativas em cognições e no humor associadas ao evento traumático começando ou piorando depois da ocorrência de tal evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos: 1. Inabilidade de lembrar um aspecto importante do evento traumático (tipicamente como uma amnésia dissociativa e não como outros fatores como dores de cabeça, álcool ou drogas), 2. Crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo (p. ex., "Não se deve confiar em ninguém"), 3. Cognições distorcidas persistentes a respeito da causa ou das consequências do evento traumático que levam o indivíduo a culpar a si mesmo ou os outros, 4. Estado emocional negativo e persistente (como medo, pavor, raiva, culpa e vergonha), 5. Interesse ou participação bastante diminuída em atividades significativas, 6. Sentimentos de distanciamento e alienação em relação aos outros, 7. Persistente inabilidade de expressar emoções positivas (como inabilidade de expressar alegria, satisfação e sentimentos de amor).

(E) Alterações marcantes na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático, começando ou piorando após o evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos: 1. Comportamento irritadiço e surtos de raiva (com pouca ou nenhuma provocação) geralmente expressos sob a forma de agressão verbal ou física em relação a pessoas e objetos, 3. Hipervigilância, 5. Problemas de concentração. 6. Perturbação do sono (p. ex., dificuldade para iniciar ou manter o sono, ou sono agitado).

(F) A perturbação (Critérios B, C, D e E) dura mais de um mês;

(G) A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo;

(H) A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., medicamento, álcool) ou a outra condição médica.

Análise Funcional

Maria apresentava diversos sintomas do TEPT, mas seu maior comprometimento era o social, principalmente em fazer e negar pedidos às pessoas, o que a expunha à relacionamentos e relações abusivas repetidas e diversas vezes. A esquiva de relacionamentos interpessoais, principalmente aqueles que demandam e sinalizam intimidade e vulnerabilidade ocorriam de diversas maneiras e tendiam a não criar vínculos (potenciais protetores), e a expunha a situações abusivas e aversivas. Mesmo que topograficamente os comportamentos-problema e as dificuldades apresentadas por Maria estivessem dentro da classe de ”reexperiência”, de “hiperexcitação” e de “alterações negativas em cognições e no humor”, funcionalmente esses comportamentos podiam ser classificados dentro de uma classe maior: “esquiva/ evitação”.

Vale ressaltar que cadeia comportamental (Tabela 10) possui alta frequência na Maria: diante de pedidos ou demandas de terceiros (antecedente) ela apresenta dificuldade de negar pedidos - sem uso de autoclíticos que aumentariam a probabilidade da sua negativa ser eficaz- (resposta), dessa forma a pessoa insiste (punição). Em seguida Maria passa a emitir respondentes como sudorese e taquicardia (respostas encobertas), fica mais exposta à situação aversiva e, para se livrar logo do aversivo faz o que a pessoa quer, mesmo que essa não seja sua vontade. Apesar de a resposta não ser exatamente o que as pessoas esperam, elas param de insistir, mudam de assunto e se afastam de Maria (reforço negativo).

Ao analisarmos na literatura os casos de abuso sexual e as consequências causadas por ele é visto nítida e claramente um comprometimento nos relacionamentos interpessoais (Knapp & Caminha, 2003; Soares & Lima, 2003; Passarela, Mendes & Mari, 2010; Pedersen, Callaghan, Prins, Nguyen & Tsai, 2012). Isso porque qualquer tipo de exposição às pessoas produz vulnerabilidade e essa vulnerabilidade sinaliza uma grande chance de um novo evento estressor e traumático ocorrer. Dessa forma, a esquiva de relacionamentos íntimos e verdadeiros é reforçada pela retirada de um possível aversivo. E tudo isso entra num *looping* de esquivas que diminuiu o repertório da vítima e faz com que, quando ela se exponha novamente, seja punida pela introdução de um aversivo (relação traumática – com abusos, agressividade, poucos cuidados, etc.).

Tabela 10: Análise funcional dos comportamentos de Maria, com a descrição dos antecedentes, respostas e consequências.

Antecedentes	Respostas	Consequentes
Situações que demandam intimidade e vulnerabilidade (principalmente situações de pedidos de terceiros)	* Faz pedidos /ou nega pedidos de maneira pouco clara. * Demonstra sentimentos não contingentes à situação. * Sudorese, taquicardia (encobertos) e movimentação do corpo e mãos. * Faz o que a pessoa quer, mesmo que não queira fazer (relatos curtos, impessoais e sem detalhes OU sexo) (Normalmente essas respostas surgem em cadeia, do primeiro ao último)	*Seu pedido não é atendido (P^+). * As pessoas não a compreendem (P^+). * Fica mais exposta à situação aversiva (P^+). * Pessoas aceitam a "resposta" (mesmo que não seja a melhor ou a que eles querem), mudam de assunto e param de insistir (S^{r-}).
Marido pergunta se ela quer fazer sexo	* Diz que não tem vontade, sem uso de autoclíticos. * Faz sexo de maneira fria e distante. * Após sexo briga e reclama de todo e qualquer comportamento do marido.	* Marido insiste e consuma o ato sexual (P^+). * Sexo acaba rápido e marido fica um tempo sem procurá-la (S^{r-}). * Marido se afasta e relação fica mais abalada (S^{r-}/P^+ em médio e longo prazo).
Terapeuta analisa situação e faz perguntas sobre o abuso (da adolescência e do casamento)	* Responde de maneira curta e impessoal * Sudorese e movimentação agitada das mãos.	*Terapeuta para de insistir para ter mais informações ou analisar (S^{r-}). * Terapeuta muda de assunto (S^{r-}).

PARTICIPANTE 3: BIANCA

Identificação da cliente

Bianca (nome fictício), 34 anos de idade, solteira. Na época do atendimento a cliente estava desempregada e morava com os pais.

Queixas apresentadas

Bianca apresentava como queixas iniciais dificuldades de dormir (uma média de 4 horas por dia no total), pesadelos recorrentes, aumento de peso e dificuldades de se manter numa atividade (tarefas de casa ou ajudando o pai na empresa dele). A cliente apontava muitas dificuldades de manter relações interpessoais, tanto com os pais (especialmente com a mãe), amigos e homens (relações amorosas). O isolamento social era grande e ela dormia durante o dia e ficava acordada durante a noite.

História de vida relevante

Bianca teve uma infância rodeada por familiares e alguns cuidadores mais importantes. Sua mãe e sua avó materna eram as mais presentes no cuidado já que seu pai trabalhava muito. Segundo relatos da cliente a mãe apresentava comportamentos depressivos com grandes dificuldades de sair de casa e se relacionar com desconhecidos, mantendo somente contato com vizinhos, familiares e filhos.

A cliente relatou que por volta dos oito anos passou a sofrer abusos sexuais constantes por parte de um vizinho por quem tinha consideração como avô. Ele já era um senhor e a colocava no carro, sempre estimulando sua genitália e pedindo para que ela fizesse o mesmo nele. Além dos abusos que ocorriam no carro esse vizinho sempre a levava para passear e dava beijos na boca dela. Segundo Bianca nessa mesma época ela começou a apresentar dificuldades na escola e passou por acompanhamento psicológico, ela nunca contou o que acontecia para a psicóloga dela.

Durante esse mesmo período a cliente aumentou muito de peso e passou por diversas dietas. Com 11 anos ela e a família mudaram de casa e os abusos passaram a ser esporádicos, já que o vizinho continuava chamando ela para passear e a mãe insistia que ela fosse. Na única vez que ela conseguiu dizer “não” para um convite de saída com o vizinho a mãe brigou com ela e disse ser uma desfeita, já que ele vinha de outro lugar só para chamar ela para sair.

Bianca sentia que sua mãe nunca a protegeu e que a mãe só se preocupava com que os outros iam pensar e não que Bianca estava em perigo.

Ao longo de toda a vida Bianca tinha dificuldade de terminar o que começava, com muita dificuldade na escola e posteriormente em dois cursos de graduação, que largou antes da conclusão. Além disso, a cliente passou por diversos transtornos (sem diagnóstico de psiquiatra) como bulimia, pânico, ansiedade e depressão que dificultaram seu contato e relacionamento interpessoal ao longo de toda sua vida adulta. Um reflexo disso era a dificuldade de manter amizades e relacionamentos amorosos, que ocorriam sempre virtualmente com diversos homens e que acabavam após um ou dois encontros pessoalmente.

Dificuldades apresentadas/ identificação dos comportamentos clinicamente relevantes

As dificuldades de Bianca se davam principalmente nos relacionamentos interpessoais. Ela tinha dificuldade de se relacionar com sua mãe, com quem discutia muito e com amigos (não encontrava nenhum há mais de um ano) e, ao relatar seus relacionamentos amorosos, Bianca descrevia uma frequência alta de "sumiços" dos homens que saíam com ela após um ou dois encontros presenciais. Segundo ela os homens deixavam de responder suas mensagens e nunca mais insistiam para um novo encontro e ela pontuava que o fato de estar acima do peso e não ceder às investidas sexuais afastavam esses homens e diminuíam a possibilidade de um novo contato.

Comportamentos clinicamente relevantes

Alguns comportamentos emitidos por Bianca diante da terapeuta chamaram a atenção isso porque ela aparentava oscilar entre muita intimidade e ao mesmo tempo nenhuma. Dessa forma, ela se comportava: (1) falava e expunha as dificuldades da família, dos pais, irmã, sobrinhos e cunhado, (2) falava pouco dela e das opiniões, (3) colocava dificuldades para realizar tarefas que a terapeuta pedia, justificando que já tinha tentado de tudo. Esses comportamentos de Bianca dificultava a aproximação e aumentavam a frustração da terapeuta.

Ao analisarmos que, fora de sessão, a cliente tendia a se esquivar de toda e qualquer situação de vulnerabilidade e intimidade (O1) ela também emitia comportamentos com essa

finalidade dentro de sessão. Alguns CRB1 são correspondentes à essa grande classe de comportamentos e serão descritos na Tabela 11, seu correspondente em CRB2 (comportamento de melhora esperado) segue exposto na Tabela 12.

Tabela 11: Comportamentos clinicamente relevantes do tipo: problema (CRB1) da cliente Maria descritos em grande classe por função e em suas variantes topografias.

CRB1	ESQUIVA DE RELAÇÕES QUE SINALIZAM INTIMIDADE E VULNERABILIDADE
CRB1.A	Falar muito superficialmente sobre ela. Dar a impressão que é muito íntima, mas na realidade não expõe sua real intimidade 1. Relatar histórias longas sobre outros familiares, como os problemas da mãe, do pai, da irmã, cunhado, sobrinhos e outros familiares 2. Mudar de assunto quando a pergunta da terapeuta envolve dizer sobre acontecimentos importantes da vida dela (abuso, relações com outras pessoas) 3. Minimizar o que aconteceu com ela como forma do outro deixar de falar sobre isso
CRB1.B	Responsabilizar outros por seus comportamentos, com exceção de paqueras (principalmente Guilherme) 1. Responsabilizar o aumento de peso pelas dificuldades nos relacionamentos, menos por seu comportamento alimentar 2. Responsabilizar homens por quererem sexo ou serem extremamente difíceis, tirando o foco do que ela faz e o efeito que isso tem no outro 3. Ser conivente com atitudes do Guilherme, uma pessoa com quem diz não conseguir deixar de se relacionar. 4. Reclamar da mãe, e não analisar o impacto que tem na relação delas 5. Dizer já ter tentado de tudo para resolver os problemas e que não sabe o que fazer, ignorando as análises e instruções da terapeuta 6. Relatar não ter feito nada de errado para causar impacto nela (aumento de peso, por exemplo) ou nos outros. Recusa-se a analisar as contingências dos seus comportamentos

Tabela 12: Comportamentos clinicamente relevantes do tipo: melhora (CRB2) esperado para a cliente Bianca descritos em grande classe por função e em suas variantes topografias.

CRB2	CONTATO MAIS ÍNTIMO E PESSOAL, COM EXPOSIÇÃO E VULNERABILIDADE ADEQUADAS
CRB2.A	Falar de forma mais íntima sobre o cotidiano e passado 1. Falar dela, das necessidades e do impacto das situações nela 2. Contar com mais detalhes sobre acontecimentos da vida presentes e passadas (falar sobre o abuso, abusador e sensações relacionadas à isso, como culpa, tristeza, raiva) 3. Dar opinião sobre algum evento ou pessoa
CRB2.B	Assumir a responsabilidade dos seus comportamentos 1. Assumir responsabilidade pelo distanciamento das pessoas, relatar coisas que pode ter feito a pessoa se afastar 2. Analisar as contingências dos seus comportamentos, entrando em contato com a realidade (tanto em relação à sua mãe, como também ao aumento de peso) 3. Fazer as tarefas propostas pela terapeuta, tornando-se agente ativa da sua mudança 4. Assumir a responsabilidade pela mudança

Diagnóstico do caso/ DSM

Bianca apresenta queixas que poderiam ser classificadas desde a infância como pertencentes ao transtorno psicológico de depressão, entretanto, ao longo da vida adulta, diferentes prejuízos e comprometimentos apareceram e foram classificados dentro do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). A "característica essencial do transtorno de estresse pós-traumático é o desenvolvimento de sintomas característicos após a exposição a um ou mais eventos traumáticos" (DSM V). Dentre as grandes oito critérios diagnósticos, Bianca apresenta pontuações para todos eles, descritos à seguir:

A) Exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual por vivenciar diretamente o evento traumático;

(B) Presença de um (ou mais) dos seguintes sintomas intrusivos associados ao evento traumático, começando depois de sua ocorrência: 2. Sonhos angustiantes recorrentes nos quais o conteúdo e/ou o sentimento do sonho estão relacionados ao evento traumático, 4. Sofrimento psicológico intenso ou prolongado ante a exposição a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático.

(C) Evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático, começando após a ocorrência do evento, conforme evidenciado por um ou ambos dos seguintes aspectos:

1. Evitação ou esforços para evitar recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático, 2. Evitação ou esforços para evitar lembranças externas (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações) que despertem recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático;

(D) Alterações negativas em cognições e no humor associadas ao evento traumático começando ou piorando depois da ocorrência de tal evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos: 1. Inabilidade de lembrar um aspecto importante do evento traumático (tipicamente como uma amnésia dissociativa e não como outros fatores como dores de cabeça, álcool ou drogas), 2. Crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo (p. ex., "Não se deve confiar em ninguém"), 3. Cognições distorcidas persistentes a respeito da causa ou das consequências do evento traumático que levam o indivíduo a culpar a si mesmo ou os outros, 4. Estado emocional negativo e persistente (como medo, pavor, raiva, culpa e vergonha), 5. Interesse ou participação bastante diminuída em atividades significativas, 6. Sentimentos de distanciamento e alienação em relação aos outros, 7. Persistente inabilidade de expressar emoções positivas (como inabilidade de expressar alegria, satisfação e sentimentos de amor).

(E) Alterações marcantes na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático, começando ou piorando após o evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos: 1. Comportamento irritadiço e surtos de raiva (com pouca ou nenhuma provocação) geralmente expressos sob a forma de agressão verbal ou física em relação a pessoas e objetos, 3. Hipervigilância, 4. Resposta de sobressalto exagerada, 5. Problemas de concentração. 6. Perturbação do sono (p. ex., dificuldade para iniciar ou manter o sono, ou sono agitado).

(F) A perturbação (Critérios B, C, D e E) dura mais de um mês;

(G) A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo;

(H) A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., medicamento, álcool) ou a outra condição médica.

Análise Funcional

Bianca apresentava diversos sintomas do TEPT, entretanto seu comprometimento social era evidente, principalmente nas relações sociais que demandavam e sinalizavam algum nível de intimidade e vulnerabilidade. Sua dificuldade de falar de forma mais profunda e íntima sobre ela, seus sentimentos e sua história afastavam as pessoas, comprometendo seus relacionamentos interpessoais e, muitas vezes, expondo-a a novas situações de abuso. Mesmo que topograficamente os comportamentos-problema e as dificuldades apresentadas por Bianca estivessem dentro da classe de ”reexperiência”, de “hiperexcitação” e de “alterações negativas em cognições e no humor”, funcionalmente esses comportamentos podiam ser classificados dentro de uma classe maior: “esquiva/ evitação”.

Uma cadeia comportamental era predominante em Bianca: diante de situações que sinalizam intimidade e vulnerabilidade, como conversas e perguntas sobre ela (antecedente), Bianca respondia de maneira superficial e verborrágica o que confundia as pessoas e promovia relações mais superficiais, diferente do esperado por ela (punição). Após isso, a cliente responsabilizava os outros por seus comportamentos e cobrava deles respostas mais íntimas, dessa maneira as pessoas se afastam (reforço negativo - S^{r-}).

Ao analisarmos na literatura os casos de abuso sexual e as consequências causadas por ele é visto nítida e claramente um comprometimento nos relacionamentos interpessoais (Knapp & Caminha, 2003; Soares & Lima, 2003; Passarela, Mendes & Mari, 2010; Pedersen, Callaghan, Prins, Nguyen & Tsai, 2012). Isso porque qualquer tipo de exposição às pessoas produz vulnerabilidade e essa vulnerabilidade sinaliza uma grande chance de um novo evento estressor e traumático ocorrer. Dessa forma, a esquiva de relacionamentos íntimos e verdadeiros é reforçada pela retirada de um possível aversivo. E tudo isso entra num *looping* de esquivas que diminuiu o repertório da vítima e faz com que, quando ela se exponha novamente, seja punida pela introdução de um aversivo (relação traumática – com agressividade, poucos cuidados, etc.).

Tabela 13: Análise funcional dos comportamentos de Bianca, com a descrição dos antecedentes, respostas e consequências.

Antecedentes	Respostas	Consequentes
Situações que demandam intimidade e vulnerabilidade	Fala de maneira superficial e verborrágica sobre ela * Fala muito sobre familiares e situações amenas * Muda de assunto Responsabiliza os outros * Cobra maior intimidade das pessoas * Aponta a responsabilidade da não compreensão e superficialidade para outros	* As pessoas não a compreendem e respondem de maneira superficial (P^+). * Pessoas deixam de apontar a responsabilidade dela (S^{r-}). *Isolamento social (S^{r-}/P^+ em médio e longo prazo).
Paquera pergunta sobre ela	* Fala sobre a família, sobrinhos e eventos casuais * Faz sexo com o paquera ou vai encontrá-lo * Demanda maior intimidade do paquera	* Paquera entende aquela relação como superficial e demanda sexo (P^+). * Se sente querida e amada no momento inicial (S^{r+}). * Paquera se afasta e relação fica abalada (S^{r-}/P^+ em médio e longo prazo).
Terapeuta analisa situações e/ou faz perguntas sobre o ela	* Responde de maneira superficial e verborrágica * Tira sua responsabilidade para que a mudança ocorra	*Terapeuta para de insistir para ter mais informações ou analisar (S^{r-}). * Terapeuta muda de assunto (S^{r-}).

(1) *Resultados do PCL-C*

A avaliação do resultado do instrumento PCL-C ocorre principalmente pela análise da porcentagem acima do nível clínico, já a avaliação da mudança clínica significativa ocorre pela análise dos escores brutos das categorias.

A Figura 4 representa os resultados do PCL-C para os sintomas do Transtorno de Estresse Pós-traumático relatados mensalmente pelas clientes. Na primeira aplicação, FASE A – TAC, os escores para reexperiência de Alice, Maria e Bianca foram 9, 18 e 14, respectivamente. Já os escores para esquiva foram de 21, 27 e 31, respectivamente. A categoria hiperexcitação teve escores 15, 14 e 21, e o escore total escores de 45, 59 e 66, respectivamente.

Os resultados do instrumento PCL-C (Figura 4) apontam o decréscimo contínuo, porém sutil ao longo do processo terapêutico entre todas as categorias do instrumento, principalmente nas clientes Alice e Maria. As mudanças são sutis e os dados brutos de cada categoria, inclusive do escore total, não tiveram mudanças significativas (decréscimo ≥ 5 pontos absolutos) na participante Bianca. A mudança clínica significativa (decréscimo ≥ 5 pontos absolutos) somente foi observada, quando comparada primeira e última aplicação, no escore bruto total em Alice (queda de 5 pontos) e Maria (queda de 19 pontos) e em todos os escores brutos em reexperiência (queda de 7 pontos), esquiva (queda de 6 pontos) e hiperexcitação (queda de 6 pontos) da participante Maria.

Alice apresentou pouca oscilação nos resultados ao longo do processo clínico, a única categoria que algumas vezes oscilou sutilmente foi a hiperexcitação. Dados e informações qualitativas foram levantados para justificar essa oscilação e apontaram que: “ter problemas para pegar no sono ou para continuar dormindo”, “sentir-se irritável ou ter explosões de raiva” e “ter dificuldades para se concentrar” foram as questões mais pontuadas e que oscilavam ao longo do processo. Ademais, Alice confundia e misturava a relação desses sintomas com o abuso em eventos cotidianos não relacionados.

Os escores de hiperexcitação em Maria oscilavam durante o processo terapêutico, o que pode estar vinculado ao abuso sexual e psicológico do marido à que era exposta, dado que corrobora com Black et al. (2011), onde mais de 51% dos abusadores são os companheiros. Topograficamente a classe de hiperexcitação apresentava diferentes

formatos: comportamento irritadiço e surtos de raiva, resposta de sobressalto exagerada, problemas de concentração e perturbação do sono. Todas essas topografias eram relatadas por Maria na relação diária com o marido já que, após as relações sexuais sem o consentimento ela ficava irritada com ele, percebia-se sempre em alerta para prever quando ele iniciaria alguma relação sexual e por isso apresentava dificuldades de concentração nas tarefas e muita dificuldade para dormir quando ele estava na mesma cama.

Os escores de Bianca aumentaram em diferentes momentos durante o processo terapêutico, alguns eventos foram levantados como hipótese para explicar esse aumento. Entre a primeira e segunda aplicação do instrumento na FASE A - TAC, Bianca contou pela primeira vez para a mãe sobre o abuso sexual que sofreu pelo vizinho durante a infância. Dessa maneira, os escores da participante subiram da aplicação 3 para a aplicação 4, com aumento de 8 pontos em reexperiência e declínio de um ponto para esquiva, já que contou para a mãe sobre o evento, e aumento de 3 pontos para hiperexcitação e 10 pontos para o escore total.

Na semana anterior à aplicação número 5 Bianca saiu com um homem para um encontro e relatou que teve recordações dos beijos que o abusador dava nela, após esse encontro ela passou a fugir e evitar entrar em contato com o rapaz, dando diversas desculpas. Esse evento pode ser a justificativa para o aumento do escore de esquiva em 3 pontos na quinta aplicação da FASE A.

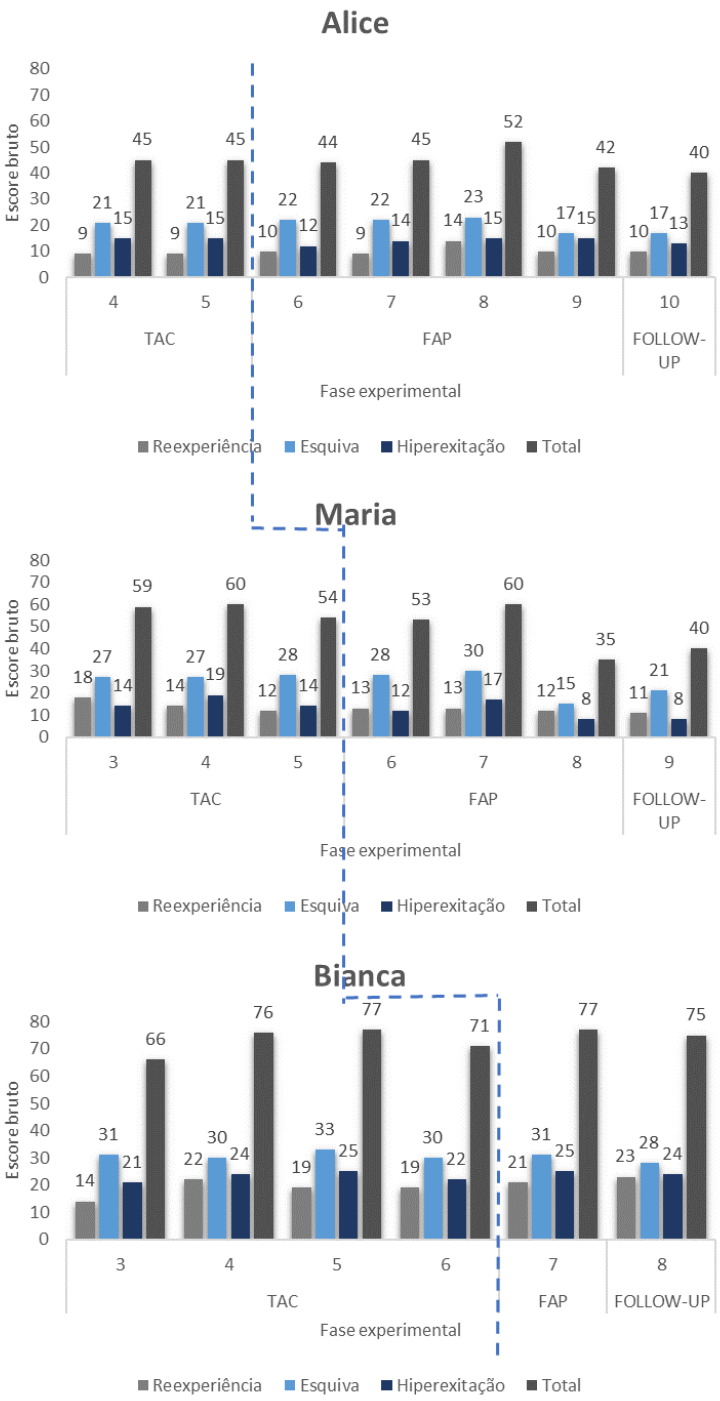

Figura 4: Escores brutos do instrumento PCL-C por categoria e por participante: (1) Alice, (2) Maria e (3) Bianca. Eixo y: escore absoluto, eixo x: nº da aplicação por fase experimental.

O manual do instrumento aponta que todas as clientes iniciaram a fase TAC com nível clínico para o transtorno em praticamente todas as classes de sintomas (Figura 4), já que a nota de corte do ponto de vista de comprometimento clínico para a classe de reexperiência

deveria ser ≥ 11, para esquiva ≥ 17, para hiperexcitação ≥ 12 e para o total ≥ 44. O único item que não estava dentro do nível clínico para TEPT foi a reexperiência em Alice.

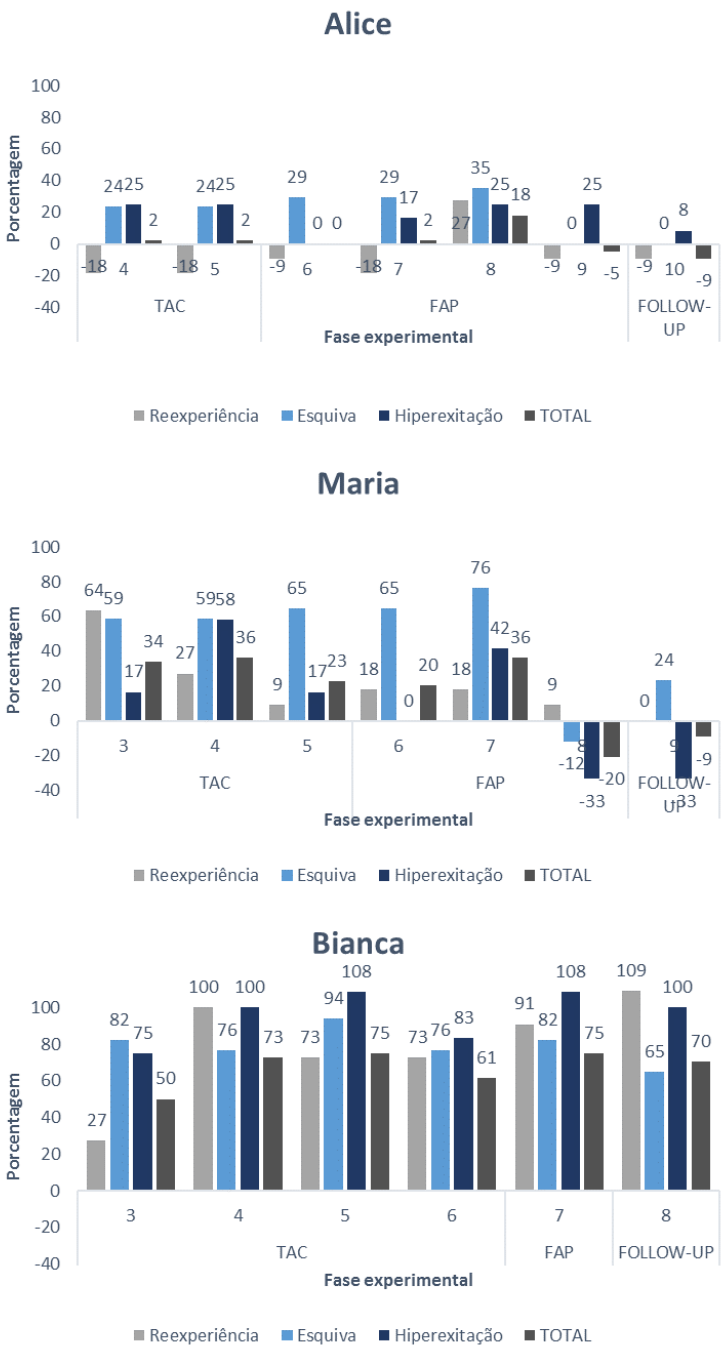

Figura 5: Porcentagem acima do nível clínico para do instrumento PCL-C, por participante: (1) Alice, (2) Maria e (3) Bianca. Eixo Y: número em porcentagem acima do nível considerado clínico, eixo X: nº da aplicação por fase experimental. A linha azul tracejada representa a introdução da VI (variável independente) FAP.

A Figura 5 ilustra graficamente a porcentagem acima do nível clínico (levou-se em consideração a pontuação mínima para as categorias e a porcentagem foi relacionada à esse valor – pontuação para níveis clínicos) das categorias de reexperiência, esquiva, hiperexcitação para o instrumento PCL-C. Dessa maneira, é possível observar que para todos as categorias, excluindo reexperiência para Alice, as porcentagens são clínicas para todas as clientes na primeira sessão da FASE A. A categorias esquiva, foco de intervenção no presente estudo, mostrou-se clínico para todas as clientes com grandes variações de porcentagens entre elas, sendo elas: 24%, 59% e 84% respectivamente para Alice, Maria e Bianca. Uma hipótese para essa diferença substancial pode estar vinculada à época, período, tempo de exposição, tipo e grau de abuso sexual.

A literatura aponta que os efeitos podem variar tanto pela compreensão do abuso, o tipo de ato do abusador e a idade da vítima (Lidchi, 2004; Habigzang & Caminha, 2004; Sanderson, 2005). Levando esses dados em consideração é possível compreender porque as porcentagens acima do nível clínico são mais altas para Bianca, um pouco inferiores para Maria e menos elevadas para Alice. Ao retomarmos às conceituações dos casos é possível recordar que os abusos experenciados por Bianca começaram no início da terceira infância, com aproximadamente 8 anos de idade e perduraram por pelo menos 3 anos, diferentemente do caso de Maria que ocorreu aos 15 anos e tiveram duração de meses e ao de Alice que ocorreu no início da fase adulta, durante um relacionamento amoroso. Levando em consideração a potencial consequência do abuso ser o desamparo aprendido Bianca estaria sob controle do desamparo desde muito pequena o que pode ter interferido no comprometimento clínico dela. Ademais, Bianca nunca tinha compartilhado o abuso que viveu com ninguém até semanas antes do início do acompanhamento terapêutico, o que nos permite inferir que, com pouco apoio familiar ou de amigos para lidar com o ocorrido, ela passou a se comportar de maneira que aumentasse seu comprometimento.

Ademais, os resultados das porcentagens acima do nível clínico (Figura 5) nos permite observar que, após 3 aplicações na fase FAP as porcentagens caíram significativamente a ponto de saírem do nível clínico. Para Maria o efeito da FAP foi aparentemente mais rápido já que, na terceira aplicação (aplicação nº 8), após a VI ser introduzida, todas as categorias que estavam acima do nível clínico caíram significativamente a ponto de as categorias esquiva, hiperexcitação e total saírem do nível clínico. Já no caso de Alice as quedas ocorreram na

quarta aplicação após a introdução da FAP (aplicação nº 9), com a saída do nível clínico para todas as categorias, com exceção da categoria de hiperexcitação. Bianca não saiu do nível clínico para nenhuma das categorias, mas apresentou queda nas porcentagens acima do nível clínico para esquiva. Esses dados nos permitem observar que, quanto maior o tempo de exposição à FAP, maior a queda das porcentagens para o nível de TEPT, principalmente nos escores de esquiva.

O resultado da média dos escores das categorias por fase experimental (Figura 6) apontam leve aumento na categoria reexperiência tanto para Alice, como para Bianca e aumento sutil na categoria hiperexcitação para Bianca, após a introdução da variável independente FAP. Apesar do leve aumento da reexperiência, visto nos outros estudos, nenhuma cliente evadiu do processo terapêutico. Dentre as duas clientes "reservas" uma delas deixou de ser acompanhada já que ela perdeu o emprego e, por dificuldades financeiras, não conseguia comparecer ao local de coleta, além disso, a cliente não estava na FASE B (FAP) quando cancelou o acompanhamento terapêutico.

Salvo a média do escore na categoria esquiva não ter mudança após a introdução da FAP, em Alice e Bianca, a queda em Maria foi de 3 pontos. Com mais tempo de intervenção (FASE B – FAP e ACOMPANHAMENTO), a média de queda da categoria esquiva foi maior em todas as clientes. A queda total (média), comparada da FASE A e ACOMPANHAMENTO, para a categoria de esquiva foi de 4 pontos para Alice, 6 pontos para Maria e 3 pontos para Bianca.

Uma hipótese para os resultados do instrumento PCL-C está vinculada à conceituação de caso de cada uma das clientes. Primeiro porque somente Maria ainda era exposta à abusos sexuais durante o processo terapêutico, o que proporcionava melhor autoavaliação dos sintomas já que os eventos eram mais claros e objetivos e, por consequência, apresentavam maior facilidade de serem lembrados, relacionados e computados pela cliente. Em relação á Alice e Bianca, as conceituações de caso apontam vitimização (aumento dos relatos de problema) e pouca observação dos próprios comportamentos (auto-observação) o que diminuiu a fidedignidade da autoavaliação. Fator observado pela terapeuta/pesquisadora de que tanto Alice, como Bianca, respondiam ao questionário "automaticamente", sem ler exatamente cada questão e refletir sobre a frequência do último mês em relação aos sintomas. Além disso, elas aparentemente confundiam a frequência dos sintomas

relacionadas à eventos comuns do cotidiano e não ao abuso sexual/ evento traumático (item especificado na aplicação e no cabeçalho do instrumento – Anexo 1).

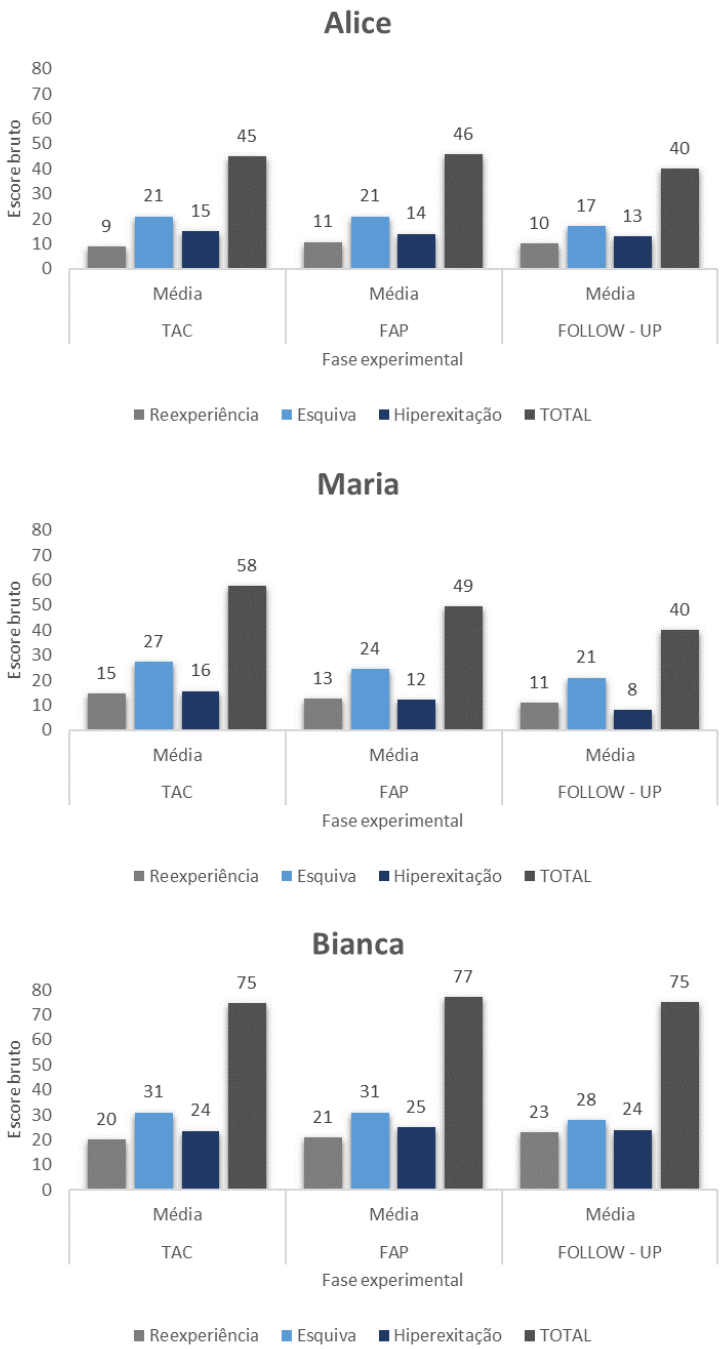

Figura 6: Médias dos escores do instrumento PCL-C por categoria e por participante: (1) Alice, (2) Maria e (3) Bianca. Eixo y: escore absoluto, eixo x: nº da aplicação por fase experimental.

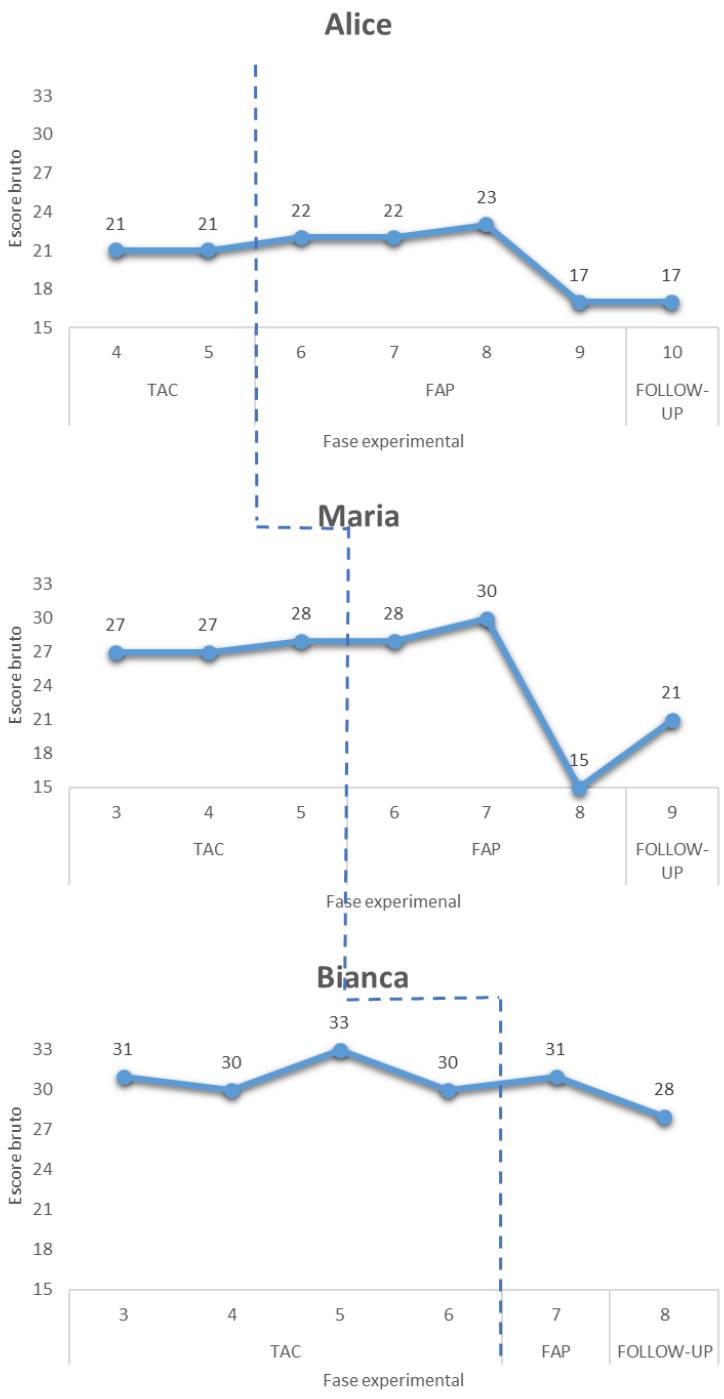

Figura 7: Resultados absolutos do instrumento PCL-C da categoria esquiva, por participante: (1) Alice, (2) Maria e (3) Bianca. Eixo y: escore absoluto, eixo x: nº da aplicação por fase experimental. A linha azul tracejada representa a introdução da VI (variável independente) FAP.

Aparentemente o escore de esquiva (foco da intervenção FAP, de acordo com todas as conceituações de caso da pesquisa) foi decaindo conforme maior tempo de intervenção FAP (Figura 7). Na participante Maria o escore cai em proporção maior após introdução da FAP (na terceira aplicação do instrumento da FASE B). A hipótese para essa queda (15 pontos) também

está vinculada à conceituação de caso e à exposição ao abuso sexual que Maria ainda passava durante os atendimentos. Esse resultado aponta que Maria diminuiu sua esquiva em relação ao marido e também ao falar do abuso, dado comprovado nos resultados das categorizações com o instrumento FAPRS e nas cartas entregues à terapeuta com descrições detalhadas sobre os abusos do padrasto e marido.

Para Bianca, a queda sutil do escore de esquiva é benéfico quando relacionado à conceituação de caso e à relatos da cliente. Afinal, apesar dos resultados do PCL-C apresentarem aumento, a função de enfrentamento é contrária à esquiva e foram benéficas para Bianca já que ninguém, nem mesmo outras psicólogas ou profissionais da saúde, souberam do que tinha ocorrido com ela e contar para a mãe a tirou da esquiva constante de falar e entrar em contato com o que ocorreu com ela durante a infância.

Os resultados em queda dos escores de esquiva com maior tempo de intervenção FAP (Figura 4, 5 e 7) apontam aparente resultado significativo da FAP na intervenção em vítimas de abuso sexual com TEPT. Alice apresentava menor tempo em relação à primeira situação de abuso e o início do tratamento, além de ter passado pela situação abusiva no início da fase adulta. Esse dado é interessante porque, somente ela e Maria, que estava exposta ao abuso pelo marido, conseguiram apresentar escores suficientes para aparecimento de mudança clínica significativa com a intervenção. Já Bianca, que sofreu abuso na infância, não apresentou melhora. O que nos levanta a hipótese que a intervenção precoce e/ou durante a situação e exposição ao abuso ajuda no prognóstico e na desaceleração do desenvolvimento do Transtorno de Estresse Pós-traumático nas vítimas de abuso sexual.

Resultados do OQ-45

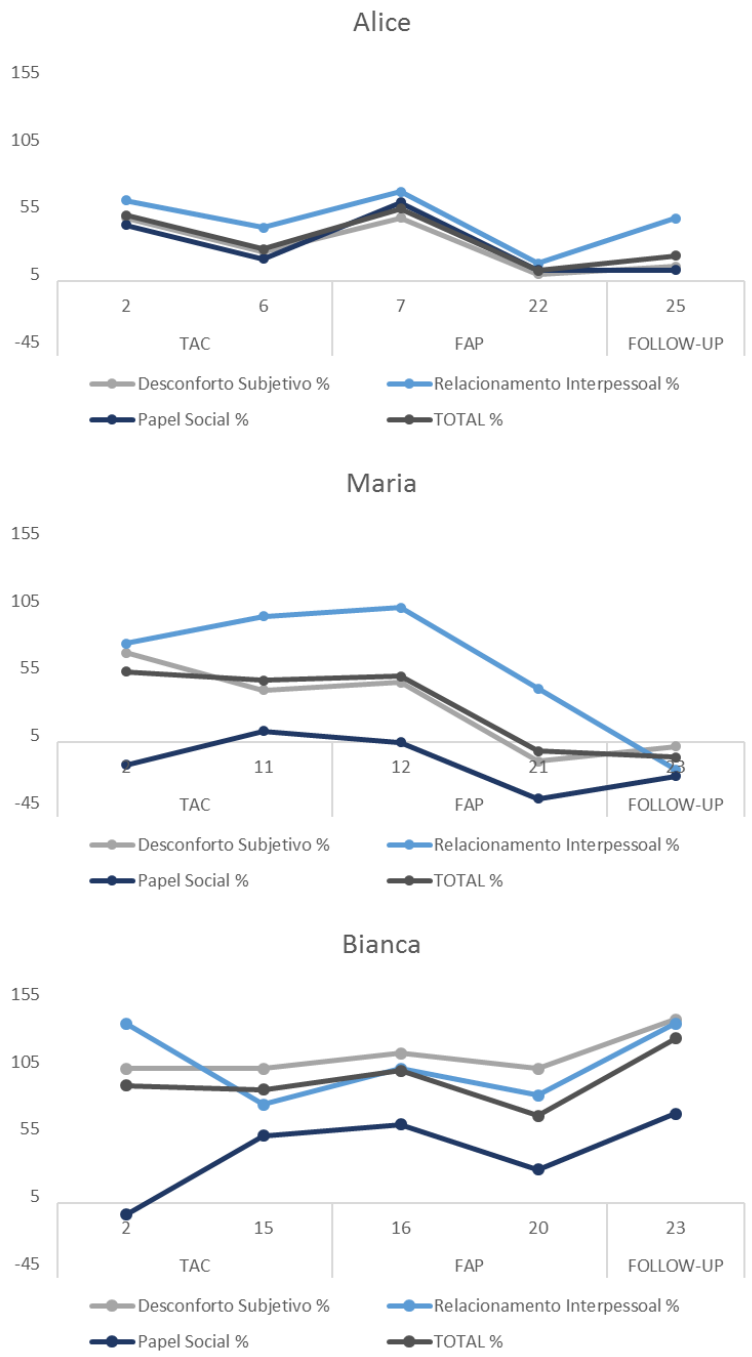

Figura 8: Porcentagem acima do nível clínico para do instrumento OQ-45, por categoria e por participante: (1) Alice, (2) Maria e (3) Bianca. Eixo Y: número em porcentagem acima do nível considerado clínico para o instrumento, eixo X: categorias por fase experimental (primeira e última sessão de cada fase).

A avaliação de resultado do instrumento OQ-45 ocorre principalmente pela análise da porcentagem acima do nível clínico, já a avaliação da mudança clínica significativa ocorre pela análise dos escores brutos das categorias.

A porcentagem acima do nível clínico (PANC) é medida por meio da relação entre o escore obtido na categoria e nível de corte clínico característico dela (Tabela 3). Ao analisarmos a PANC podemos observar quão distante ou próximo o cliente está de níveis aceitáveis e propostos por Lambert e Burlingame (1996) de uma boa qualidade de vida. A Figura 7 aponta as porcentagens acima do nível clínico para todas as categorias do instrumento OQ-45 nas primeiras e últimas sessões de cada fase experiemental.

Na primeira sessão da FASE A -TAC a PANC para todas as categorias foi superior, com exceção para o Papel Social (SR) nas clientes Maria (-7%) e Bianca (-8%) dado que corrobora com o relato de Maria sobre o contentamento e facilidades em lidar com seu trabalho e pós-graduação, mas vai contra os relatos de Bianca que estava desempregada e, o trabalho que realizava com os familiares era conflituoso e aversivo. As porcentagens de Desconforto Subjetivo (SD) foram de 47% para Alice, 67% para Maria e 100% para Bianca, entretanto a PANC foram as maiores na categoria Relacionamento interpessoal (IR), sendo de 60% para Alice, 73% para Maria e 133% para Bianca.

Ao longo de todo processo terapêutico é possível observar grande oscilação das porcentagens acima do nível clínico e dos escores brutos em todas categorias (Anexo 5). Apesar dessa oscilação, é possível observar um certo padrão de respostas após a introdução da VI (variável independente) FAP. Entre a última sessão da FASE A – TAC e a primeira sessão da FASE B – FAP é possóvel observar um leve aumento para os níves das categorias do OQ-45. Na categoria SD o aumento foi de 25%, 5% e 11% para Alice, Maria e Bianca, respectivamente. Já para a categoria SR o aumento foi de 41% para Alice e 8% para Bianca, e queda de 8% para Maria. As porcentagens de IR aumentaram para todas as clientes 27% para Alice, 7% para Maria e 27% para Bianca. Uma hipótese para esses resultados pode ser a de que as clientes passaram a entrar mais em contato com suas dificuldades e aumentaram a percepção e observação de si mesmas, resultando em um maior escore após a introdução da FAP.

Entre a primeira sessão de FAP e a última da mesma fase a queda da porcentagem na categoria SD foi de 41% para Alice e 50% para Maria, já em Bianca, que teve menor quantidade de sessões FAP, houve queda de apenas 11%. Na categoria IR as quedas foram maiores, sendo de 54% para Alice, 60% para Maria e 20% para Bianca. A categoria SR teve queda com porcentagem alta também ente a primeira e a última sessão FAP, sendo de 50% para Alice, 42% para Maria e 33% para Bianca. Por fim, a queda da porcentagem acima do nível clínico

para o escore total foi de 46% para Alice, 55% para Maria e 18% para Bianca. Esses dados permite apontar que, as porcentagens acima do nível clínico caíram após diversas sessões de FAP, com declínio menor para Bianca, que teve menor quantidade de sessões FAP.

Na sessão de ACOMPANHAMENTO as porcentagens para as categorias SD, IR e total de Alice aumentaram; as categorias SD, IR, SR e total de Bianca também aumentaram e somente a categoria SR e SD de Maria aumentaram. Uma provável hipótese para o aumento dessas porcentagens está vinculado ao relato das clientes na sessão imediatamente após o preenchimento do OQ-45. Alice relatou uma briga com a mãe, por a mãe ser impositiva e por fazer chantagem emocional, tudo isso acarretou consequencias nos sintomas de SD, como aumento das dores de cabeça; de IR, por ter discutido com a mãe e não se sentir feliz com a relação e por consequência o aumento no escore total. No caso de Maria os escores de SD aumentaram com aumento de sono e cansaço, relacionados à mudança de cidade prevista para a semana da sessão e de SR por necessitar encerrar débitos acadêmicos antes da mudança. Já no caso de Bianca ela relatou aumento de dores de cabeça (SD), infelicidade nas relações atuais (IR) e vontade de largar o trabalho (SR) após dificuldades encontradas em lidar com a mãe e com o pai para implementar novas ideias nos negócios da família. Esses relatos corroborariam com o aumento dos escores na sessão de ACOMPANHAMENTO.

A fim buscar padrões de respostas a média das porcentagens acima do nível clínico de todas as sessões, por fase, foram analisadas e apontam (Figura 9) também que a queda dos escores foi mais evidente nas clientes que tiveram maior tempo de intervenção FAP, com declínio contínuo ao longo do processo terapêutico. Com quedas de porcentagem entre a média da FASE A – TAC e a fase final, de ACOMPANHAMENTO, onde a variável independente continuava presente em sessão (por questões éticas anteriormente discutidas no procedimento). Para Alice as quedas foram de 40% em SD, 14% em IR, 28% em SR e 31% no total. Para Maria a queda de percentual foi de 35% para SD, 94% para IR, 31% para SR e 48% para o total. Por fim, Bianca, com menor quantidade de sessões FAP (somente 5 na FASE B e mais 3 de ACOMPANHAMENTO), teve queda de 16% em IR, 6% em SR e 4% no total, sendo que a porcentadem de SD aumentou 1%.

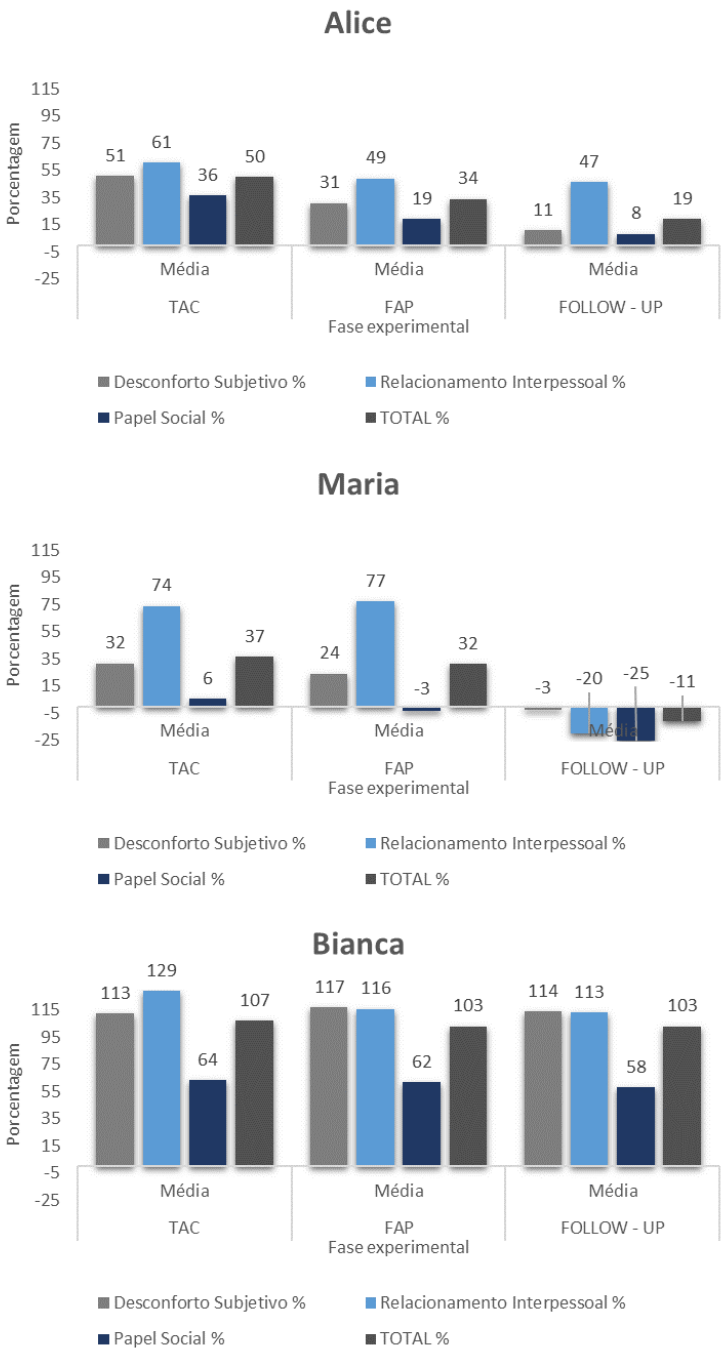

Figura 9: Porcentagem acima do nível clínico para do instrumento OQ-45, por categoria e por participante: (1) Alice, (2) Maria e (3) Bianca. Eixo Y: média do número em porcentagem acima do nível considerado clínico para o instrumento, eixo X: categorias por fase experimental.

O manual do instrumento OQ-45 aponta que para obter mudança clínica significativa com a intervenção os escores brutos das categorias devem apresentar queda de 10 pontos em SD, 8 em IR, 7 em SR e 14 no total (Tabela 3). A Figura 10 permite a observação dos escores entre a última sessão da FASE A – TAC e a primeira sessão da FASE B – FAP. Para todas elas os

escores aumentaram em número logo após a introdução da FAP, somente em para SR da Maria houve queda de 1 ponto. Somente em Alice houve escore para mudança significativa no escore total, mas com aumento de 19 pontos, correspondente ao aumento dos escores em todas as categorias. Uma hipótese para esse aumento é a auto-observação e mudanças no ambiente externo após a sessão FAP, como no caso de Maria que relatou ter contado, pela primeira vez, sobre o abuso na adolescência e o atual (com o marido) para um grupo religioso na semana após a primeira sessão FAP.

Ao compararmos os dados apresentados na Figura 10, podemos observar algumas mudanças clínicas significativas entre a primeira e a última sessão da FASE A -TAC. Na categoria SD a mudança ocorreu para Alice (queda de 11 pontos) e Maria (queda de 10 pontos), em IR houve mudança somente para Bianca, com queda de 9 pontos, para SR não houve mudança para nenhuma cliente, finalmente, no escore total houve mudança apenas para Alice (16 pontos). Esses dados permitem apontar manejo clínico adequado e efeito da intervenção de análise de contingências externas que ocorreu na FASE A, mesmo que não tenha ocorrido em todas as categorias do instrumento.

Seguindo o mesmo raciocínio, ao compararmos a primeira e última sessão com a intervenção da FAP é possível observar mudança clínica em: SD para Alice e Maria, com queda de 15 e 21 pontos, respectivamente; em IR para Alice e Maria, com declínio de 8 e 9 pontos, respectivamente; e no escore total para todas as clientes, com queda de 29 pontos para Alice, 35 pontos para Maria e 21 pontos para Bianca; não houve mudança clínica significativa em Papel Social (SR) para nenhuma cliente. Esses dados mostram o efeito de queda maior nas categorias do OQ-45 com a utilização da FAP e nas clientes que tiveram mais tempo de exposição à variável independente.

Ademais, na avaliação dos resultados durante todo processo terapêutico (FASE A até ACOMPANHAMENTO) as mudanças clínicas significativas ocorreram em SD para Alice e Maria (queda de 13 e 25 pontos, respectivamente), IR para Maria (14 pontos) e TOTAL para Alice e Maria (19 e 40 pontos, respectivamente). Apesar da queda de todos os escores brutos em todas as categorias tanto para Alice como para Maria, a categoria Papel social (SR) não teve mudança clínica significativa, provavelmente por ser a com menor escore na primeira sessão da FASE A. Os escores brutos de Bianca aumentaram, somente em IR ela permaneceu com o mesmo escore da primeira sessão da FASE A. Esses, juntamente com os dados apresentados

na Figura 8, com queda do percentual para Alice e saída do nível clínico para Maria, aparentemente corroboram para a hipótese de que, quanto mais sessões FAP, melhor o efeito na qualidade de vida e relações com o ambiente externo.

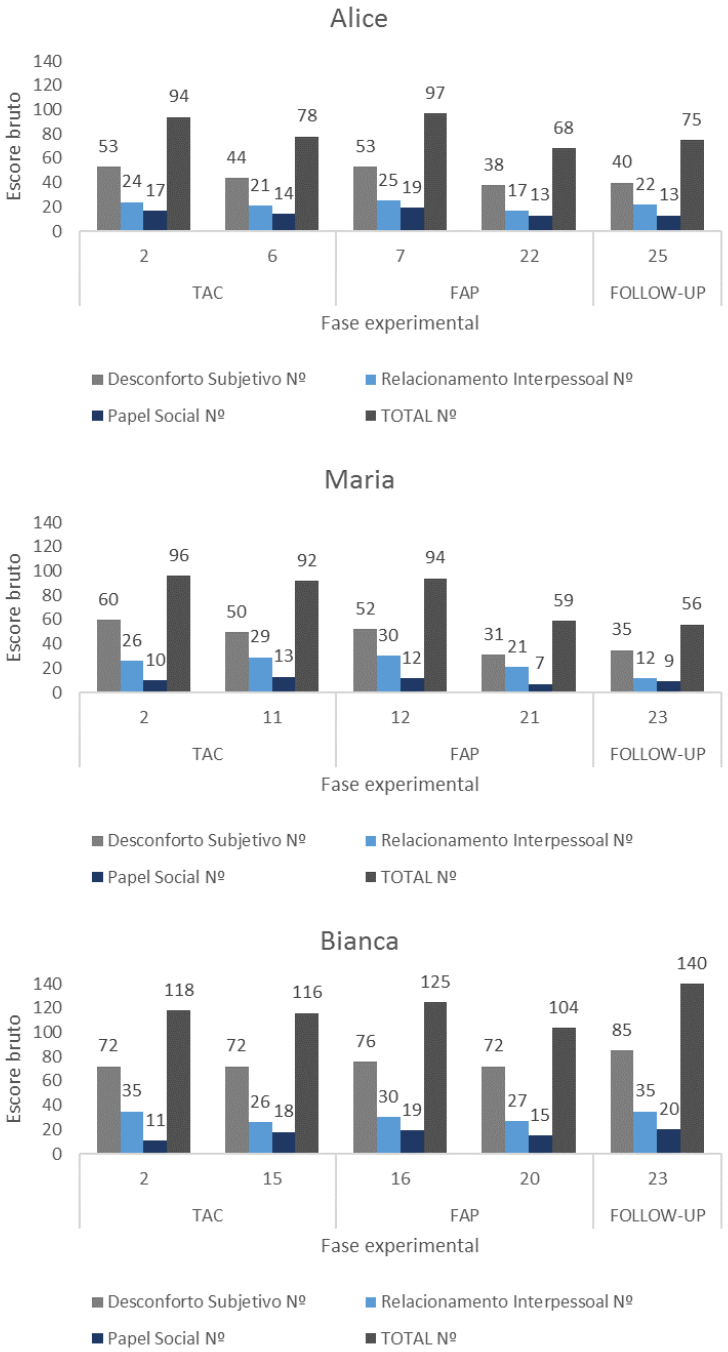

Figura 10: Escore bruto para do instrumento OQ-45, por categoria e por participante: (1) Alice, (2) Maria e (3) Bianca. Eixo Y: escore bruto, número absoluto, eixo X: categorias por fase experimental, com seleção da primeira e última sessão de cada fase.

O instrumento OQ-45 mostrou-se extremamente sensível às pequenas mudanças de contingências semanais do ambiente externo à sessão das participantes. Uma das dificuldades da aplicação desse tipo de instrumento, capaz de medir resultados, é de que ele depende da autoavaliação do participante, o que pode ser uma variável importante já que muitas pessoas que buscam terapia apresentam grande dificuldade de discriminar seu ambiente, seu corpo e seus sentimentos, característica presente em todas as clientes (dados apontados na conceituação de caso). Apesar disso, os resultados do instrumento permitiram observar maior efeito positivo na qualidade de vida na fase com foco maior na relação terapêutica e na função da fala do cliente em sessão (FASE B), para todas as clientes, em detrimento da fase com foco nas análises de contingências externas e no conteúdo da fala em sessão (FASE A).

(2) ***Resultados da aferição de concordância***

As aferidoras de concordância passaram por um treinamento que incluía a leitura do manual FAPRS (adaptado de Callaghan & Follette, 2008), a conceituação do caso específico (expostos na sessão (1) dos resultados e discussão) e resumo das regras utilizadas no presente estudo, além disso a conceituação de uma sessão teste foi utilizada para alinhar e retirar dúvidas das aferidoras sobre a conceituação de caso e aplicação das categorias. A partir dessa fase inicial foi selecionada uma sessão de cada fase experimental para a categorização por parte das aferidoras, que não foram informadas de qual fase experimental era cada sessão.

Apesar dos resultados das primeiras aferições das sessões não serem satisfatórias (porcentagem acima de 80% e K*appa* maior que 0,6), o treino adicional e recategorização somente foi aplicado para a aferidora da cliente Bianca já que os valores foram de 0,38 e 0,42 para o coeficiente *Kappa*, valor de concordância leve (Kratochwill et. al, 2013; Suen & Ari, 1989) e por dificuldade da terapeuta e outras aferidoras apresentarem tempo para maior treino e recategorização. O treino para a categorização e aferição de concordância foi muito alto nas pesquisas de Bush et al. (2009, 2010), com cerca de 100 horas desprendidas e 38 horas para a pesquisa de Popovitz (2013), tempo inviável para esse estudo.

Tabela 14: Resultados das aferições de concordância externa para as participantes Alice, Maria e Bianca em uma sessão na FASE A - TAC e uma na FASE B- FAP. A % corresponde à porcentagem de correspondência e kappa corresponde ao índice Kappa.

CONCORDÂNCIA			
		TAC	FAP
ALICE	%	54,23	63,22
	Kappa	0,708	0,53
MARIA	%	59,64	65,96
	Kappa	0,503	0,527
BIANCA	%	46,82	44,3
	Kappa	0,381	0,425

A Tabela 14 apresenta os dados de concordância realizado pelos aferidores na categorização do FAPRS para as sessões categorizadas pela terapeuta. Cada participante teve um categorizador diferente e uma sessão de cada fase foi aferida e analisada com a sessão corresponde categorizada pelo terapeuta. Para as sessões da FASE A-TAC a porcentagem de concordância foi mais baixa do que nas sessões da FASE B- FAP. Uma hipótese para esse dado

ter aparecido é o fato de que nas sessões com análises somente nas contingências externas (FASE A) é mais difícil para o aferidor descriminar os comportamentos do terapeuta e classificá-los de maneira efetiva e correspondente ao que foi visto pelo terapeuta. Isso se deve ao fato de que, muitas vezes, os CRBs devem ser ”ignorados” já que a intervenção tem foco maior em Os.

Além disso, foi possível observar que, apesar das sessões FAP apresentarem maior porcentagem de concordância, ela não foi maior que 80%, dado esperado nos critérios de Kratochwill et. al (2013) e Callaghan et al (2008). Provavelmente esse fator não foi tão correspondente por uma dificuldade de interpretar comportamentos do terapeuta por parte dos aferidores e do que era considerado por ele como CRB1 ou CRB2. Ao longo do processo terapêutico o terapeuta vai aumentando o critério dele do que é considerado como CRB1 ou CRB2, e muitas vezes, a busca do CRB2 dentro de um CRB1 pode confundir o aferidor na classificação (processo de modelagem e modelação que ocorre no processo terapêutico).

Na segunda categorização das sessões da participante Bianca houve aumento da porcentagem de correspondência: 54% e 56% para as sessões TAC e FAP, respectivamente, mas uma queda do coeficiente *kappa:* 0,322 para a fase TAC e 0,331 para a fase FAP. Levando em consideração somente os dados das primeiras categorizações de todas as aferições de concordância, os resultados não apresentam concordância substancial, quando considerado o coeficiente *kapp*a. Para a maioria das sessões categorizadas houve somente concordância moderada (Callaghan et al., 2008; Kratochwill et. al, 2013; Suen & Ari, 1989), com exceção da sessão TAC da cliente Alice que teve concordância substancial. Esse dado não invalida a fidedignidade do trabalho (Popovitz, 2013), mas aponta lacunas a serem estudadas para a validação de fidedignidade dos próximos estudos.

Alguns dados encontrados nesse estudo podem ajudar no levantamento e na provável resolução do problema. Na única rodada de categorização as duas aferidoras das sessões de Alice e Maria obtiveram melhores resultados do que a aferidora das sessões de Bianca. Além de as duas primeiras serem graduandas em psicologia, e consequentemente com menos experiência clínica, e a última já formada, elas eram as transcritoras das sessões das suas respectivas clientes, o que pode ter sido um fator decisivo para a melhor correspondência das categorizações.

Apesar de não terem experiência clínica e não saberem a conceituação do caso até o momento de aferição das sessões, os dados das primeiras aferidoras foram melhores do que a de maior experiência e com menos contato com desenvolvimento do caso, dado semelhante ao relatado na tese de doutorado de Villas-Bôas (2015). Um dado que corrobora para essa hipótese foi o relato da dificuldade da aferidora de Bianca em discriminar todas as pessoas, relacionamentos e detalhes previamente discutidos nas sessões e por consequência se aquela fala era um CRB1 ou CRB2, o que muda toda a categorização, já que cada comportamento do terapeuta está relacionado à presença de um CRB1 ou CRB2 emitidos pelo cliente. As aferidoras que transcreveram as sessões que posteriormente categorizaram provavelmente foram treinadas e modeladas à observar os comportamentos da terapeuta e cliente nesse processo de transcrição, o que pode ter ajudado nos índices de concordância.

Deve-se levar em consideração de que as conceituações de caso foram amplamente discutidas nos grupos de pesquisa, com utilização do FIAT pela terapeuta e com seleção de comportamentos mais evidentes e claros possíveis, com tentativa de diminuir a discrepância nas concordâncias, baseada nos resultados de concordância de Villas-Bôas (2015). Ainda assim, a concordância não foi alta, o que nos faz questionar se uma pesquisa com controle e somente seleção de CRBs óbvios seria fidedigna ao que acontece em ambiente terapêutico natural e se contribuiria terapeuticamente para o cliente.

Outro fator a ser questionado está relacionado aos dados também encontrados em Oshiro et al. (2012), Geremias (2014), Villas-Bôas (2015), Aranha (2017) e Vartanian (2017) que apontam o terapeuta como um categorizador das sessões, se não como principal, como um aferidor. O fato do terapeuta ter mais conhecimento em relação aos CRBs do cliente e das topografias e funções de seu próprio comportamento pode ser um viés de pesquisa, contudo a pesquisa de Geremias (2014) trabalhou com a quebra desse viés, retirando a terapeuta do papel de categorizadora principal do FAPRS e os resultados não apresentaram um viés importante nos resultados das categorizações quando comparado à Oshiro et al. (2012). Ainda assim, a dificuldade de aferição de concordância permaneceu a mesma.

(3) ***Resultados categorização FAPRS***

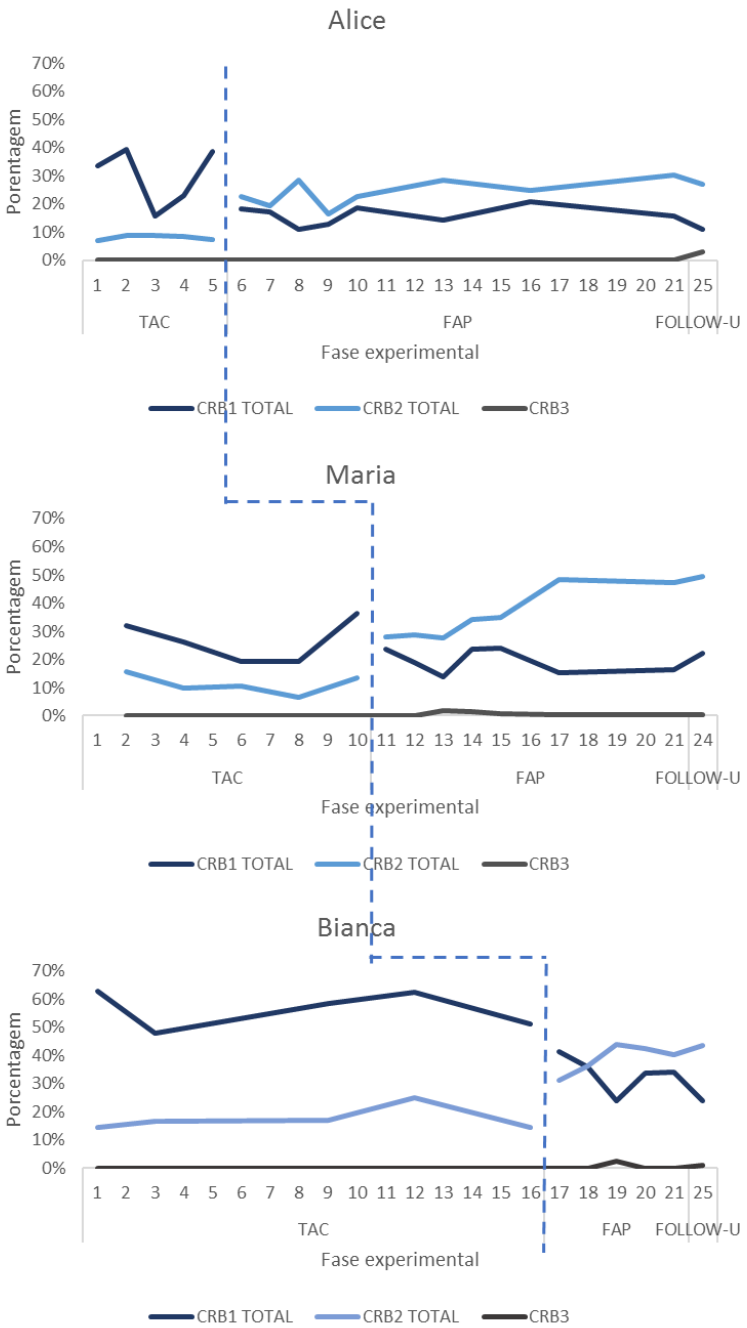

Figura 11: Porcentagem da frequência dos comportamentos do cliente: CRB1 TOTAL (CRB1.A + CRB1.B), CRB2 TOTAL (CRB2.A + CRB2.B) e CRB3, ao longo do delineamento experimental, por participante: (1) Alice, (2) Maria e (3) Bianca. Eixo Y: porcentagem de CRB1, CRB2 e CRB3, eixo X: sessões por fase experimental. A linha azul tracejada representa a introdução da VI (variável independente) FAP.

A apresentação completa dos resultados advindos da categorização com o instrumento Escala de Avaliação da Psicoterapia Analítica Funcional (FAPRS) respeitará a seguinte ordem: comportamentos clinicamente relevantes (CRB) de problema e de melhora;

comportamentos do terapeuta (Regras); relação entre comportamentos do terapeuta e do cliente e outros comportamentos de uma das díades.

Os resultados relacionados aos comportamentos das clientes são apresentados na Figura 11, pela porcentagem de comportamentos clinicamente relevantes - CRBs totais (CRB1 TOTAL = CRB1.A + CRB1.B; CRB2 = CRB2.A + CRB2.B) ao longo das sessões do delineamento experimental. Observa-se uma porcentagem elevada de comportamento problema - CRB1 (Alice – 33,63%, Maria – 32,16% e Bianca – 62,64%) na primeira sessão da FASE A -TAC, enquanto o comportamento de melhora - CRB2 (Alice – 6,84%, Maria – 15,57% e Bianca – 14,36%) era baixo e CRB3 nulo em todas as clientes/participantes. A maior diferença de porcentagem entre CRB1 e CRB2 na FASE A foi observada em Bianca, o que se deve provavelmente à conceituação de caso que descrevia CRB1.A como o falar superficialmente sobre ela e excessivamente sobre os outros. Ao longo de toda a FASE A as porcentagens de CRB1 e CRB2 permaneceram maiores para CRB1, com porcentagem máxima de 39,43% para Alice, 36,50% para Maria e 62,64% para Bianca, e menores para CRB2, com porcentagem máxima de 8,96% para Alice, 15,57% para Maria e 25% para Bianca.

Após a introdução da variável independente FAP (sinalizada pela linha azul tracejada), houve uma reversão em porcentagens dos CRBs, sendo que para Alice e Maria essa reversão ocorre imediatamente na primeira sessão da FASE B – FAP e para Bianca, na segunda sessão da fase. Uma provável explicação para a não reversão imediata de CRBs em Bianca se deve à alta porcentagem de CRB1 e à grande diferença com os CRB2 ao longo da FASE A. Entre a última sessão da FASE A e a primeira sessão da FASE B as porcentagens de CRB1 caem de 38,51% para 22,56% em Alice, de 36,50% para 28,17% para Maria e de 50,96% para 41,47%, enquanto as porcentagens de CRB2 sobem de 7,43% para 22,56% para Maria, de 13,49% para 31,25% para Maria, 14,40% para 31,25% para Bianca.

Essa tendência de aumento abrupto de CRB2 e queda evidente de CRB1 após a introdução da FAP foi observada em outros estudos experimentais de sujeito único (Aranha, 2017; Geremias, 2014; Mangabeira, 2014; Oshiro, 2011; Vartanian, 2017; Villas-Bôas, 2015), apesar de os clientes apresentarem diagnósticos diferentes, mas todos com comprometimentos dos relacionamentos interpessoais. A oscilação de CRBs ao longo das fases FAP também foi descrita nas pesquisas citadas e justificadas por Bush et al. (2010) que pontuam que os CRBs ocorrem de forma natural e podem ou não serem evocados pelo

terapeuta. Ademais, eles apontam fatores do cotidiano do cliente como influentes na probabilidade maior ou menor de ocorrência de CRBs em sessão, o que poderia interferir em diferentes classes deles aparecerem.

Além disso, as maiores oscilações de CRB1 e CRB2 na fase FAP ocorrem nas primeiras 5 sessões, depois há uma estabilidade maior dos dados (visto em Alice e Maria). Esse dado comprova, juntamente com o delineamento em LBM que, quanto maior o tempo de exposição à FAP, maior seus efeitos.

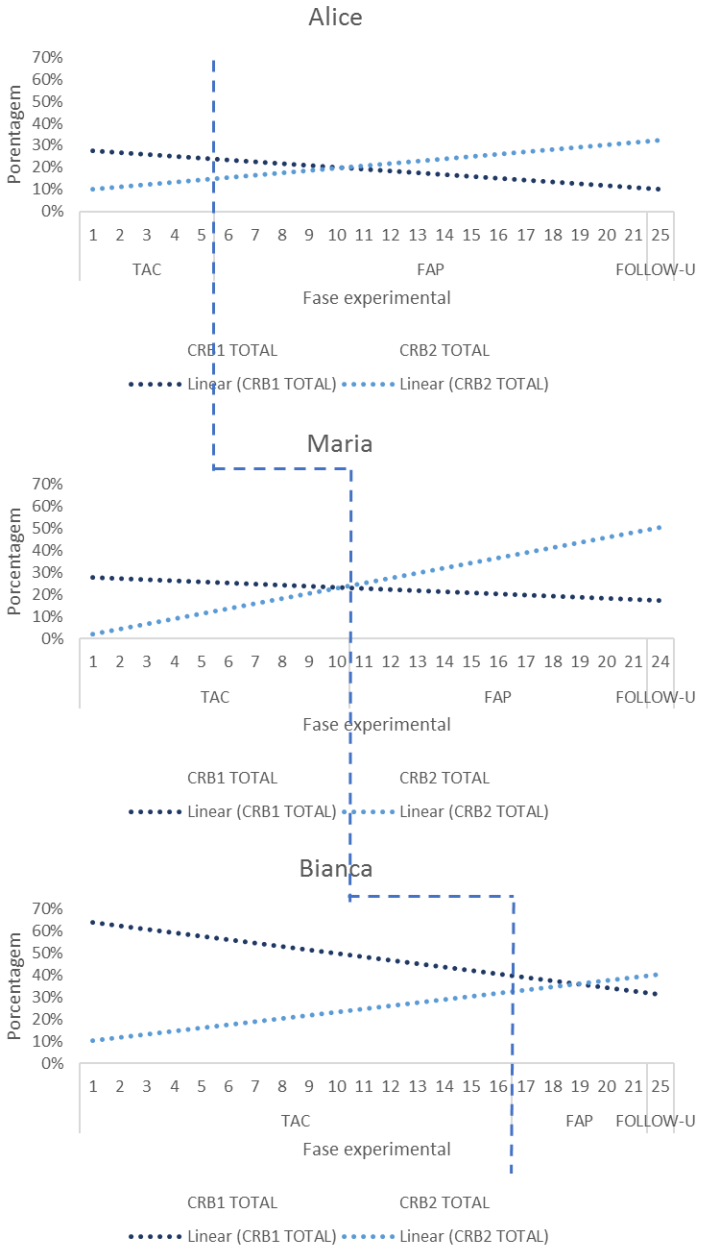

Figura 12: Linha de tendência linear dos comportamentos do cliente: CRB1 TOTAL (CRB1.A + CRB1.B), CRB2 TOTAL (CRB2.A + CRB2.B), ao longo do delineamento experimental, por participante: (1) Alice, (2) Maria e (3) Bianca. Eixo Y: porcentagem de CRB1 e CRB2, eixo X: sessões por fase experimental. A linha azul tracejada representa a introdução da VI (variável independente) FAP.

Ademais, a Figura 12 também aponta a tendência de declínio de CRB1 e crescimento de CRB2 ao longo do processo terapêutico, dados também observados em único (Aranha, 2017; Geremias, 2014; Mangabeira, 2014; Oshiro, 2011; Vartanian, 2017; Villas-Bôas, 2015)) e que apontam um processo terapêutico bem-sucedido, onde há a aprendizagem ao longo do tempo e não só após a introdução da variável independente FAP. É interessante salientar que a linha de tendência com maior ângulo de crescimento de CRB2 ocorreu em Maria, participante que ainda era exposta à abusos sexuais, o que pode sugerir um bom efeito da FAP para casos ainda em situações de risco e com maior potencial de implementação por parte da cliente de novos comportamentos. Além disso, é importante apontar que a maior diferença entre as linhas de tendências de CRB1 e CRB2 estão relacionadas ao maior tempo de exposição à VI, FAP, já que para Bianca a diferença na sessão de *acompanhamento* foi a menor, apesar de que a tendência permaneceu em queda para CRB1 e aumento para CRB2.

Tabela 15: Média da porcentagem de CRB1, CRB2 e CRB3 total, por fase experimental (FASE A-TAC, FASE B-FAP e ACOMPANHAMENTO), separada por cliente/participante.

	Fase experimental	**Média**		
		CRB1	**CRB2**	**CRB3**
Alice	FASE A -TAC	30,10%	8,12%	0,00%
	FASE B -FAP	13,33%	24,06%	0,00%
	ACOMPANHAMENTO	10,85%	27,13%	3,10%
Maria	FASE A -TAC	26,64%	11,25%	0,00%
	FASE B -FAP	19,41%	35,62%	0,70%
	ACOMPANHAMENTO	22,15%	47,39%	0,37%
Bianca	FASE A -TAC	56,46%	17,50%	0,00%
	FASE B -FAP	33,80%	38,80%	0,48%
	ACOMPANHAMENTO	23,72%	43,43%	1,09%

As médias das porcentagens por fase experimental (Tabela 15) apresentam claramente a proporção maior de CRB1 na FASE A e de CRB2 na FASE B, apesar da oscilação durante cada fase. Nitidamente a porcentagem de CRB1 em Bianca é maior, mas não compromete quando a média da FASE A é proposta como equivalente à 100%. Isso porque, dessa forma, a queda de CRB1 da FASE A para a FASE B é de 55,71% para Alice, 27,13% para Maria e 40,13% para Bianca. Uma provável justificativa para a queda de Maria ser inferior às outras duas clientes/participantes é por ter apresentado menor média inicial de CRB1, menos que a metade de Bianca, por exemplo.

Quando levado em consideração a mudança da FASE B para o ACOMPANHAMENTO (Tabela 15) a queda de CRB1 foi de 18,60% para Alice e de 29,82% para Bianca, já para Maria o CRB1 aumentou em 14,11%. Um fator importante a ser levado em consideração é que a sessão de ACOMPANHAMENTO com Maria foi a última presencial realizada com a terapeuta, já que ela voltaria para sua cidade e continuaria o tratamento por recurso online. Provavelmente esse fator foi decisivo para o comportamento de esquiva de uma relação mais íntima com a terapeuta já que, a partir daquela sessão, um laço de 10 meses de acompanhamento seria modificado e a cliente voltaria à situação de risco por isolamento social e falta acompanhamento presencial.

A Tabela 14 aponta aumento da média de CRB2 nas mudanças de fase. Entre a FASE A e a FASE B o aumento em porcentagem do CRB2 foi de 196,30% para Alice, 216,62% para Maria e 126,71% para Bianca. Apesar do aumento de todas ser significativo, Bianca apresentou menor aumento de CRB2 o que pode ser justificado pela menor quantidade de sessões FAP. Já entre a FASE B e o ACOMPANHAMENTO o aumento do CRB2 foi de 12,75% para Alice, 33,04% para Maria e 11,93% para Bianca. Apesar do CRB1 de Maria ter aumentado entre a FASE B e o ACOMPANHAMENTO, a quantidade de CRB2 também aumentou, dado que corrobora para a hipótese levantada anteriormente e aponta efeito significativo da VI apesar de o ambiente externo aumentar a probabilidade de esquiva das relações interpessoais (CRB1 geral).

Além disso, esses resultados apontam que, apesar da queda de CRB1, ela foi bem mais sútil do que a proporção de aumento de CRB2. Esse dado corrobora para as justificativas de que na intervenção FAP o responder contingente do terapeuta deve sempre priorizar as classes de melhora (CRB2) sempre que elas emergirem no “aqui e agora” das sessões. Dessa maneira, o reforçamento diferencial das respostas do cliente aumentarão a probabilidade de produzir mudanças, quando o CRB1 será precursor de CRB2 que serão reforçados naturalmente pelo terapeuta (Tsai et al., 2009). Segundo Azrin e Holz (1966) a punição prejudicaria a aquisição e desenvolvimento de novas habilidades pelo cliente e aumentaria a esquiva dos clientes de situações potencialmente punitivas pelo terapeuta. Relacionado a isso, retirar e punir todos os comportamentos de esquiva de relacionamentos interpessoais poderia ser prejudicial e também aumentaria o risco de uma revitimização por parte das

clientes/participantes, o que iria de encontro com o objetivo da intervenção da pesquisa e do bem-estar das clientes.

Em relação ao CRB3 , o aparecimento dele, apesar de muito sutil em comparação aos CRB1 e CRB2, foi evidente somente nas FASE B e no ACOMPANHAMENTO e não foi emitido em maior número, dados observado em outros estudos com a FAP (Aranha, 2017; Geremias, 2014; Mangabeira, 2014; Oshiro, 2011; Vartanian, 2017; Villas-Bôas, 2015). Villas-Bôas (2015) discute a necessidade do comportamento de análise por parte do cliente na terapia FAP, que não tem como foco e objetivo esse efeito necessariamente. Ademais, levanta-se a hipótese de que nas conceituações de caso das clientes o CRB3 também apresentava função de CRB2 em algumas situações e hierarquicamente eram categorizados como tal.

Esses dados fortalecem a questão de modelagem e modelação de comportamento que ocorre na FAP, onde o modelo do terapeuta aumenta a probabilidade do comportamento de análise do cliente ocorrer (Tsai et al., 2009). Apesar da emissão de CRB3 permitir que o terapeuta modele comportamentos mais precisos de análises funcionais pelos clientes (Oshiro, 2011) o que aumentaria a consciência do cliente em relação ao seu comportamento e também a previsibilidade de controle do próprio comportamento, os dados apontados por Villas-Bôas (2015) sugerem que possivelmente o comportamento de análise não seja o fator mais importante na FAP, já que ela não apresenta foco na realização de análises. Nos casos apresentados, a baixa porcentagem de CRB3 não comprometeu o aprendizado e comportamento das clientes em analisar e prever seus própiros comportamentos, dado observado pela terapeuta após o encerramento da coleta da pesquisa, durante a continuidade dos atendimentos terapêuticos.

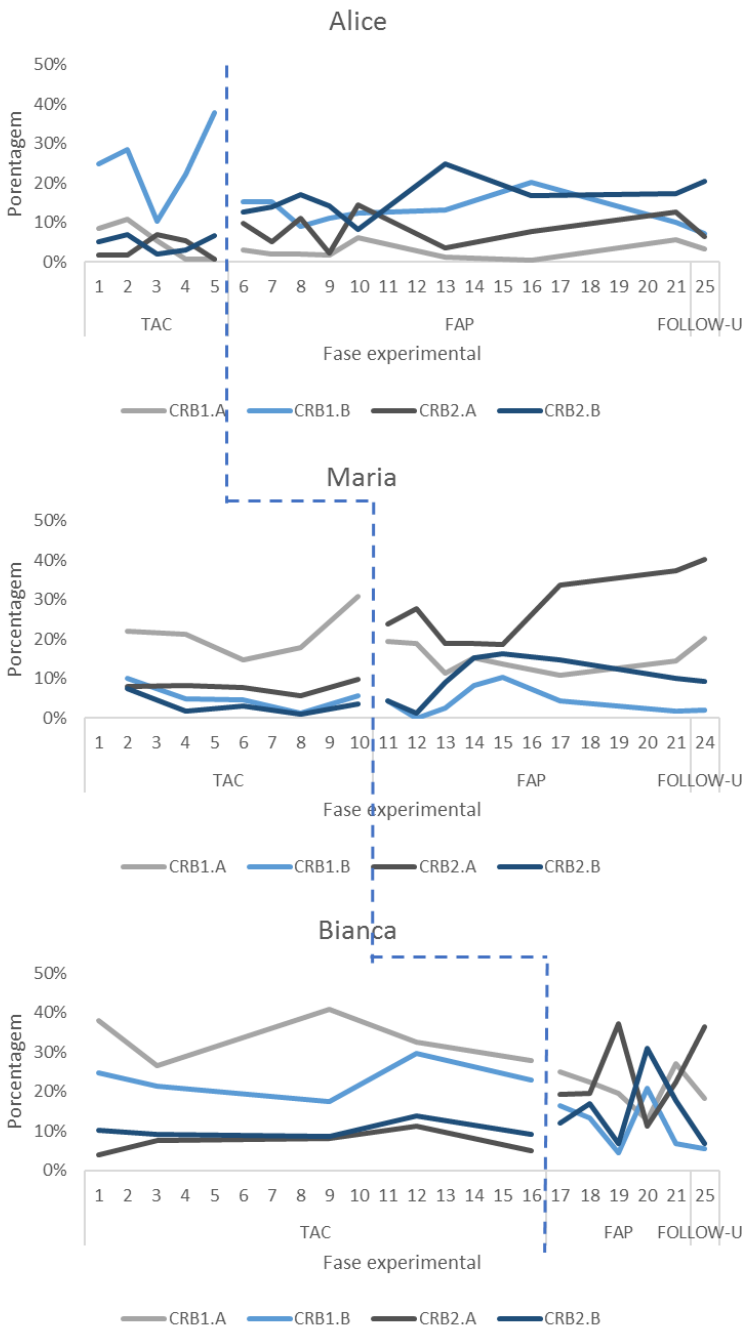

Figura 13: Porcentagem da frequência dos comportamentos do cliente: CRB1.A, CRB1.B, CRB2.A e CRB2.B, ao longo do delineamento experimental, por participante: (1) Alice, (2) Maria e (3) Bianca. Eixo Y: porcentagem de CRB1.A, CRB1.B, CRB2.A e CRB2.B, eixo X: sessões por fase experimental. A linha azul tracejada representa a introdução da VI (variável independente) FAP.

Os CRB1 (comportamento cliniciamente relevante do tipo problema) e CRB2 (comportamento cliniciamente relevante do tipo melhora) de todas as participantes eram os mesmos, quando descritos por função, sendo o CRB1 a esquiva de relações que sinalizavam intimidade e vulnerabilidade e o CRB 2 como o contato mais íntimo e pessoal, com exposição

e vulnerabilidade adequadas. Essa grande classe de respostas (CRB1) foi observada nas três clientes e é um resultado frequente nas relações interpessoais vista nas vítimas de abuso sexual (ABRAPIA, 2002; Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002; Merrill, Guimond, Thomsen & Miller, 2003; Tsai, Feldman-Summers, & Edgar, 1979).

CRB1 foi dividido em CRB1.A e em CRB1.B, com topografias diferentes, mas apresentando a mesma função. Para Alice o CRB1.A era fazer pedidos de forma pouco clara, com uso de mandos disfarçados e o CRB1.B era responsabilizar os outros por seus comportamentos. Para Maria o CRB1.A era fazer pedidos de forma pouco clara, com uso de mandos disfarçados e o CRB1.B era justificar sua passividade com uso de regras da religião ou sobre o que os outros iriam pensar, tudo isso com função de esquiva das próprias dificuldades interpessoais que tem para lidar com situações de intimidade e vulnerabilidade. Já para Bianca o CRB1.A era falar muito superficialmente sobre ela e o CRB1.B era responsabilizar os outros por seus comportamentos. Em todas as clientes foi possível observar a dificuldade de se responsabilizarem por seus comportamentos e dificuldades (CRB1.B), excluindo a situação de abuso, que inicialmente elas pontuavam como responsabilidade e consequência do comportamento delas.

Os sentimentos de culpa e responsabilidade pelo abuso são amplamnete apontados na literatura como resultados dos abusos sexuais (ABRAPIA, 2002; Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002; Merrill, Guimond, Thomsen & Miller, 2003; Tsai, Feldman-Summers, & Edgar, 1979). Entretanto, os comportamentos de não se responsabilizar por outros eventos ou escolhas, após a situação de abuso, ainda não foi apontada na literatura. Uma hipótese para essa característica de topografia de respostas das clientes está relacionada à incontrolabilidade do abuso e possível generalização para outras situações ao longo da vida, como acontece no desamparo aprendido (Catania, 1999).

Maier, Albin & Testa (1973) apontam em sua pesquisa que os ratos que receberam choques inevitáveis em uma determinada situação tenderam a não aprender uma resposta de esquiva quando a situação era evitável. No desamparo aprendido Catania (1999) propõe que há “o retardamento na aquisição do responder de fuga e esquiva produzido por uma história em que o responder durante estímulos aversivos não teve consequência” (p. 396). Ou seja, nas situações de abuso sexual (estímulo aversivo), nenhuma resposta emitida pelas clientes impedia sua ocorrência e seus efeitos colaterias, dessa forma, a generalização é

postergada e ampliada para situações em que o responder da vítima poderia ter consequências menos aversivas. Assim, a não responsabilização por seus comportamentos, após as situações de abuso, podem ser relacionadas ao desamparo aprendido.

Retornando aos resultados, os dados da Figura 11 apontam, na primeira sessão da FASE A, porcentagem menor para o CRB1.A (8,63%) de Alice doque o CRB1.B (25%) e o oposto ocorre para Maria e Bianca, onde o CRB1.A (22,11% e 37,93%, respectivamente) foi maior que o CRB1.B (7,53% e 24,71%, respectivamente). Apesar de Alice e Maria apresentarem praticamente os mesmos CRBs1, a incidência de cada um deles era diferente. Isso se deve provavelmente pelo fato de que Maria ainda estava exposta à uma relação sexualmente abusiva e as dificuldades de fazer pedidos diretos e claros eram mais evidentes dentro dessas contingências em vigor (desamparo aprendido descrito acima), repercutindo em CRB1.A de maior frequência. Em relação à Bianca, provavelmente a maior incidência de CRB1.A se deve ao fato de que "falar superficialmente sobre ela" não necessita de muita evocação por parte da terapeuta e apresenta topografia verborrágica e prolixa.

Entre a última sessão da FASE A e a primeira sessão da FASE B o CRB1.A de Alice foi de 0,68% para 3,05% e o CRB1.B foi de 37,84% para 15,24%, o CRB1.A de Maria foi de 30,95% para 19,44% e o CRB1.B foi de 5,56% para 4,37% e em Bianca o CRB1.A foi de 27,96% para 25,0% e o CRB1.B foi de 23,01% para 16,48%. Apesar da maior queda ser de CRB1.B para todas as clientes após a introdução da FAP, a queda de CRB1.A foi mais sutíl para Maria e Bianca e teve leve aumento para Alice. Uma justificativa para esse resultado é a dificuldade de bloquear completamente o CRB1 e por ser a partir dele que é possível encontrar o CRB2. A partir dos comportamentos de fala superficiais e verborrágicas a terapeuta avalia se as respostas se manterão nessa topografia ou se a cliente se engajará em um CRB2. Dessa forma, o CRB1 aparece principalmente nessa população com uma grande frequência na FASE B, com a FAP, porque é a partir dele que foi possível evocar e reforçar o CRB2.

O CRB2 também foi dividido em CRB2.A e em CRB2.B, com topografias diferentes, mas apresentando a mesma função. Para Alice o CRB2.A era fazer pedidos de forma clara e assertiva, com uso de mandos diretos e o CRB2.B era assumir a responsabilidade por seus comportamentos. Para Maria o CRB2.A era fazer pedidos de forma clara e assertiva, com uso de mandos diretos e o CRB2.B era assumir a responsabilidade pela solução do problema, e ser agente ativa na resolução do problema. Já para Bianca o CRB2.A era falar de forma mais íntima

sobre o cotidiano e o passado e o CRB2.B era assumir a responsabilidade pela solução do problema, e ser agente ativa na resolução do problema. A ideia de desenvolver e aumentar esses comportamentos clinicamente relevantes estava vinculada à prevenção da revitimização e também à modelagem de comportamentos que permitem uma melhor relação interpessoal. Isso porquê é difícil entender pessoas que emitem mandos disfarçados e que responsabilizam demais os outros, algo que torna a relação aversiva para o outro e aumenta a probabilidade de ele emitir comportamentos aversivos com as clientes, aumentando a equiva de relacionamentos interpessoais das clientes.

Os dados da Figura 13 apontam, na primeira sessão da FASE A, porcentagem maior para o CRB2.A (8,04%) de Maria doque o CRB2.B (7,54%) e o oposto ocorre para Alice e Bianca, onde o CRB2.A (1,78% e 4,02%, respectivamente) foi menor que o CRB2.B (5,05% e 10,34%, respectivamente). O foco da intevervenção no CRB2.A de Maria se fez necessário já que ela passava por uma situação abusiva durante a coleta de dados e, com o desenvolvimento e amplitude dos comportamentos de fazer pedidos de forma clara e assertiva, ela poderia ampliá-los para as situações fora de sessão, em que o marido a abusava sexualmente, diminuindo esses eventos e conseguindo escapar dos mesmos.

Entre a última sessão da FASE A e a primeira sessão da FASE B o CRB2.A de Alice foi de 0,68% para 9,76% e o CRB2.B foi de 6,76% para 12,80%, o CRB2.A de Maria foi de 9,92% para 23,81% e o CRB2.B foi de 3,57% para 4,37% e em Bianca o CRB2.A foi de 5,16% para 19,32% e o CRB2.B foi de 9,25% para 11,93%. Os aumentos de CRB2 A e B foram significativos para todas as clientes, o que aponta que com a introdução da FAP há um foco maior em reforçar os CRBs2, independente se são A ou B. Vale ressaltar que todos os CRB2 de maior aumento eram aqueles que proporcionavam melhora para o desenvolvimento da sessão, falar de forma mais clara (Alice) e falar de forma mais íntima e sucinta (Bianca) e/ou que possibilitavam a diminuição de risco à exposição de novas situações de abuso, como no caso de Maria, onde o CRB2 era fazer pedidos de forma clara e assertiva.

Ao comparar a primeira sessão da FASE B e a sessão de ACOMPANHAMENTO (também com FAP) o CRB1.A de Alice sobe de 3,05% para 3,49% e o CRB1.B cai de 15,24% para 7,36%; na Maria o CRB1.A sobe de 19,44% para 20,25% e o CRB1.B cai de 4,37% para 1,90%,; na Bianca os CRB1.A e B caem respectivamente de 25,0% para 18,25% e de 16,48% para 5,47%. Em relação aos CRB2, o CRB2.A de Alice cai de 9,76% para 6,59% e o CRB2.B sobe de 12,80%

para 20,54%; na Maria os CRB2.A e B sobem respectivamente de 23,81% para 40,19% e de 4,37% para 9,18% e na Bianca os CRB2.A sobe de 19,32% para 36,5% e o CRB2.B cai de 11,93% para 6,93%. Apesar algumas porcentagens de CRB1 apresentarem leve aumento em Alice e Maria as proporções de CRB2 permaneceram maiores que as de CRB1, mesmo com a leve queda CRB2.A de Alice e CRB2.B de Bianca, os escores totais dos CRB2 permaneceram maiores que os de CRB1 e nenhum deles retornou às porcentagens iniciais da FASE A. Esse fator se deve provavelmnete à oscilação natural de comportamentos durante as sessões, os temas desenvolvidos e demandas trazidas pelas clientes e situações externas à sessão (Busch et al., 2010).

Seguindo a mesma linha de apresentação dos resultados obtidos pelo FAPRS a Figura 14 apresenta os comportamentos do terapeuta com as porcentagens da frequência da Regra 2 (evocar comportamentos clinicamente relevantes), Regra 3-1 (responder contingente ao CRB1) e Regra 3-2 (responder contingente ao CRB2), ao longo do delineamento experimental. As porcentagens da Regra 3-1 e da Regra 3-2 seguem o mesmo processo que a porcentagem de CRB1 total e CRB2 total apresentados na Figura 10, com aumento de Regra 3-2 e diminuição de Regra 3-1 após a introdução da FAP, dados igualmente observados em (Aranha, 2017; Geremias, 2014; Mangabeira, 2014; Oshiro, 2011; Vartanian, 2017; Villas-Bôas, 2015). Quanto maior a porcentagem de CRB1, maior a porcentagem de Regra 3-1, mesmo na FASE A, sem FAP. Isso se deve à conceituação do caso e às regras de categorização do FAPRS, já que, mesmo a extinção é vista como o responder contingente do terapeuta ao CRB1.

Em relação à Regra 2 é possivel observar um sutil aumento após a introdução da FAP para as três clientes, entretanto as porcentagens de Regra 2 em Alice são altas, principalmente nas primeiras sessões da FASE A, isso se deve provavelmente porque a cliente apresentava relato confuso o que impedia o desenvolvimento da sessão e aumentava as perguntas da terapeuta para entendê-la, perguntas que, pela conceituação de caso, pertenciam à categoria de Regra 2. Além disso, é possivel observar em Alice e Maria que a porcentagem de Regra 2 segue a porcentagem de Regra 3-1, o que nos permite apontar que a Regra 2 era seguida de CRB1 e consequentemente de Regra 3-1. Entretando esse efeito não foi observado em Bianca, isso se deve à conceituação de caso já que ela iniciava as sessões emitindo CRB1 (falando superficialmente sobre ela) e a terapeuta não precisava evocar diretamente enem repetidas vezes.

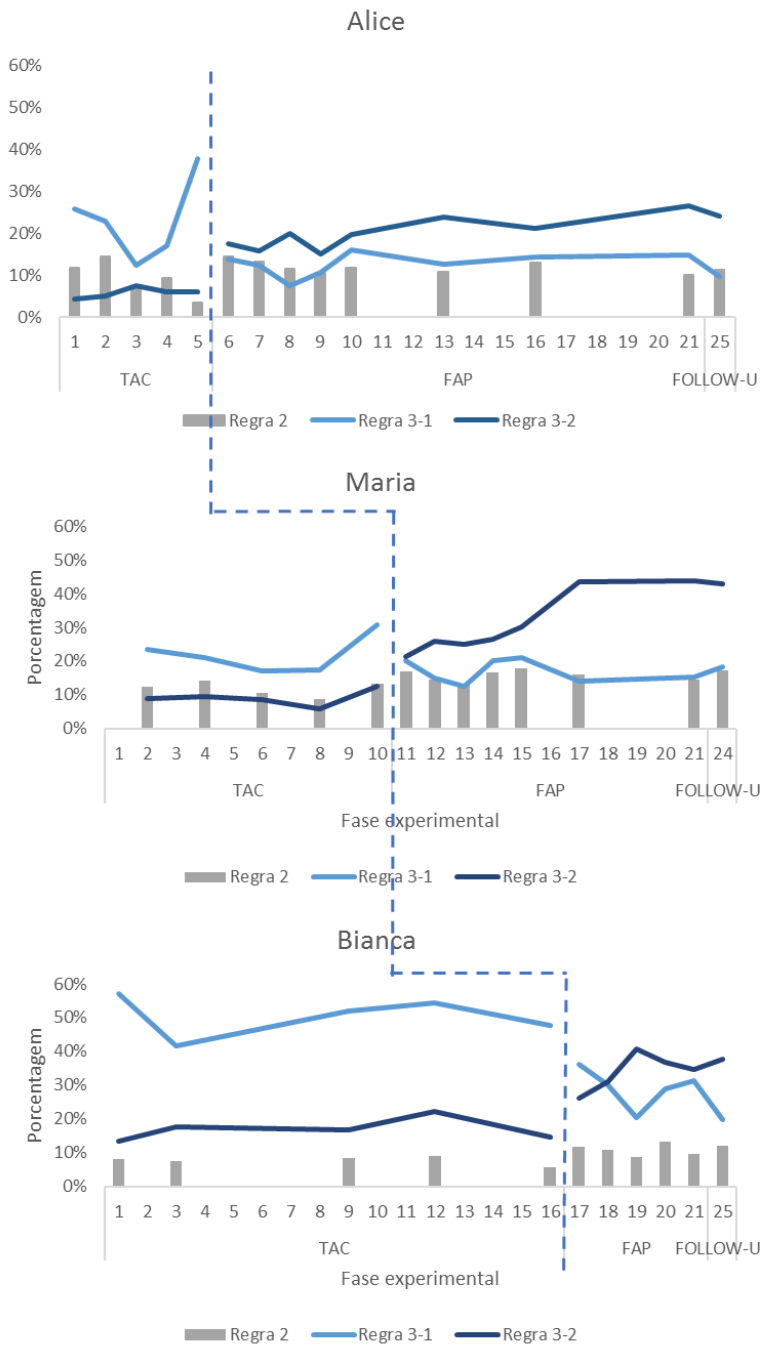

Figura 14: Porcentagem da frequência de comportamentos do terapeuta, Regra 2, Regra 3-1 e Regra 3-2, ao longo do delineamento experimental, por participante: (1) Alice, (2) Maria e (3) Bianca. Eixo Y: porcentagem de Regra 2, Regra 3-1 e Regra 3-2, eixo X: sessões por fase experimental. A linha azul tracejada representa a introdução da VI (FAP).

Para finalizar a análise do resultado do comportamento da terapeuta em relação á Regra 2, Regra 3-1 e Regra 3-2, a Figura 12 aponta o poder evocativo da Regra 3-2 na FASE B. A literatura internacional (Busch et al., 2010; Busch et al., 2009; Kanter et al., 2006; Kohlenberg

et al. 1999; Kohlnberg & Tsai, 1991; Tsai et al., 2009) aponta que o mecanismo de mudança clínica está no responder contingente do terapeuta aos comportamentos clinicamente relevantes, especialmente os de melhora (CRB2). Dessa forma, o leve aumento da Regra 2, após a introdução da FAP, e ao aumento significativo de Regra 3-2 e de CRB2 (Figura 10) corroboram para esse apontamento.

Entretanto, vale ressaltar que em muitas situações o consequenciar (reforçar) CRB2 também apresentava função de Regra 2 (evocar) e, por hierarquia de categorização do FAPRS, era categorizado como Regra 3-2 e não como Regra 2. Vartanian (2017) separou a evocação direta de CRB1 e CRB2 da consequenciação evocativa (Regra 3-2 com dupla função: consequenciar e evocar) e os dados apontaram maior prevalência da consequenciação evocativa do que a Regra 2 direta, o que nos ajuda a analisar e responder os motivos de a Regra 2 ter somente um leve aumento de porcentagem após a introdução da FAP, dado observado em outros estudos (Aranha, 2017; Busch et al., 2009; Busch et al., 2010; Geremias, 2014; Lizarazo et al., 2015; Mayo et al., 2014; Mangabeira, 2014; Oshiro et al., 2012; Villas-Bôas, 2016).

Os dados apresentados nesses estudo juntamente com os dados e análises de Vartanian (2017) apontam que o mecanismo de mudança clínica na FAP não esta somente relacionada à consequenciação como maior foco de intervenção terapêutica. A autora também aponta a necessidade da utilização e ensino da consequenciação evocativa como processo de mudança clínica e também a importância de analisar o encadeamento das respostas categorizadas de cada relação terapeuta-cliente a fim de entender o *loop* de respostas e assim, aumentar a compreensão dos processos clínicos envolvidos na utilização da FAP.

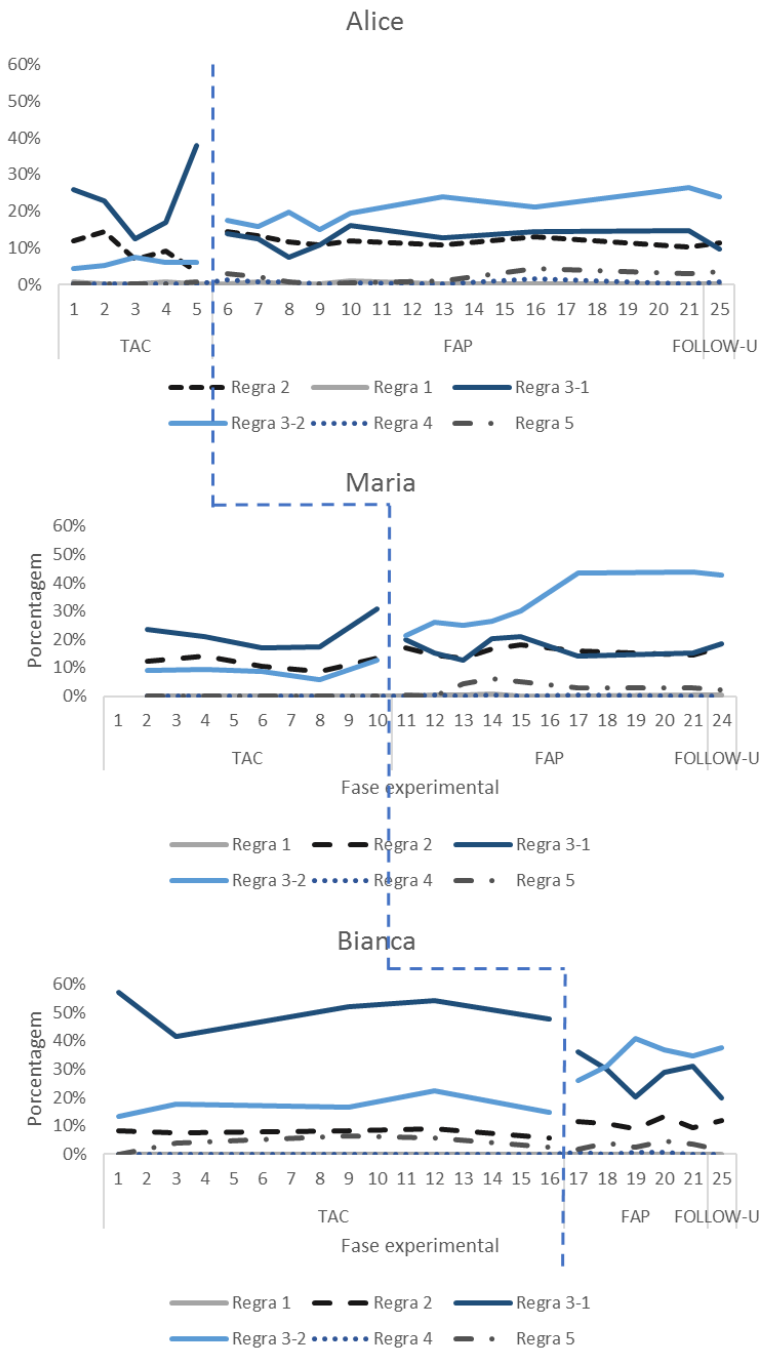

Figura 15: Porcentagem da frequência de comportamentos do terapeuta, de todas as regras do FAPRS: Regra 1, Regra 2, Regra 3-1 e Regra 3-2, Regra 4 e Regra 5, ao longo do delineamento experimental, por participante: (1) Alice, (2) Maria e (3) Bianca. Eixo Y: porcentagem de Regra 1, Regra 2, Regra 3-1 e Regra 3-2, Regra 4 e Regra 5, eixo X: sessões por fase experimental. A linha azul tracejada representa a introdução da VI (variável independente) FAP.

Os outros comportamentos do terapeuta são representados na Figura 15, com exposição da porcentagens de todas as regras do FAPRS: Regra 1, Regra 2, Regra 3-1 e Regra 3-2, Regra 4 e Regra 5, ao longo do delineamento experimental. Após a introdução da FAP a porcentagem de Regra 1 permaneceu nula já que esse é um comportamento incoberto por

parte do terapeuta e de difícil categorização pelo instrumento, a Regra 2 oscilou durante as duas fases, mas se mostrou sutilmente maior na FASE B. A Regra 3-1 aumentou substancialmente da FASE A para a FASE B e a Regra 3-2 teve efeito oposto, aumento significativo. A Regra 4 permaneceu baixa, apesar de ter pontos sutis e com baixo percentual já a porcentagem de Regra 5 aumentou (Figura 15) para Alice e Maria, já para Bianca a Regra 5 era alta durante todo o processo terapêutico.

Os baixos índices de Regra 1 e Regra 4 também foram observados em outros estudos com o uso da FAP em delineamentos de caso único (Aranha, 2017; Geremias, 2014; Vartanian, 2017; Villas-Bôas, 2015) e se deve provavelmente porque essas regras representam respostas encobertas, na maioria das vezes, por parte do terapueta. Respostas encobertas denotam inferências por parte dos categorizadores com o intrumento FAPRS e por isso, não são observados e sinalizados.

Uma hipótese pra explicar a porcentagem contínua da Regra 5 para Bianca foi a não separação da categoria para a discussão entre CRB3 ou O3. Foi possível observar também (Figura 16) que a Regra 5 não acompanhou necessariamente as porcentagem de CRB3 ou de O3, isso se deve possivelmente às multiplas funções dos comportamentos e por hierarquia de categorização do instrumento que prioriza sempre o CRB2 e CRB1 em detrimento de um CRB3 ou O3. Essas considerações somadas às pontuações sobre a Regra 2 e Regra 3-1 e Regra 3-2 nos possibilitam dizer que os comportamentos do terapeuta e do cliente apresentam múltiplas funções. Esses dados apontam uma lacuna para o instrumento FAPRS e seu atual critério de hierarquia que não capta as múltiplas funções dos comportamentos da cliente e da terapeuta. Talvez seja interessante para as novas pesquisas com o FAPRS que sejam inseridas novas categorias e possibildades de categorização para pontuar as múltiplas funções dos comportamentos tanto do terapeuta como do cliente, a fim de analisar e destrinchar melhor os mecanismos e processos de mudança que ocorrem na FAP.

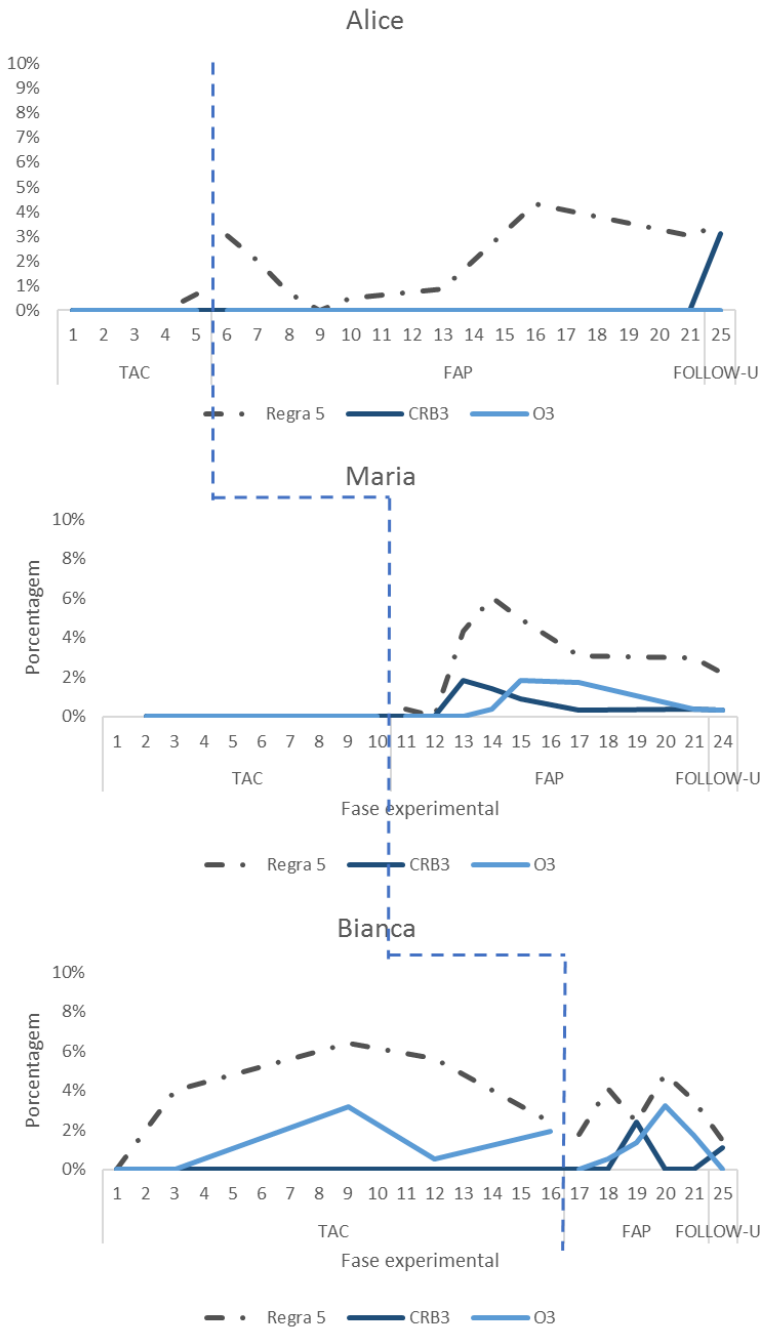

Figura 16: Porcentagem da frequência de comportamentos do terapeuta: Regra 5 e do cliente: CRB3 e O3, ao longo do delineamento experimental, por participante: (1) Alice, (2) Maria e (3) Bianca. Eixo Y: porcentagem de Regra 5, CRB3 e O3, eixo X: sessões por fase experimental. A linha azul tracejada representa a introdução da VI (variável independente) FAP.

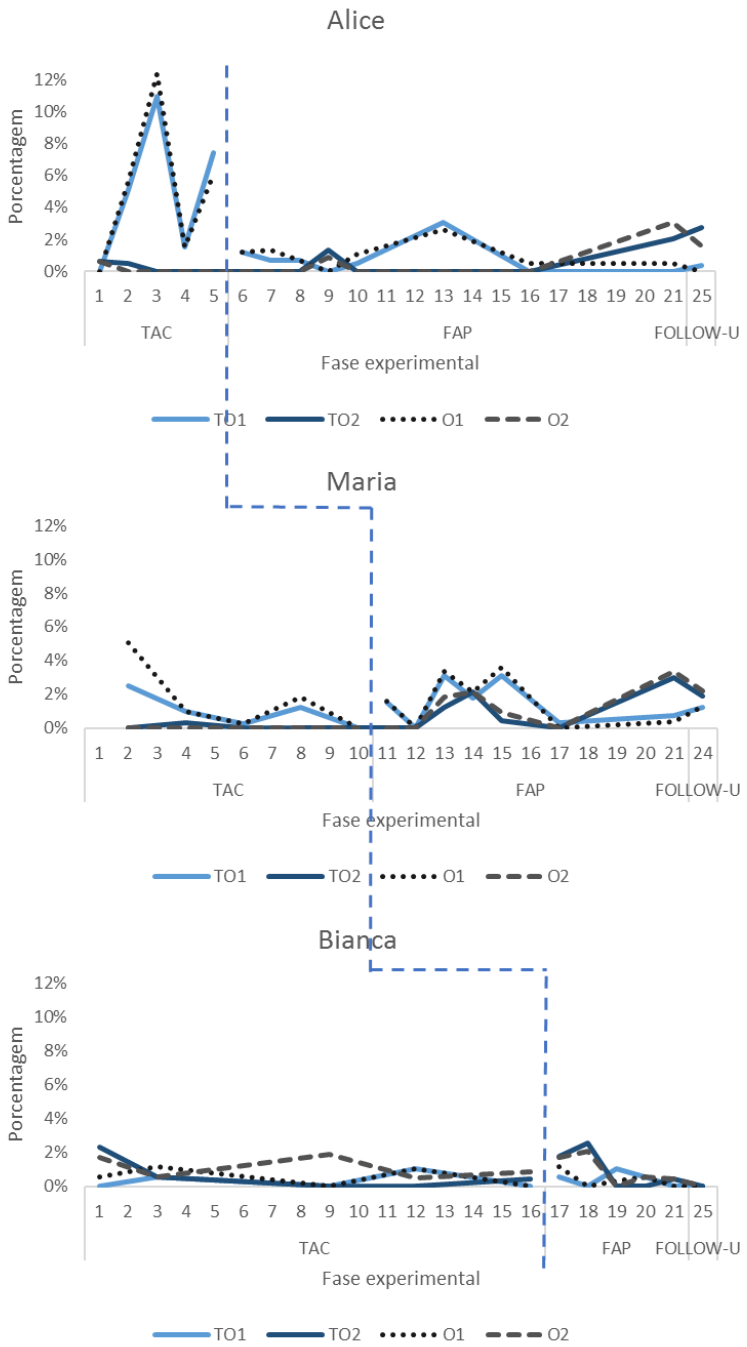

Figura 17: Porcentagem da frequência de comportamentos do terapeuta: TO1 e TO2 e do cliente: O1 e O2, ao longo do delineamento experimental, por participante: (1) Alice, (2) Maria e (3) Bianca. Eixo Y: porcentagem de TO1, TO2, O1 e O2, eixo X: sessões por fase experimental. A linha azul tracejada representa a introdução da VI (variável independente) FAP.

Em relação aos comportamentos do terapeuta e do cliente vinculados aos comportamentos problema e de melhora externos à sessão terapêutica, foi possível observar (Figura 17) uma maior porcentagem de TO1 e O1 na FASE A e de TO2 e O2 na FASE B para

todas as clientes, além de uma correspondência entre as porcentagens dos comportamentos relacionados. Esse dado aponta consistência por parte da terapeuta e que na FASE A, principalmente para Bianca, o foco da intervenção estava principalmente nos comportamentos externos da sessão, proposta do delineamento para FASE A.

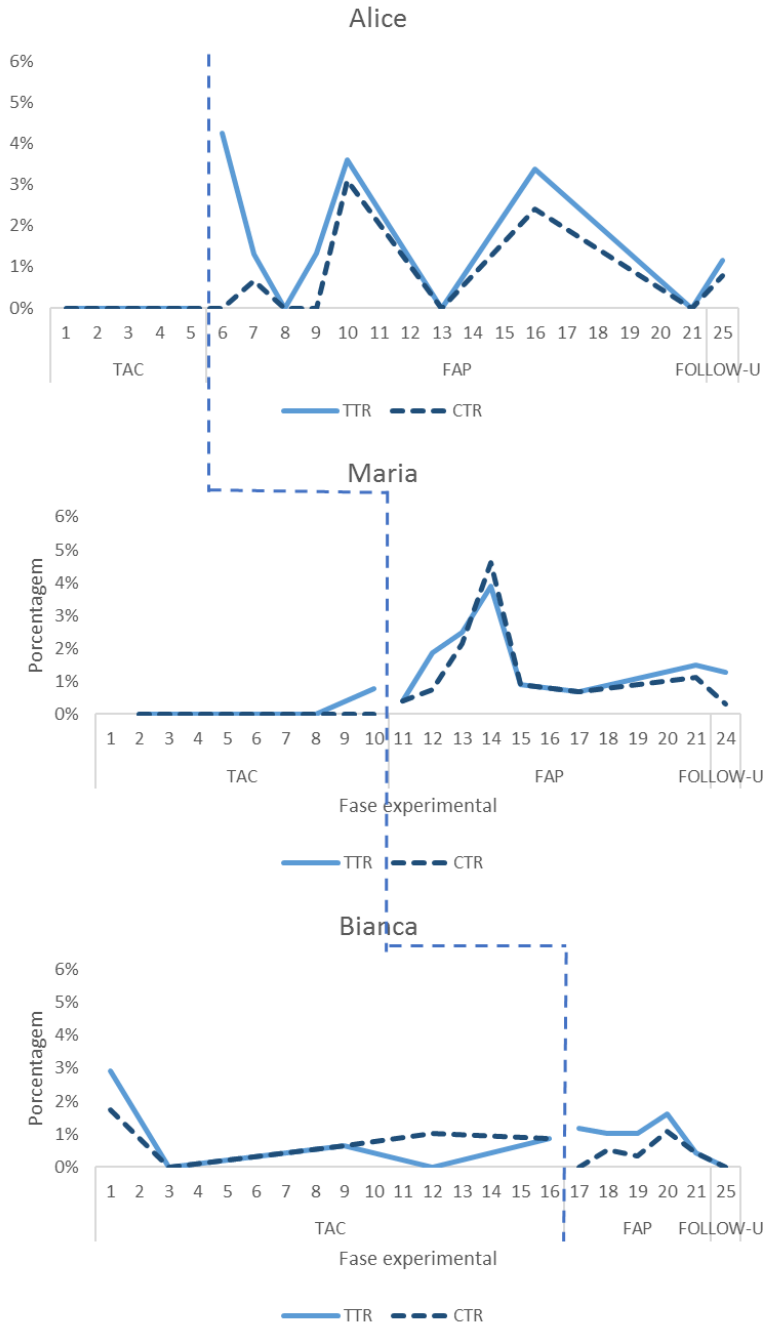

Figura 18: Porcentagem da frequência de comportamentos do terapeuta: TTR e do cliente: CTR, ao longo do delineamento experimental, por participante: (1) Alice, (2) Maria e (3) Bianca. Eixo Y: porcentagem de TTR e CTR, eixo X: sessões por fase experimental. A linha azul tracejada representa a introdução da VI (variável independente) FAP.

A Figura 18 representa a porcentagem de comportamentos do terapeuta e da cliente relacionados à relação terapêutica. Apesar da porcentagem de TTR e de CTR aumentarem substancialmente nas clientes Alice e Maria, com a cliente Bianca o aumento foi mais sutil. Apesar das frequências aparecerem em porcentagem maior esses dados apontam que as sessões FAP não tem o foco somente na relação terapêutica, o que refuta os argumentos e descrições errôneas da FAP que apontam sessões menos complexas, não levando em consideração a conceituação dos casos e a intervenção no "aqui e agora", e não necessariamente na relação terapêutica topográfica.

CONCLUSÃO

O presente trabalho teve como objetivo verificar o efeito da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) em vítimas de abuso sexual com sintomas de Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT), principalmente as dificuldades de relacionamento interpessoal, para evidenciar e observar se as lacunas deixadas por outras terapias baseadas em evidências para TEPT seriam contempladas com o uso da FAP. Ademais, o presente estudo teve como objetivo generalizar os dados de Oshiro (2011), Oshiro, Kanter e Meyer (2012), Geremias (2014) e Villas-Bôas (2015) afim de observar o efeito da FAP em uma nova população e o processo terapêutico envolvido na mudança clínica.

Para responder a esses objetivos foi proposto um delineamento experimental de caso único em linha de base múltipla, com introdução da variável independente (FAP) em diferentes momentos para três clientes de terapia, vítimas de abuso sexual. No total cada cliente passou por 20 sessões dentro delineamento experimental de caso único, sendo a primeira com 5 sessões na FASE A -Terapia Analítico-comportamental (TAC) e 15 sessões na FASE B – Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), a segunda com 10 sessões em cada fase e a terceira com 15 sessões na FASE A e 5 sessões na FASE B. A escolha para o delineamento em linha de base múltipla se deu por uma questão ética, já que retirar o foco na relação terapêutica poderia ser prejudicial para vítimas de abuso que poderiam sentir culpa e responsabilidade por um distanciamento ou grande diferença de comportamento da

terapeuta e poderia ampliar e/ou reestabelecer o desamparo aprendido a que elas respondiam antes mesmo do início da intervenção.

Observou-se um padrão comportamental nas vítimas de abuso sexual nos comportamentos clinicamente relevantes emitidos em sessão e correspondentes aos comportamentos que causavam prejuízo para as clientes no ambiente e nas suas relações interpessoais externas. As três clientes emitiam respostas com função de esquiva de relações que sinalizavam intimidade e vulnerabilidade, principalmente aquelas com topografia de pedidos pouco claros e com uso de mandos disfarçados, respostas com relatos confusos e também responsabilização dos outros para os seus comportamentos. Apesar da função desses comportamentos serem de esquiva eles aumentavam a exposição dessas mulheres para um novo abuso e uma revitimização, o que sinalizava a necessidade de um foco maior de intervenção, como apontado por Wampold et al. (2010) no levantamento dos possíveis determinantes para o sucesso do tratamento para o Transtorno de Estresse Pós-traumático.

Foram coletadas 71 sessões de psicoterapia, 34 delas foram analisadas e 18.409 unidades de análises referentes às interações verbais entre o terapeuta e cliente foram categorizadas. Os procedimentos adotados integraram transcrição das sessões, categorização das unidades de análise por meio do instrumento FAPRS, aplicação de instrumentos de medidas de resultados (PCL-C e OQ-45) e cálculo de concordância entre aferidores.

Os resultados apontaram que a introdução da FAP (variável independente) produziu aumento da emissão de comportamentos de melhora (CRB2) e diminuição de comportamentos-problema (CBR1) o que fortalece as evidências e corrobora com a literatura da área sobre o principal mecanismo de mudança clínica envolvido no processo clínico da Psicoterapia Analítica Funcional estar relacionado a modelagem direta dos comportamentos em sessão, com foco maior de intervenção nos comportamentos de melhora (Aranha, 2017 Busch et al., 2010; Busch et al., 2009; Geremias, 2015; Kanter et al., 2006; Kohlenberg et al. 1999; Kohlnberg & Tsai, 1991; Landes et al. 2013; Oshiro, 2011; Tsai et al., 2009; Vartanian, 2017; Villas-Bôas, 2016).

Oshiro (2011), Geremias (2015) e Villas-Bôas (2016) apontaram a necessidade de medidas de resultados externos à sessão para aumentar o controle e robustez dos efeitos encontrados na utilização da FAP além disso, Leonardi (2016) sinalizou a escassez de estudos com medidas de resultados ao longo de todo processo terapêutico e não só no início e no final

da intervenção. Levando em consideração as necessidades apontadas por esses autores e os resultados encontrados com os instrumentos PCL-C e OQ-45, o presente estudo apresentou uma de suas grandes contribuições para área, representada pelo benefício, não só dentro de sessão como também no ambiente externo, da utilização da FAP, como foco de intervenção nos relacionamentos interpessoais, em vítimas de abuso sexual com Transtorno de Estresse Pós-traumático.

A segunda grande contribuição se deu pelo sucesso do delineamento experimental em linha de base múltipla (LBM), uma vez que não há registros de sucesso e total controle experimental desse delineamento em outras pesquisas de prática clínica, somente estudos com reversão (Geremias, 2015; Mangabeira, 2014; Oshiro, 2011; Vartanian, 2017; Villas-Bôas, 2016), do tipo AB (Aranha, 2017; Fonseca, 2016) e tentativas experimentais do tipo A/A+B (Kanter et al., 2016). Inicialmente as pesquisas de Aranha (2017) e Fonseca (2016) foram programadas para utilizar o delineamento em LBM, entretanto, devido à desistência e tempo disponível para a coleta os estudos foram modificados para AB com 2 participantes. Outro fator que contribuiu para essa modificação está relacionado a condição em que os estudos foram propostos. No caso de Aranha (2017) os clientes estavam em internação numa clínica de reabilitação para usuários de drogas o que deixou o delineamento mais vulnerável já que o controle de alta e da decisão de saída da internação não estavam com o terapeuta/pesquisador e sim outros profissionais, familiares e muitas vezes com o convênio médico que se recusava a pagar maior tempo de internação. Já no caso de Fonseca (2016) a pesquisadora precisava controlar a aderência dos terapeutas e dos clientes desses terapeutas para que o delineamento ocorresse como proposto inicialmente.

Na tentativa de ampliar os estudos com delineamento em linha de base múltipla com a utilização da Psicoterapia Analítica Funcional, Moreira (2016), Lovo (2017) e Xavier (2014) propuseram essa condição metodológica nos seus projetos de pesquisa - em andamento pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP) - para diferentes populações: crianças vítimas de abuso sexual, adultos com fobia social e crianças com transtorno desafiador e opositor, respectivamente.

As fortalezas do presente estudo estão no controle metodológico com a utilização do delineamento de caso único em LBM e controles apontados por Kratochwill et al. (2013), a utilização de medidas de resultados e de processos que permitiram mostrar os efeitos da

utilização da FAP em vítimas de abuso sexual e também os processos envolvidos na intervenção FAP, corroborando com os dados encontrados na literatura (Aranha, 2017; Busch et al., 2010; Busch et al., 2009; Geremias, 2015; Kanter et al., 2006; Kohlenberg et al. 1999; Kohlnberg & Tsai, 1991; Landes et al. 2013; Oshiro, 2011; Tsai et al., 2009; Villas-Bôas, 2016) e também com os novos resultados de Vartanian (2017) que aponta a Regra 2 (evocar) como outro grande processo envolvido na mudança clínica, diferentemente do que era proposto, onde a Regra 3 (consequenciar diferencialmente os comportamentos em sessão) era considerado como o processo mais importante para mudança clínica efetiva da Psicoterapia Analítica Funcional.

As fragilidades do estudo estão relacionadas à três condições: índice *Kappa* abaixo do que é considerado ideal, acima de 0.6, por Kratochwill et al. (2013) na aferição de concordância das sessões categorizadas com aferidores externos; terapeuta ser a pesquisadora e principal aferidora e categorizadora; e fase de *acompanhamento* curta e com continuidade da intervenção. Em relação à aferição de concordância externa, a tentativa de controle e utilização de menos treinos sistemáticos dos aferidores - necessidade apontada como uma fragilidade por Oshiro (2011) - pode ter sido responsável pelo índice *Kappa* abaixo do proposto, entretanto, os índices encontrados apresentavam concordância moderada, o que não é ideal, mas não compromete a validade interna do estudo, como apontado por Popovitz (2013).

Apesar da terapeuta ser a pesquisadora e a principal aferidora interna de concordância ser levantado como uma das fragilidades do estudo, vale ressaltar os resultados encontrados por Geremias (2015) na replicação do estudo de Oshiro (2011). Nessa replicação a pesquisadora era a principal aferidora, mas não era a terapeuta e os resultados apontaram que não houveram diferenças nos resultados dos processos terapêuticos quando esse controle foi inserido, o que diminuiu o potencial de fragilidade da pesquisadora ser a terapeuta. Outra fragilidade do estudo está relacionada à fase de acompanhamento, que avalia a manutenção da eficácia da intervenção. Em condições ideias o acompanhamento deve ser prolongado, coletado diversas vezes ao longo do tempo e sem a intervenção proposta, entretanto nas condições dessa pesquisa o tempo entre o término da última fase do experimento e o acompanhamento foi curto devido ao tempo disponível para a coleta e a intervenção foi mantida por condições éticas descritas ao longo do trabalho.

Sugere-se para futuros estudos um maior controle e mudanças na forma de categorização e aferição de concordância das sessões; seleção e utilização de instrumentos de medidas externas mais precisos, com controle de possíveis dificuldades e variáveis que dificultem a auto aplicação e por consequência a precisão das respostas; replicação do delineamento em linha de base múltipla para mostrar os benefícios da FAP em diferentes populações, principalmente naquelas que o uso da reversão pode não ser a melhor alternativa; e maior tempo de fase de acompanhamento ou *follow-up*, para observar o efeito a longo prazo da intervenção FAP.

Finalmente, ainda que este estudo tenha apresentado algumas limitações, pode ser classificado como um estudo do Tipo III (Kazdin, 1982), com maior grau de validade interna, por abarcar múltiplos casos sobre a relação entre a intervenção terapêutica e as mudanças produzidas no cliente - dados obtidos pela linha de base múltipla entre três participantes. Ainda que os resultados dos instrumentos PCL-C e OQ-45 não tenham apresentado efeitos imediatos nos comportamentos das clientes como ocorreu com o FAPRS (Figura 10) a generalização dos dados e das conclusões do efeito da FAP na intervenção de vítimas de abuso sexual não perde sua validade e impacto (Kazdin, 1982).

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association (2004). *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Am J Psychiatry.

Andrews, G., Corry, J., Slade, T., Issakidis, C., Swanston, H. (2004). *Child sexual abuse.* Em: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Genebra: WHO; v.2, cap. 23, p.1851–1940.

Aranha, A. S. (2017). Delineamento experimental de caso único: a Psicoterapia Analítica Funcional aplicada ao transtorno por uso de substâncias. (Dissertação de Mestrado), Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Araújo, A. C. & Lotufo Neto, F. (2014). *A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5*. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 16(1), 67-82.

Associação Brasileira Multi-profissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA), (2002). *Abuso Sexual: mitos e realidades.* 3ª Ed. Editora: Autores & Agentes & Associados.

Azrin, N. N. Holz, W. C. (1966). Punishment, in W. K. Honig, *Operant behavior: Areas of research and application*, pp.380-447. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.

Banaco, R. A., Zamignani, D. R., & Meyer, S. B. (2010). *Função do comportamento e do DSM: terapeutas analítico-comportamentais discutem psicopatologia*. In: Tourinho, E. Z.; de Luna; S. V.; Análise do Comportamento: investigações históricas, conceituais e aplicadas. São Paulo: Roca, p. 174-191.

Becker, C. B., Zayfert, C., & Anderson, E. (2004*). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD*. Behavior research and therapy, 42(3), 277-292.

Bisson, J., & Andrew, M. (2007). *Psychological Treatment of Post-traumatic Stress Disorder (PTSD)(Review).* Wiley

Black, M.C., Basile, K.C., Breiding, M.J., Smith, S.G., Walters, M.L., Merrick, M.T., Chen, J., & Stevens, M.R. (2011). *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 Summary Report*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.

Bonanno, G. A. (2004). *Loss, trauma, and human resilience*. American Psychologist, 59(1), 20–28.

Brunnet, A. E., Silva, T. L., Soares, T., Guimarães, E. R., & Pizzinato, A. (2014). *Dessensibilização e reprocessamento por movimentos oculares (EMDR) para transtorno de estresse pós-traumático: uma revisão sistemática*. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, 7(1), 119-131.

Busch, A. M., Callaghan, G. M., Kanter, J. W., Baruch, D. E., & Weeks, C. E. (2010). The Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale: A replication and extension. Journal of Contemporary Psychotherapy, 40, 11-19. doi:10.1007/s10879-009-9122-8

Busch, A. M., Kanter, J. W., Callaghan, G. M., Baruch, D. E., Weeks, C. E., & Berlin, K. S. (2009). A micro-process analysis of Functional Analytic Psychotherapy's mechanism of chance. Behavior Therapy, 40, 280-290.

Butchart, A., Harvey, A. P., Mian, M., & Furniss, T. (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence/* World Health Organization (WHO) and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN).

Calais, S. L. [et al] (2003). *O sono no stress pós-traumático*. In: Brandão, M. Z. [et al.]. Sobre Comportamento e Cognição: contribuições para construção da teoria do comportamento. Santo André, SP: ESETec Editores Associados, v. 12, p. 87-91.

Callaghan, G. M., Follette, W. C., Ruckstuhl Jr., L. E., & Linnerooth, P. J. N. (2008). *The Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS): A Behavioral Psychotherapy Coding System*. The Behavior Analyst Today, 9(1), 98-116.

Callaghan, G. M., Summers, C. J., & Weidman, M. (2003*). The treatment of histrionic and narcissistic personality disorder behaviors: A single-subject demonstration of clinical improvement using functional analytic psychotherapy.* Journal of Contemporary Psychotherapy, 33(4), 321–339.

Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição*. (4a. ed., D. G. de Souza et al., Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho Original publicado em 1998)

Cerqueira, D., & Coelho, D. D. S. C. (2014). *Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde (versão preliminar)*, acesso em 15/01/2016, disponível em:http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/dossie/wp-content/uploads/2015/07/IPEA_estupronobrasil2014.pdf

Craske, M. G., & Mystkowski, J. L. (2006). *Exposure therapy and extinction: clinical studies.* In: M. G. Craske, D. Hermans, & D.Vansteenwegen (Eds.), Fear and learning: from basic processes to clinical implications (pp. 217–233). Washington DC: American Psychological Association.

Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (Eds.). (2008). *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Guilford Press.

Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). *Emotional processing of fear: exposure to corrective information.* Psychological bulletin, 99(1), 20.

Foa, E. B., Zoellner, L. A., Feeny, N. C., Hembree, E. A., & Alvarez–Conrad, J. (2002). *Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms?* Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70, pp. 1022–1028.

Fonseca, N. M. (2016). *Efeitos de workshop de psicoterapia analítica funcional sobre habilidades terapêutica*s. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Gil, A. C. (2009). *Como elaborar projetos de pesquisa.* São Paulo: Atlas, 4ed.

Habigzang, L. F., & Caminha, R. M. (2004). *Abuso sexual contra crianças e adolescentes: Conceituação e intervenção clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Hernández, L. (2005). *Psicopatologia e tratamento do transtorno de estresse pós-traumático.* In: Caballo, V. E.; Simón, M. A.; Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: transtornos gerais. Tradução de Sandra Dolinsky. São Paulo: Santos Editora, p.121- 136.

Hurst, R. M. & Nelson-Gray, R. (2006). Single-participant (S-P) design research. Em J. C. Norcross, L. E. Beutler & R. F. Levant (Orgs.*), Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 64-73). Washington: American Psychological Association.

Institute of Medicine Committee on Treatment of PTSD (2008). *Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence.* Washington, D.C: National Academy of Sciences.

Iwata, B. A., Dorsey, M. F., Slifer, K. J., Bauman, K. E., & Richman, G. S. (1994). Toward a functional analysis of self-injury. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27(2), 197–209. http://doi.org/10.1901/jaba.1994.27-197

Kanter, J. W., Landes, S. J., Busch, A. M., Rusch, L. C., Brown, K. R., Baruch, D. E., & Holman, G. (2006). The effect of contingent reinforcement on target variables in outpatient psychotherapy for depression: A successful and unsuccessful case using functional analytic psychotherapy. Journal of Applied Behavior Analysis, 39, 463-467.

Kazdin, A. E. (1982). *Single-case Research Designs: Methods for Clinical and Applied Settings.* Cambridge: Oxford University Press.

Knapp, P.; Caminha, M. (2003). *Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático.* Revista Brasileira de Psiquiatria, 25, pp. 31-36.

Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Bolling, M. Y., Parker, C., & Tsai, M. (2002). *Enhancing cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: Treatment guidelines and empirical findings*. Cognitive and Behavioral Practice, 9(3), 213–229.

Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationships.* New York: Plenum.

Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1998). *Healing interpersonal trauma with the intimacy of the therapeutic relationship.* In V. M. Follette, J. I. Ruzek, & J. I. Ruzek, (Eds.), Cognitive behavioral therapies for trauma, pp. 305-320. New York: Guilford.

Kohlenberg, B. S., Tsai, M., & Kohlenberg, R. J. (2006). *Functional analytic psychotherapy and the treatment of complex posttraumatic stress disorder*. Cognitive behavioral therapies for trauma, 173-197.

Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Parker, C. R., Bolling, M. Y., & Kanter, J. W. (1999). Focusing on the Client-Therapist Interaction - Functional Analytic Psychotherapy: A Behavioral Approach. European Psychotherapy, 1(1), 15-25.

Krug E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health. Geneva,* World Health Organization.

Landes, S. J., kanter, J. W., Weeks, C. E., & Busch, A. M. (2013). The impact of the active components of functional analytic psychotherapy on idiographic target behaviors. *Journal of contectual Behavioral Science, 2,* 49-57.

Lidchi, V. (2004). *O processo de entrevistar em casos de abuso sexual, Parte I: entrevistando menores vítimas de abuso sexual.* Adolescência & Saúde, 1 (3), 30-34.

Lovo, A. R. B. R. (2017). *Psicoterapia Analítica Funcional como Tratamento de Transtorno de Ansiedade Social: delineamento experimental de caso único.* (Projeto de Mestrado), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo.

Lundervold, D. A. & Belwood, M. F. (2000). The best kept secret in counseling: Single-case (N = 1) experimental designs. *Journal of Counseling & Development*, 78, 92-102.

McClafferty, C. (2012). Expanding the cognitive behavioural therapy traditions: An application of functional analytic psychotherapy treatment in a case study of depression. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7, 90-95.

Maier, S. F., Albin, R. W., & Testa, T. J. (1973). *Failure to learn to escape in rats previously exposed to inescapable shock depends on nature of escape response.* Journal of Comparative and Physiological Psychology, 85(3), 581-592.

Maitland, D. W., & Gaynor, S. T. (2012). *Promoting efficacy research on Functional Analytic Psychotherapy*. International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 7(2-3), 63.

Mangabeira, V. (2014). *Efeitos da sinalização de intervenções na psicoterapia analítica funcional* (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Mangabeira, V., Kanter, J., & Del Prette, G. (2012). *Functional Analytic Psychotherapy (FAP): A review of publications from 1990 to 2010*. International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 7(2-3), 78.

Markowitz, J. C., Milrod, B., Bleiberg, K., & Marshall, R. D. (2009). *Interpersonal factors in understanding and treating posttraumatic stress disorder.* Journal of Psychiatric Practice, 15(2), 133.

Markowitz, J. C., Petkova, E., Neria, Y., Van Meter, P. E., Zhao, Y., Hembree, E., ... & Marshall, R. D. (2015). *Is exposure necessary? A randomized clinical trial of interpersonal psychotherapy for PTSD.* American Journal of Psychiatry, 172(5), 430-440.**1**

Mendes, D. D. (2006). *Terapia Cognitivo-Comportamental do TEPT*. In: Mello, M. J. de [et al]. Transtorno de Estresse Pós-traumático: diagnóstico e tratamento. Barueri, SP: Manole, p. 60-67.

Merrill, L. L., Guimond, J. M., Thomsen, C. J., & Milner, J. S. (2003). *Child sexual abuse and number of sexual partners in young women: The role of abuse severity, coping style, and sexual functioning.* Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71(6), 987–996.

Moreira, F. R. (2016). *Os efeitos da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) no tratamento de crianças vítimas de abuso sexual.* (Projeto de Mestrado), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo.

Mowrer,O.H.(1960). *Learning theory and behavior*. NewYork: Wiley.

Mulick, P. S., Landes, S. J., & Kanter, J. W. (2005). *Contextual behavior therapies in the treatment of PTSD: A review. International Journal of Behavioral* Consultation and Therapy, 1(3), 223-239.

National Institute for Health and Health Care (NICE) clinical guidelines. http://publications.nice.org.uk/post-traumatic-stress-disorder-ptsd-cg26

Oshiro, C. K. B., Kanter, J., & Meyer, S. B. (2012). *A single-case experimental demonstration of Functional Analytic Psychotherapy with two clients with severe interpersonal problems*. International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 7(2-3), 111.

Passarela, C. M., Mendes, D.D., & Mari, J. J. (2010). *Revisão sistemática para estudar a eficácia de terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes abusadas sexualmente com transtorno de estresse pós-traumático*. Revista de Psiquiatria Clínica, 37(2), pp. 60-65.

Pedersen, E. R., Callaghan, G. M., Prins, A., Nguyen, H., & Tsai, M. (2012). *Functional analytic psychotherapy as an adjunct to cognitive-behavioral treatments for posttraumatic stress disorder: Theory and application in a single case design*. International Journal of Behavior and Cognitive Therapy, 2, pp. 125-134.

Popovitz, J. M. B. (2013). *A resposta contingente do terapeuta aos comportamentos clinicamente relevantes: especificação e avaliação* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Paraná, Curitibia.

Rauch, S. L., Shin, L. M., & Phelps, E. A. (2006). *Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: human neuroimaging research—past, present, and future.* Biological psychiatry, 60(4), 376-382.

Resick, P. A. (1992). *Cognitive treatment of crime-related post-traumatic stress disorder.* Aggression and violence throughout the life span, 171-191.

Resick, P. A., Galovski, T. E., Uhlmansiek, M. O. B., Scher, C. D., Clum, G. A., & Young-Xu, Y. (2008). *A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence*. Journal of consulting and clinical psychology, 76(2), 243.

Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., & Feuer, C. A. (2002). *A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims.* Journal of consulting and clinical psychology, 70(4), 867.

Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). *Cognitive processing therapy for sexual assault victims.* Journal of consulting and clinical psychology, 60(5), 748.

Resick, P. A., & Schnicke, M. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual* (Vol. 4). Sage.

Sanderson, C. (2005). *Abuso sexual em crianças: Fortalecendo pais e professores para proteger crianças de abusos sexuais* (1ª ed.). (Tradução Frank Oliveira). São Paulo: M. Books do Brasil Editora.

Schneier, F. R., Neria, Y., Pavlicova, M., Hembree, E., Suh, E. J., Amsel, L., & Marshall, R. D. (2012). *Combined prolonged exposure therapy and paroxetine for PTSD related to the World Trade Center attack: a randomized controlled trial.* American Journal of PsychiatryShapiro, F. (2001). EMDR: *Dessensibilização e Reprocessamento Através de Movimentos Oculares.* Brasília: Nova Temática.

Soares, B. G. O & Lima, M. S. (2003). *Estresse pós-traumático: uma abordagem baseada em evidências*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 25, p. 62-66.

Tsai, M., Feldman-Summers, S., & Edgar, M. (1979). *Childhood molestation: Variables related to differential impacts on psychosexual functioning in adult women*. Journal of Abnormal Psychology, 88(4), 407–417.

Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follete, W. C., & Callaghan, G. M. (2011). *Um guia para a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP): consciência, coragem, amor e behaviorismo* (F. Conte, & M. Z. Brandão, trads.). Santo André, SP: ESETEc (Obra publicada originalmente em 2009).

Tawney, J. W.; Gast, D. (1984). *Single subject research in Special Education*. Columbus: Charles E. Merril.

Vartanian, J. F. (2017). *Efeitos da evocação sobre os comportamentos clinicamente relevantes na Psicoterapia Analítica Funcional.* Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo.

Villas-Bôas, A. (2016). Efeitos de análises de contingências sobre comportamentos clinicamente relevantes e sobre mudanças extra sessão. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Wampold, B. E., Imel, Z. E., Laska, K. M., Benish, S., Miller, S. D., Flűckiger, C., ... & Budge, S. (2010). *Determining what works in the treatment of PTSD.* Clinical Psychology Review, 30(8), 923-933.

Weeks, C. E.; Kanter, J. W.; Bonow, J. T.; Landes, S. J.; Busch, A. M. (2012). *Translating the theoretical into practical: a logical framework of Functional Analytic Psychotherapy interactions for research, training and clinical purposes*. Behavior Modification, 36(1), pp.7-119.

Williams, M., Cahill, S., & Foa, E. (2010). *Psychotherapy for post-traumatic stress disorder.* Textbook of anxiety disorders, 603-627.

Xavier, R. N. (2014). *A Psicoterapia Analítica Funcional com crianças com transtornos desafiador e de oposição* (Projeto de Doutorado). Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Xavier, R. N., Kanter, J. W. & Meyer, S. B. (2012). Transitional probability analysis of two child behavior analytic therapy cases. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7, 182-188.

ANEXO 1

PCL-C

Instruções: Abaixo, há uma lista de problemas e de queixas que as pessoas às vezes apresentam como uma reação a situações de vida estressantes

- Por favor, indique o quanto você foi incomodado por estes problemas durante o último mês.
- Por favor, marque 1 para "nada", 2 para "um pouco", 3 para "médio", 4 para "bastante" e 5 para "muito".

	Nada	**Um Pouco**	**Médio**	**Bastante**	**Muito**
1. *Memória, pensamentos e imagens* repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
2. *Sonhos* repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
3. De repente, *agir* ou *sentir* como se uma experiência estressante do passado estivesse acontecendo de novo (como se você a estivesse revivendo)?	1	2	3	4	5
4. Sentir-se *muito chateado* ou *preocupado* quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
5. Sentir *sintomas físicos* (por exemplo, coração batendo forte, dificuldade de respirar, suores) quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
6. Evitar *pensar* ou *falar sobre* uma experiência estressante do passado ou evitar *ter sentimentos* relacionados a esta experiência?	1	2	3	4	5
7. Evitar *atividades* ou *situações* porque *elas lembram* uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
8. Dificuldades para *lembrar-se de partes importantes* de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
9. *Perda de interesse* nas atividades que você antes costumava gostar?	1	2	3	4	5
10. *Sentir-se distante* ou *afastado* das outras pessoas?	1	2	3	4	5
11. Sentir-se *emocionalmente entorpecido* ou *incapaz* de ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são próximas?	1	2	3	4	5
12. Sentir como se *você não tivesse expectativas para o futuro*?	1	2	3	4	5

	Nada	**Um Pouco**	**Médio**	**Bastante**	**Muito**
13. Ter problemas para *pegar no sono* ou para *continuar dormindo*?	1	2	3	4	5
14. Sentir-se *irritável* ou ter *explosões de raiva*?	1	2	3	4	5
15. Ter dificuldades para se concentrar?	1	2	3	4	5
16. Estar *"superalerta", vigilante ou "em guarda"* ?	1	2	3	4	5
17. Sentir-se *tenso* ou facilmente *sobressaltado?*	1	2	3	4	5

ANEXO 2

OQ-45.2

(Lambert & Burlingame, 1996) - Versão autorizada para investigação

Instruções: Para nos ajudar a compreender como você tem se sentido, considere **a última semana**, incluindo o dia de hoje. Leia atentamente cada pergunta e assinale com um "X" a categoria que melhor descreve o seu estado atual. **Lembre-se: Neste questionário, "trabalho" é definido como emprego, escola, trabalho doméstico, trabalho**

	Nunca	**Raramente**	**Às Vezes**	**Freqüentemente**	**Sempre**
1. Eu me dou bem com os outros.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Eu me canso depressa.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Eu não tenho interesse pelas coisas.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Eu me sinto estressado no trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Eu me culpo pelas coisas.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Eu me sinto irritado.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Eu me sinto infeliz no meu casamento ou relacionamento importante.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Eu tenho pensamentos sobre acabar com minha vida.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Eu me sinto fraco.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Eu me sinto assustado/ com medo.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Depois de beber bebidas alcoólicas, preciso beber bebidas alcoólicas na manhã seguinte para começar o dia. (se não bebe marque *nunca*)	☐	☐	☐	☐	☐
12. Eu acho meu trabalho satisfatório.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Eu sou uma pessoa feliz.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Eu trabalho muito.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Eu me sinto sem valor.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Eu estou preocupado com problemas familiares.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Eu tenho uma vida sexual insatisfatória.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Eu me sinto sozinho.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Eu discuto com freqüência.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Eu me sinto amado e querido.	☐	☐	☐	☐	☐
21. Eu aproveito o meu tempo livre.	☐	☐	☐	☐	☐
22. Eu tenho dificuldade em me concentrar.	☐	☐	☐	☐	☐
23. Eu me sinto sem esperanças sobre o futuro.	☐	☐	☐	☐	☐
24. Eu gosto de mim.	☐	☐	☐	☐	☐
25. Surgem pensamentos perturbadores na minha cabeça dos quais não consigo me livrar.	☐	☐	☐	☐	☐
26. Fico incomodado com pessoas que criticam o meu consumo de álcool (ou uso de drogas). (se não se aplicar marque *nunca*)	☐	☐	☐	☐	☐
27. Eu tenho problemas de estômago.	☐	☐	☐	☐	☐
28. Não tenho trabalhado tão bem quanto antes.	☐	☐	☐	☐	☐

	Nunca	Raramente	Às Vezes	Freqüentemente	Sempre
29. O meu coração bate de maneira acelerada.	☐	☐	☐	☐	☐
30. Eu tenho problemas em relacionar-me com amigos e colegas próximos.	☐	☐	☐	☐	☐
31. Eu estou satisfeito com a minha vida.	☐	☐	☐	☐	☐
32. Eu tenho problemas no trabalho por consumir álcool ou usar drogas. (Se não se aplicar marque *nunca*)	☐	☐	☐	☐	☐
33. Eu sinto que alguma coisa de ruim vai acontecer.	☐	☐	☐	☐	☐
34. Eu tenho os músculos doloridos.	☐	☐	☐	☐	☐
35. Eu tenho medo de espaços abertos, de dirigir ou de estar em ônibus, metrôs, etc.	☐	☐	☐	☐	☐
36. Eu me sinto nervoso.	☐	☐	☐	☐	☐
37. Eu sinto que meus relacionamentos amorosos são satisfatórios e completos.	☐	☐	☐	☐	☐
38. Eu sinto que não estou fazendo as coisas direito no trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐
39. Eu tenho muitos desentendimentos no trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐
40. Eu sinto que algo não está bem com a minha cabeça.	☐	☐	☐	☐	☐
41. Eu tenho problemas em adormecer ou continuar dormindo.	☐	☐	☐	☐	☐
42. Eu me sinto triste.	☐	☐	☐	☐	☐
43. Eu estou satisfeito com meus relacionamentos com os outros.	☐	☐	☐	☐	☐
44. Eu sinto raiva suficiente no trabalho para vir a fazer algo de que posso me arrepender.	☐	☐	☐	☐	☐
45. Eu tenho dores de cabeça.	☐	☐	☐	☐	☐

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CLIENTE

Prezada(o) participante,

Somos pesquisadoras, do Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e estudamos o processo de mudança do paciente/participante na psicoterapia.

E a(o) convidamos a participar de um projeto de pesquisa de mestrado que será conduzido por mim, Gabriela de Oliveira Lima, sob orientação da Professora Dra. Claudia K. B. Oshiro. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da USP (CEPH-IPUSP).

Para que você decida se pode colaborar conosco, esclareceremos resumidamente a seguir, o que será feito. Se, depois de ler, você tiver dúvidas e necessitar esclarecimentos, estaremos à sua disposição.

Justificativa, objetivos e procedimentos que serão utilizados na pesquisa:

A pesquisa consistirá na condução de um atendimento psicoterapêutico, com sessões semanais de 50 minutos. Nossas sessões serão filmadas e gravadas por câmeras de áudio e vídeo, mas a interrupção da gravação poderá ser solicitada a qualquer momento por você. É importante ressaltar que não haverá custo algum decorrente de sua participação no procedimento.

O objetivo principal da pesquisa será o de melhorar suas relações interpessoais, para isso, as sessões serão conduzidas de acordo com a Psicoterapia Comportamental e, a partir de determinado momento, o foco será na relação terapêutica (relacionamento existente entre terapeuta e paciente/participante).

Durante a pesquisa suas tarefas serão: comparecer semanalmente às sessões e preencher questionários (os questionários levam aproximadamente 15 minutos para serem respondidos).

Desconfortos e riscos possíveis e benefícios esperados:

Não são previstos riscos específicos decorrentes da pesquisa já que ela tem como objetivo a melhora de suas relações interpessoais por meio do atendimento psicoterapêutico. Dessa forma, os possíveis riscos existentes são semelhantes aos de outros processos psicoterapêuticos. Como benefícios espera-se melhoras nos seus relacionamentos interpessoais, por meio da criação de maior intimidade com as pessoas do seu convívio.

Será garantido qualquer tipo de ajuda, mesmo que ela seja contrária aos objetivos da pesquisa. Não haverá nenhuma forma de pagamento para a participação da pesquisa.

Métodos alternativos existentes:

Outras formas de psicoterapia podem levar aos mesmos benefícios (ou semelhantes) aos previstos pelo procedimento da presente pesquisa, de modo que, caso seja de sua escolha, você poderá recusar participar do presente procedimento, procurando outras formas de psicoterapia.

Rubricas:
Participante da pesquisa: _____
Pesquisador responsável: _____
Orientador: _____

Acompanhamento, assistência, garantia de esclarecimento e seus responsáveis:

Durante toda a pesquisa terapeuta e orientadora estarão atentas e discutirão as suas reações frente aos procedimentos psicoterapêuticos propostos. Caso seja observado qualquer prejuízo para você, o procedimento será imediatamente revisto e será suspenso. A terapeuta e a orientadora estarão à disposição durante toda a pesquisa para esclarecimentos adicionais e é garantido que eventuais despesas decorrentes da participação na pesquisa serão ressarcidas.

Liberdade do cliente se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado:

Mesmo que você concorde em participar, caso sinta qualquer desconforto você poderá, a qualquer momento, suspendê-la. É importante que você comunique sua terapeuta sobre a desistência, caso ela ocorra. Você poderá discutir conosco qualquer questão ou dúvida e retirar seu consentimento, caso considere necessário. Caso seja sua vontade, tanto a coleta de dados como a análise desses poderão ser interrompidas.

Garantia do sigilo que assegura a privacidade do cliente:

As informações prestadas por você durante os atendimentos, as gravações e áudios de sessões e os questionários respondidos serão utilizados para fins didáticos e de pesquisa, incluindo publicações científicas. Essas informações serão tratadas de forma *confidencial e os seus dados de identificação não serão divulgados em hipótese alguma*. Somente a pesquisadora/terapeuta, a orientadora e dois aferidores de concordância do grupo de pesquisa terão acesso às filmagens, sendo que todos assumirão o compromisso formal de absoluto sigilo sobre qualquer informação pertencente às sessões.

Tal Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi redigido de acordo com a Resolução 466/2012, das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos e será assinado em duas vias, sendo que uma delas ficará sob sua posse e a outra com a pesquisadora. Qualquer informação adicional poderá ser obtida junto aos pesquisadores por meio dos e-mails: gabrielalima@usp.br ou claudiaoshiro@usp.br.

Cordialmente,

_____

Gabriela de Oliveira Lima

Pesquisadora responsável do Departamento de Psicologia Clínica

Eu, ..., R.G.: ....., li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios que posso ter. Entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem que esta decisão afete meu tratamento. Fui informado (a) que serei atendido (a) sem custos para mim. Aceito participar do projeto de pesquisa descrito acima e declaro que estou ciente e concordo com as condições apresentadas.

São Paulo, ... de ..... de 20.....

Assinatura do cliente _____

ANEXO 4

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

Prezados aferidores de concordância,

O presente trabalho intitulado "Psicoterapia Analítica Funcional como Tratamento de Transtorno de Estresse Pós-traumático: delineamento experimental de caso único" é uma pesquisa de mestrado da psicóloga Gabriela de Oliveira Lima e está sob a orientação da Profa. Dra. Claudia Kami Bastos Oshiro, da Universidade de São Paulo. É importante que algumas condições sejam respeitadas para garantir a proteção do cliente e do material utilizado:

1. Somente terei acesso ao conteúdo das sessões e dos registros;
2. Deverei guardá-los e manuseá-los em local seguro e protegido da observação de terceiros;
3. Manterei sigilo absoluto sobre toda e qualquer informação presente nos registros que tive acesso, como por exemplo, identidade da terapeuta e do cliente, dados pessoais de ambos, entre outras informações pessoais íntimas e relevantes.
4. Devolverei todo o material utilizado sem efetuar cópias ou duplicações e sem qualquer tipo de violação do material original.

Eu, ..., portador do RG: ....., realizando a atividade de aferidor de concordância para a pesquisa descrita acima, me comprometo a respeitar as condições definidas nesse termo.

____/____/_____

Data

Assinatura do Aferidor _____

Assinatura da Pesquisadora _____

ANEXO 5

Escores brutos e porcentagens acima do nível clínico do PCL-C

	Categoria		Desconforto Subjetivo		Relacionamento Interpessoal		Papel Social		TOTAL	
	Fase	Sessão	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ALICE	TAC	2	53	47	24	60	17	42	94	49
		3	52	44	20	33	14	17	86	37
		4	59	64	24	60	18	50	101	60
		5	64	78	29	93	18	50	111	76
		6	44	22	21	40	14	17	78	24
	FAP	7	53	47	25	67	19	58	97	54
		8	54	50	25	67	15	25	94	49
		9	56	56	25	67	16	33	97	54
		10	56	56	26	73	15	25	97	54
		11	49	36	24	60	15	25	88	40
		12	47	31	18	20	12	0	87	38
		13	36	0	20	33	12	0	68	8
		14	43	19	21	40	14	17	78	24
		15	47	31	24	60	16	33	87	38
		16	48	33	23	53	15	25	86	37
		17	47	31	22	47	13	8	82	30
		18	52	44	23	53	14	17	89	41
		19	41	14	19	27	12	0	72	14
		20	46	28	25	67	15	25	86	37
		21	41	14	21	40	13	8	75	19
		22	38	6	17	13	13	8	68	8
	FOLLOW-	25	40	11	22	47	13	8	75	19
MARIA	TAC	2	60	67	26	73	10	-17	96	52
		3	44	22	27	80	10	-17	81	29
		4	49	36	27	80	13	8	89	41
		5	46	28	26	73	16	33	88	40
		6	51	42	24	60	13	8	88	40
		7	45	25	26	73	13	8	84	33
		8	48	33	27	80	15	25	90	43
		9	37	3	21	40	10	-17	68	8
		10	44	22	28	87	14	17	86	37
		11	50	39	29	93	13	8	92	46
	FAP	12	52	44	30	100	12	0	94	49
		13	49	36	23	53	13	8	85	35
		14	46	28	27	80	14	17	87	38
		15	50	39	24	60	14	17	88	40
		16	44	22	28	87	9	-25	81	29
		17	45	25	33	120	12	0	90	43
		18	55	53	33	120	14	17	102	62
		19	42	17	28	87	11	-8	81	29
		20	33	-8	19	27	10	-17	62	-2
		21	31	-14	21	40	7	-42	59	-6
	FOLLOW-	23	35	-3	12	-20	9	-25	56	-11
BIANCA	TAC	2	72	100	35	133	11	-8	118	87
		3	84	133	38	153	22	83	144	129
		4	71	97	31	107	19	58	121	92
		5	81	125	39	160	17	42	137	117
		6	88	144	35	133	23	92	146	132
		7	80	122	34	127	19	58	133	111
		8	82	128	39	160	24	100	145	130
		9	82	128	33	120	17	42	132	110
		10	79	119	33	120	24	100	136	116
		11	68	89	38	153	24	100	130	106
		12	79	119	35	133	20	67	134	113
		13	67	86	37	147	17	42	121	92
		14	66	83	28	87	20	67	114	81
		15	72	100	26	73	18	50	116	84
	FAP	16	76	111	30	100	19	58	125	98
		17	82	128	38	153	24	100	144	129
		18	82	128	35	133	18	50	135	114
		19	79	119	32	113	21	75	132	110
		20	72	100	27	80	15	25	104	65
	FOLLOW-	22	77	114	32	113	19	58	128	103