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: Prof^a. Dr^a. 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.

Catálogo 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: Prof^ª. Dr^ª. Claudia Kami Bastos Oshiro

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr.(a) _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.(a) _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.(a) _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

*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**, sem 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 esquia, 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 sobrepõem 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 mantêm 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 estabelecadora 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 respostas 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 reestruturação 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, conseqüentemente 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 guiá-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 contêm 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 <i>in vivo</i> , 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 significativo 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 demonstrando 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 alternativas 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 (Kratowill, 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, Alice¹, 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, Maria¹, 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, Bianca¹, 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, Socorro², 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 5², 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, piores 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) Cchecklist – 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-IV², 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 escore 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.

	<i>Pontuação máxima</i>	<i>Nível de corte clínico</i>	<i>Mudança clínica significativa</i>
<i>Desconforto Subjetivo</i>	100	36	10
<i>Relacionamentos Interpessoais</i>	44	15	8
<i>Desempenho do Papel Social</i>	36	12	7
<i>Total</i>	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 iniciais 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.

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; Kohlenberg & 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; Kohlberg & 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 ideais 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 change. *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 terapêuticas*. 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 contextual 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*. New York: 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, Curitiba.
- 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 Psychiatry*.
- Shapiro, 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. Merrill.
- 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., Flückiger, 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. <i>Memória, pensamentos e imagens</i> repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
2. <i>Sonhos</i> repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
3. De repente, <i>agir</i> ou <i>sentir</i> 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 <i>muito chateado</i> ou <i>preocupado</i> quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
5. Sentir <i>sintomas físicos</i> (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 <i>pensar</i> ou <i>falar sobre</i> uma experiência estressante do passado ou evitar <i>ter sentimentos</i> relacionados a esta experiência?	1	2	3	4	5
7. Evitar <i>atividades</i> ou <i>situações</i> porque <i>elas lembram</i> uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
8. Dificuldades para <i>lembrar-se de partes importantes</i> de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
9. <i>Perda de interesse</i> nas atividades que você antes costumava gostar?	1	2	3	4	5
10. <i>Sentir-se distante</i> ou <i>afastado</i> das outras pessoas?	1	2	3	4	5
11. Sentir-se <i>emocionalmente entorpecido</i> ou <i>incapaz</i> de ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são próximas?	1	2	3	4	5
12. Sentir como se <i>você não tivesse expectativas para o futuro</i> ?	1	2	3	4	5

	Nada	Um Pouco	Médio	Bastante	Muito
13. Ter problemas para <i>pegar no sono</i> ou para <i>continuar dormindo</i> ?	1	2	3	4	5
14. Sentir-se <i>irritável</i> ou ter <i>explosões de raiva</i> ?	1	2	3	4	5
15. Ter dificuldades para se concentrar?	1	2	3	4	5
16. Estar “ <i>superalerta</i> ”, <i>vigilante</i> ou “ <i>em guarda</i> ” ?	1	2	3	4	5
17. Sentir-se <i>tenso</i> ou facilmente <i>sobressaltado</i> ?	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 <i>nunca</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
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 <i>nunca</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
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 <i>nunca</i>)	☐	☐	☐	☐	☐
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, metrô, 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. Mantereí 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