

Revelações do Cliente em Sessões de Terapia: Discussões a partir de um Caso Clínico

Client's Revelations in Therapy Sessions

Nicolau Kuckartz Pergher & Filipe Augusto Colombini^{1,2}

Universidade Presbiteriana Mackenzie, Paradigma – Núcleo de Análise do
Comportamento. Brasil & Universidade Presbiteriana Mackenzie. Brasil

(Received November 11, 2009; Accepted: april 20, 2010)

Este trabalho dará continuidade ao relato de caso publicado anteriormente na Colombini e Pergher (2009). Trata-se do caso clínico de uma cliente de 54 anos (chamada de N.). N. é solteira, branca, católica. Tem nível de escolaridade Ensino Médio completo. Trabalhou durante oito anos como camareira e atualmente trabalha como faxineira em uma escola privada. Sua queixa inicial foi de “tristeza muito grande” (sic) e de se sentir muito sozinha. A cliente autorizou, mediante assinatura em termo de consentimento livre e esclarecido, a utilização dos dados das sessões para fins acadêmicos.

O relato de Colombini e Pergher (2009) contemplou o primeiro semestre de atendimento desta cliente na clínica-escola, antes das férias escolares da Universidade. Na conclusão do artigo, analisou-se que a cliente apresentou avanços claros ao longo das sessões, principalmente a respeito do grau de exposição pessoal durante o processo terapêutico e da precisão de seus relatos. Sugeriu-se que tais avanços foram obtidos devido à audiência não-punitiva exercida pelo terapeuta e à modelagem do relato verbal da cliente. Todavia, N. relatou que não estava totalmente satisfeita, especialmente quanto à relação com seu filho. Dessa forma, foi indicada a continuidade da terapia, a qual foi reiniciada após as férias.

A seguir, serão apresentados resumos com os principais dados de cada uma das oito sessões realizadas no segundo semestre de atendimento, na ordem cronológica em

1) Para correspondência: Nicolau Kuckartz Pergher. Rua Vanderlei, 611. Bairro Perdizes. São Paulo – SP. CEP: 05011-001. Fone/Fax: (11) 3864-9732. E-mail: nicopergher@hotmail.com

2) Os autores gostariam de prestar agradecimentos às psicólogas Fabiana Tintori e Laís Jóia Barcelos pelas contribuições oferecidas na revisão deste trabalho.

que ocorreram. Após a exposição dos dados da sessão, serão apresentadas as análises realizadas em supervisão, as quais serão relacionadas com a literatura apropriada. Serão descritas também as intervenções terapêuticas adotadas a partir das análises funcionais realizadas. Cada sessão será numerada dando-se continuidade à contagem iniciada no semestre anterior, no qual foram realizadas 11 sessões e houve uma falta. As faltas ocorridas no presente semestre serão analisadas à parte, ao final dos relatos de todas as sessões.

DÉCIMA TERCEIRA SESSÃO

Percebeu-se que a cliente aprendeu a descrever relações entre situações, respostas e conseqüências produzidas pelas respostas, o que representa um avanço para o processo terapêutico. Segue um exemplo de descrição completa ocorrida nesta sessão: “É, porque sempre vivi a vida dos outros e nunca vivi a minha vida. Vivi para a minha tia e agora estou eu aqui sem ninguém, quer dizer, todos os amigos que tinha não eram meus e sim os da minha tia [...]” (sic).

A partir da verbalização transcrita acima, pode-se observar uma maior clareza do relato em comparação com a verbalização “[...] a vida ta indo” (sic), tipicamente encontrada nas primeiras sessões do semestre anterior. A partir da descrição realizada pela cliente, pode-se fazer hipóteses de que ela se relacionou prioritariamente com sua tia e não fez amizades enquanto morou com ela. A cliente revelou que as pessoas que freqüentavam a casa em que ela morava eram amigas da tia e não dela própria. Quando a tia faleceu, essas pessoas afastaram-se, e N. ficou sozinha.

Embora haja menções a fatores ambientais possivelmente relacionados à depressão relatada pela cliente, ela tende a atribuir sua tristeza a fatores internos ou genéticos: “[...] estou triste, fui ao neurologista e ao psiquiatra, mas acho que é genético [...] preciso mudar algo dentro de mim, estou bem mais triste” (sic).

Nesse sentido, o terapeuta precisaria investir na solicitação de relatos e na realização de análises que contemplassem relações entre o quadro depressivo apresentado pela cliente e o ambiente em que esteve e em que está inserida. Ensinar o cliente a relatar seus pensamentos, emoções e ações em relação ao ambiente físico e social pode contribuir para que ele produza alterações em sua vida cotidiana, pois o indivíduo começa a se conscientizar das contingências em vigor e pode promover mudanças nas mesmas e em seu próprio comportamento (Cabello, Freitas, Bitondi, & Cavalcante, 2008; Guilhardi, 2001; Marçal, 2003).

A depressão pode ter causa genética, e alguns estudos sugerem a influência de fatores orgânicos como causa da depressão (Lafer & Vallada Filho, 1999; Peluso & Blay, 2008). Entretanto, o papel do terapeuta analítico-comportamental é descrever eventos ambientais que contribuem para o quadro depressivo. No caso de N., por exemplo, al-

guns fatores podem estar gerando a depressão, tais como a perda da tia, ausência de amigos e sua dificuldade de falar de si mesma e de fazer amizades.

Em geral, a depressão é determinada por evento aversivo, breve ou duradouro, cuja ocorrência pode ser contingente ou não ao desempenho do organismo (Wielenska, 2001; Ferster, 1973). Nessas circunstâncias, observa-se aumento de comportamentos de fuga/esquiva, na forma de queixas, choro, irritabilidade e diminuição de comportamentos anteriormente reforçados (Bolling, Kohlenberg, & Parker, 2000; Campos, 2007; Ferster, Culbertson, & Boren, 1979). Atualmente, sabe-se que a exposição crônica a eventos moderadamente estressores é capaz de produzir anedonia e, portanto, deveria ser considerada na compreensão da depressão, uma vez que um dos sintomas centrais desse quadro clínico é, exatamente, a perda de interesse ou prazer (Thomaz, 2009).

Para a investigação diagnóstica da depressão, o terapeuta analítico-comportamental ainda deve atentar para outros fatores, tais como: baixa densidade de reforçamento, extinção, controle de estímulos, funções respondentes, operações estabelecedoras e processos verbais (Dougher & Hackbert, 2003). Essas variáveis serão brevemente abordadas abaixo.

Em relação à baixa densidade de reforçamento, é preciso considerar a possibilidade de falta de reforçamento social, pois a baixa densidade de conseqüências reforçadoras positivas de cunho social pode ser importante para o surgimento e também para a manutenção da depressão. Além disso, é necessário atentar-se para casos clínicos nos quais o reforçamento por não-responder é maior do que para o responder (Dougher & Hackbert, 2003; Ferster, 1973; Ferster et al., 1979).

Uma redução aguda ou crônica na frequência de comportamentos pode ser resultado de extinção. Nesse caso, é preciso avaliar se houve suspensão de reforçamento contingente a determinados comportamentos (extinção), o que pode gerar redução na ocorrência destes, geralmente após um período de variabilidade e de existência de respostas emocionais (Kanter, Cautilli, Busch, & Baruch, 2005).

Quanto a controle de estímulos, eventos correlacionados com extinção e punição passam a evocar comportamentos de esquiva. Muitas vezes, o comportamento de esquiva permanece sob controle de estímulos discriminativos relevantes, mesmo quando as contingências mudam, ocasionando perda de fontes potenciais de reforço (Dougher & Hackbert, 2003; Ferster, 1973).

As funções respondentes são representadas por reações emocionais que são nomeadas tipicamente como tristeza e desespero. Esses sentimentos costumam ser descritos quando a escassez de reforço é generalizada ou persistente (Dougher & Hackbert, 2003).

A perda da eficiência do reforçador e as alterações na motivação podem ser indícios de que operações estabelecedoras estão envolvidas. Segundo Dougher e Hackbert (2003), estados afetivos podem funcionar como operações estabelecedoras, modificando o controle de estímulos e alterando a eficácia de alguns reforçadores. Alguns estímulos

discriminativos têm seu controle aumentado em indivíduos deprimidos, e outros têm seu papel diminuído. Essa alteração no controle de estímulos ocasionada pelo estado de humor deprimido explicaria, por exemplo, o negativismo que é típico da depressão, uma vez que o comportamento do indivíduo fica sob controle de aspectos tristes do ambiente. Além disso, devido à escassez de reforçadores disponíveis, pode ser que o comportamento de comer (ou outro comportamento que produza algum tipo de reforçador) possa ser potencializado para muitas pessoas com depressão (Dougher & Hackbert, 2003).

Os processos verbais são descritos por Dougher e Hackbert (2003) como variáveis relevantes na influência sobre outros comportamentos. Em consonância com a proposta de Hayes (1987), Dougher e Hackbert (2003) argüiram que, quando os estímulos “eu” e “fracasso” (ou “doente” ou “depressivo”) passam a compartilhar de relações de equivalência, muitas das funções associadas a estas descrições negativas aplicam-se a “eu”. A formação de uma classe de estímulos composta por estímulos tais como “eu” e “fracasso” poderia auxiliar, pelo menos, na explicação dos relatos de baixa auto-estima e das autoverbalizações negativas comumente observadas em clientes com depressão.

Existem evidências clínicas as quais sugerem que o repertório comportamental de indivíduos com depressão é passivo diante de mandos de outras pessoas, não existindo comportamentos que removem ou alteram situações aversivas (Cabello et al., 2008; Silveira, Chirinéa, & Cavalcante, 2008). A passividade pode ser ilustrada com a seguinte verbalização de N.: “É porque ele [filho] tem amigos muito jovens e quer ficar com a casa só pra ele... É isso que ele quer, mas eles podem ir pra lá, é só pedir para eu sair, eu saio”. Nesse caso, apesar de ela não querer a presença dos amigos do filho, ela aceita a permanência deles e sai de sua casa.

A passividade em relação às atitudes do filho também pode ser ilustrada nos tectos metafóricos emitidos pela cliente, fazendo referência a atrizes coadjuvante e principal.

- “Terapeuta: Fiquei pensando naquilo que você me falou a respeito de ser atriz protagonista ou atriz coadjuvante...”
- “Cliente: É isso mesmo! Nesse caso, estou fazendo as coisas por ele e não por mim...”
- “Terapeuta: Você considera que está sendo coadjuvante?”
- “Cliente: Sim, porque vou fazer isso [ajudar a preparar o churrasco para os amigos do filho]. Quero fazer outras coisas, mas ele quer que eu fique fazendo o churrasco”.
- “Terapeuta: E como que seria a N. protagonista nessa história?”
- “Cliente: O jeito é sair de lá. Estou pensando em sair de lá, mas lá é minha casa... mas estava pensando nisso, é um único caminho... ou saio de lá ou senão vou ter que engolir mais uma vez e fazer as coisas do jeito que os outros mandam...”

As extensões metafóricas do tato ocorrem na terapia tanto por iniciativa do cliente como do terapeuta e permitem expressar de maneira sintética o controle que determinado evento exerce sobre o comportamento do cliente, o que de outra maneira exigiria muitas frases para conseguir esse efeito (Medeiros, 2002). Permitem também que comportamentos que não poderiam ser descritos por tatos não estendidos, pelo efeito da punição, sejam relatados com uma metáfora, ou seja, o cliente relata de modo mais sintético o controle que determinado evento exerce sobre seu comportamento (Medeiros, 2002).

Segundo Hübner (1999), a metáfora torna o comportamento verbal mais efetivo, uma vez que afeta o ouvinte de forma especial, pois pode levar ao surgimento de respostas emocionais, o que é uma vantagem em relação a outras categorias de comportamento verbal. Portanto, recorrer à metáfora facilitaria a emissão de descrições sobre pensamentos e sentimentos do indivíduo em relação a determinadas contingências em vigor.

De acordo com Pergher e Dias (2009), na metáfora, pressupõe-se que a pessoa tenha ficado sob controle de uma propriedade semelhante entre estímulos diferentes. No caso de N., pode-se analisar que ela sentiu-se em relação ao filho e seus amigos como uma atriz coadjuvante perante os atores protagonistas. Discutiu-se em supervisão que a utilização das expressões metafóricas “atriz principal” e “atriz coadjuvante” auxiliariam a cliente no processo de discriminação das situações em que foi passiva e não emitiu comportamentos eficazes de fuga/esquiva e/ou não emitiu comportamentos que produzissem reforçadores positivos. A partir desta sessão, portanto, o emprego de metáforas passou a ser realizado pelo terapeuta para facilitar o estabelecimento desta discriminação.

DÉCIMA QUARTA SESSÃO

Nessa sessão, a cliente novamente falou sobre a dificuldade de lidar com o filho, pois ele marca festas e churrascos sem avisá-la. Nessas situações, N. se queixa para o filho falando que está cansada e que não está animada para o churrasco. Observou-se que não há uma verbalização direta, ou seja, algum comportamento verbal do tipo mando, pedindo o cancelamento do churrasco, por exemplo.

N. comenta para o filho sua condição corporal de cansaço, o que não exerce controle sobre os comportamentos dele de cessar a festa com os amigos. Pelo contrário, ele pede a ajuda dela para a preparação do churrasco e a impede de sair para a casa da irmã, como ela gostaria de fazer. A cliente, ao final, ajuda o filho. Nesse contexto, auxiliar o filho pode funcionar como um comportamento de esquiva de “provocar um ‘clima’” (sic) com ele. Aparentemente, brigar com o filho e falar algo que ele não goste é aversivo para N.

Além disso, considerando que seu filho seja, talvez, a principal fonte de reforço positivo para a cliente, o comportamento de contribuir para a festa do filho pode acabar sendo socialmente reforçado por ele e por seus amigos. Possivelmente, haja uma classe

de respostas de cuidar a qual é mantida por reforço positivo: ela cuidou, por 20 anos, de uma tia doente; no hotel em que trabalhava, ela cuidou dos quartos dos hóspedes para que se sentissem confortáveis e, atualmente, cuida do filho, ajudando-o nas festas. Assim, poder-se-ia analisar que a classe de respostas de cuidar é mantida por reforçamento positivo, tendo em vista que receberia reconhecimento das pessoas de quem cuidou.

Entretanto, ao menos no que se refere à relação com o filho, as respostas de cuidar também podem ser mantidas porque produzem a redução de atritos com ele. Considerando o que a cliente verbalizou no semestre anterior do processo terapêutico – de que se sentia culpada por não ter sido uma mãe presente na vida do filho –, cuidar dele também pode ter o efeito de reduzir o sentimento de culpa.

DÉCIMA QUINTA SESSÃO

A cliente relatou uma aparente queixa física, comentando que estava com um “aperto no peito” (sic). N. relacionou o aperto no peito à falta do remédio (Triptanol) e a uma possível doença qualquer que estaria se manifestando. Disse que pretendia procurar algum médico. Nota-se que a cliente atribui tal sintoma (aperto no peito) apenas a causas orgânicas, não considerando aspectos atuais e históricos de sua vida.

Nesta sessão, curiosamente, N. falou que tem dificuldade de fazer amigos e de manter uma relação íntima (assuntos não comentados nas sessões anteriores). Relatou sentir vergonha de falar de si e ter “dificuldade de compartilhar seu mundinho” (sic).

De acordo com Vandenberghe e Pereira (2005), quando o cliente expõe seus problemas e seus desejos, emite comportamentos que são altamente vulneráveis à punição em relações interpessoais. Segundo os autores, a reação do terapeuta é crucial na manutenção do comportamento de exposição durante o processo terapêutico, nesse caso, emissão de relatos verbais, aqui denominados revelações. Segundo Kohlenberg e Tsai (1991/2001), o estabelecimento de confiança e intimidade com o terapeuta é um Comportamento Clinicamente Relevante que sinaliza um avanço do cliente em terapia.

O terapeuta, na ocasião de relatos sobre intimidades, validou os sentimentos da cliente, emitindo comportamentos empáticos e aprovando esse tipo de relato: “[...] entendi, é difícil se expor, é muito difícil. Contudo, considero que você está se saindo muito bem, N.” (sic). Com intervenções como esta supracitada, o terapeuta buscou consequenciar diferencialmente um avanço de N.: assumir dificuldades e descrever sentimentos incômodos.

Uma relação de intimidade é produto de uma série de eventos íntimos – e não de um único evento. A formação da parceria íntima é inicialmente unidirecional e se torna bidirecional quando duas pessoas emitem e reforçam comportamentos vulneráveis em um processo recíproco (Vandenberghe & Pereira, 2005). Um parceiro íntimo é “a pessoa

cuja presença ganha o controle de estímulo discriminativo sobre o comportamento vulnerável do outro” (Vandenberghe & Pereira, 2005, p. 3).

Foi discutido em supervisão que, para estabelecer amizades e outros relacionamentos íntimos, seria necessário que N. passasse a emitir o comportamento de falar de si na presença de outras pessoas além do terapeuta (generalização). Entretanto, N. fala que sente vergonha de falar de si própria. De acordo com o Dicionário Aurélio (Ferreira, 2003) vergonha é definida como “perturbação moral produzida pelo receio do ridículo, da desonra” (p. 222).

O fato de ter usado a palavra vergonha para descrever o que sente ao falar sobre si fez com que o terapeuta levantasse a hipótese de que teria ocorrido algo passível de críticas sociais de que a cliente teria agido desonrosamente e/ou contra os pudores da sociedade. Restaria, então, desvendar que eventos seriam esses os quais a cliente até então não havia descrito.

DÉCIMA SEXTA SESSÃO

N. tentou invalidar ou minimizar a dimensão de seus sentimentos e verbalizou: “Ai, ai! É verdade, não falo para os outros meus problemas e sei que não são problemas. Não são problemas, assim, porque tem pessoas que convivem com pessoas doentes e, isso sim, é um problema. Tinha um problema quando estava com a minha tia doente, não tenho problema assim...” (sic)

N. também relata que prefere ficar em seu “mundinho interno” (sic) a conviver com outras pessoas e que “não precisa do meio exterior para se sentir bem” (sic). Apesar de relatar sentir-se bem sozinha, a cliente emitiu comportamentos não-verbais que denunciaram sua tristeza, tais como: postura curvada, olhos lacrimejando, verbalização pausada e baixa, constantes suspiros.

De acordo com Meyer, Oshiro, Donadone, Mayer e Starling (2008), comportamentos verbais como o tom de voz, pode funcionar como um autoclítico, o qual diminui a probabilidade do conteúdo relatado ser punido. Estar atento à existência dos múltiplos determinantes do conteúdo e forma das verbalizações direciona a intervenção e análise do terapeuta (Meyer et al., 2008).

Além disso, discutiu-se em supervisão que o bem-estar que sente ao ficar em casa, pode referir-se a uma sensação de alívio e não uma sensação de felicidade. Dessa forma, a cliente sente, de fato, uma sensação prazerosa (alívio), porém essa sensação é produto da eliminação de estimulação aversiva e não da produção de reforçadores positivos. A análise do comportamento de esquiva da cliente (ficar em casa) foi apresentada a ela na sessão seguinte.

DÉCIMA SÉTIMA SESSÃO

N. relatou que se sente “protegida em seu mundinho” (sic). A expressão protegida sugere um comportamento de fuga/esquiva de alguma estimulação aversiva (análogo a proteger-se de um temporal, proteger-se de um comportamento violento).

Sidman (2003) dissertou a respeito de pessoas que permanecem “fora do mundo” (sic) e são desistentes de suas famílias, escolas, comunidade, entre outras instituições. Tais pessoas mantêm-se sem envolvimento como um ato de esquiva. “Viver uma vida de isolamento social ou intelectual pode impor privações, desconfortos físicos e estresses biológicos que terminam em inabilidade para manter nossa independência” (Sidman, 2003, p. 168).

Analisou-se em supervisão que a esquiva apresentada pela cliente funcionaria como uma forma de evitar entrar em contato com algum possível evento que produz sentimentos ruins (vergonha, ansiedade, medo). Pensando nessas hipóteses, o terapeuta explorou questões de sua história de vida que no início do processo não haviam sido aprofundadas, pois a cliente evitava falar sobre o passado. O tema gravidez foi abordado, o qual havia sido apenas brevemente descrito pela cliente, inclusive não tendo falado a respeito do pai de seu filho.

Com voz baixa e constantes pausas, a cliente revelou que sua gravidez fora indesejada. N. relatou que havia ido pela primeira vez a uma festa, aos 15 anos. Ela fora para uma festa com uma amiga, o namorado da amiga e um amigo convidado por ele, o qual ela não conhecia. Durante a festa, a amiga “sumiu” (sic) com o namorado, e ela ficou acompanhada apenas com o amigo convidado.

N. relatou que não sabia o que fazer, e esse amigo a convidou para levá-la em casa. Ela aceitou o convite e entrou no carro com ele. Durante o percurso de volta para casa, esse amigo começou a se aproximar dela e a falar “algumas coisas que ela nunca tinha ouvido” (sic). Ela relatou que não sabia o que estava ocorrendo, pois revelou que nunca tinha beijado um menino e não sabia nada a respeito de sexo. Apenas relatara que “achava estranho o que ele estava fazendo com ela” (sic). No decorrer do ato, ela disse que sentiu medo e que ficou “paralisada” (sic), não tendo nenhuma reação ao abuso.

N. fora violentada sexualmente, o que acabou ocasionando uma gravidez. A cliente comentou que não sabia o que estava acontecendo naquela ocasião e pontuou que só veio a entender que havia sido uma violência alguns anos após.

O abuso sexual infantil pode ser definido como uma situação em que uma criança ou adolescente é usado para gratificação sexual de um adulto ou adolescente mais velho, na qual há uma relação de poder, ou seja, o agressor se utiliza de ameaças, imposições, violência física ou indução de vontade (Azevedo & Guerra, 1989; Brino & Williams, 2003; Habigzang & Caminha, 2004; Williams, 2002).

N. relatou que não sabia o que estava acontecendo enquanto estava sendo coagida à relação sexual e que “não teve reação” (sic). É comum as vítimas de violência sexual não discriminarem os limites de uma relação abusiva e de uma relação não abusiva (Brancalhone & Williams, 2003; Caminha, 1999), muitas vezes tolerando a condição de abuso, como parece ter sido o que ocorreu com N.

Ao revelar a violência sexual ocorrida, a cliente emitiu um comportamento com alta probabilidade de punição social e revelou, inclusive, que ninguém de sua família desconfiaria de tal abuso. Muitas vezes, é difícil para a família perceber os sintomas e identificar o abuso (Caminha, 1999; Padilha, 2002; Williams, 2002). No caso de N., ela não contou para os familiares e fugiu de sua casa. A cliente alegou que “não daria para falar, eles não aceitariam isso, seria muito difícil falar o que aconteceu, não tinha como” (sic). Segundo Dilillo (2001) e Padilha e Gomide (2004) há um comportamento típico de não-revelação do abuso, sendo descritas algumas hipóteses para tal comportamento: punição por parte dos familiares, atribuição da culpa pelo abuso, ameaças por parte do abusador, ameaça da retirada do afeto por parte da família.

Amazarray e Koller (1998) afirmaram que as taxas reais do abuso sexual são mais elevadas do que as estimativas publicadas. As autoras comentam que a maioria dos casos nunca é revelada devido aos sentimentos de culpa e vergonha vivenciados pela vítima e, ainda, por ignorância acerca da caracterização da violência ou por excesso de tolerância. O segredo guardado pode ser considerado um dos fatores responsáveis pela dificuldade encontrada na quantificação dos casos de abuso (Neumann, 2002). Por não revelar a violência, a pessoa não recebe atenção e tratamento adequado na época em que os episódios abusivos ocorrem, como no caso de N.

Normalmente, é na infância e adolescência que são desenvolvidas grande parte das características afetivas e de padrões de comportamento, tais como: maneira de se comportar e de viver em sociedade, noções de direito e respeito aos outros, maneiras de resolver conflitos, lidar com frustrações e de conquistar objetivos, dentre outras características (Amazarray & Koller, 1998; Brino & Williams, 2003). Em relação a crianças e adolescentes abusados, violentados ou negligenciados na infância ou adolescência, é possível que se tornem elas próprias agressoras ou que apresentem alguma disfunção psicológica na idade adulta (Ferrari, 2002). Algumas decorrências do abuso sexual são os transtornos afetivos, transtornos de ansiedade e comportamento anti-social (Amazarray & Koller, 1998).

Browne e Finkelhor (1986) conduziram uma revisão de literatura sobre os efeitos do abuso sexual de meninas, dividindo os efeitos em curto prazo e em longo prazo. Os autores relataram que as reações iniciais (curto prazo) mais comuns são: medo, ansiedade, raiva e hostilidade. Em longo prazo, destacaram que mulheres adultas sexualmente abusadas quando crianças manifestam: depressão, comportamento autodestrutivo, sen-

timentos de isolamento e estigmatização, baixa auto-estima, tendência à revitimização, abuso de substâncias e transtorno de estresse pós-traumático.

Blanchard (1996) relatou que, por ter vivido um trauma físico e psicológico, a vítima questiona sua capacidade de defender-se. Além disso, ela emite respostas dissociadas, apresenta dificuldade de intimidade e é emocionalmente distante. Não confia na sua memória, nos seus pensamentos e no seu senso de realidade (Tsai, Kohlenberg, Kanter, Kohlenberg, Follette & Callaghan, 2009). Do ponto de vista cultural, a violência sexual afeta não só a vítima, mas também a sociedade, porque uma criança traumatizada torna-se um adulto que pode adotar comportamentos agressivos ou passivos para resolver conflitos (Blanchard, 1996).

Segundo Kohlenberg e Tsai (1998) e Tsai e cols (2009), muitas vezes a vítima evita falar sobre o abuso em si e se mantém distante de relacionamentos sociais. Inclusive, a relação social iniciada na terapia e a introdução do tema traumático (no caso, o abuso) podem eliciar respostas autonômicas de ansiedade e, no nível operante, podem evocar respostas de esquiva as quais previnem a exposição a estímulos aversivos, impedindo a sensação de ansiedade (Kohlenberg & Tsai, 1998; Tsai et al., 2009).

Pode-se desenvolver hipóteses, a partir das informações obtidas nessa sessão, que o comportamento de proteger-se em casa funciona como esquiva de relacionamentos sociais (percebidos como ameaçadores), visto que a cliente relatara preferir “ficar em seu mundinho”(sic) a sair de casa. Além disso, as dificuldades de convivência com homens (cf. Colombini e Pergher, 2009) podem ter sido originadas à época do abuso. A partir da revelação do abuso, alguns aspectos analisados em sessões anteriores fazem sentido, tais como: dificuldade de falar sobre si mesma, passividade e sentimentos de tristeza e de vergonha.

Em supervisão, discutiu-se a respeito de possíveis faltas da cliente às sessões subsequentes, mudanças de assuntos e outras topografias de comportamentos com função de fuga/esquiva em relação aos temas iniciados pela cliente nesta sessão. Foi decidido, também, que o terapeuta teria que se manter como uma audiência não-punitiva, utilizando comportamentos empáticos, tais como: “Sei que está sendo difícil para você”, “Você está conseguindo falar sobre seus sentimentos. Isso é muito bom”, o que poderia prevenir a ocorrência de comportamentos de esquiva, conforme sustentaram Kohlenberg e Tsai (1998).

DÉCIMA OITAVA SESSÃO

Nessa sessão, N. novamente revelou um assunto que não tinha comentado com o terapeuta durante todo o processo e nem com nenhuma pessoa de seu meio social: “É, tem uma coisa que eu não te falei ainda. É que ando lendo muita coisa sobre o assunto, fico lendo em livros, pesquisas, não sei se me sinto bem falando sobre isso...” (sic). Após o

emprego desses autoclíticos, N. revelou que seu filho é homossexual e que se sente incomodada com esse fato.

N. sintetizou que existem dois fatos os quais são considerados por ela muito aversivos e, por isso, não compartilhava com nenhuma pessoa de seu meio social, inclusive com nenhum dos terapeutas que a atendeu anteriormente: a violência sexual que sofreu e a orientação sexual de seu filho.

Ao expor esses dois assuntos para o terapeuta, N. emitiu descrições que, de acordo com sua história de vida, têm uma alta probabilidade de serem punidos. Visto que N. apresentava dificuldades de estabelecer uma relação íntima com alguém e de compartilhar eventos de cunho privado, o relato acerca da orientação sexual de seu filho e suas angústias relacionadas a esse fato representou mais um avanço na terapia.

Em relação à homossexualidade, parece que tal assunto é aversivo para a cliente, visto que, no decorrer do processo, omitiu o assunto e utilizou diversos autoclíticos antes de contar sobre a orientação sexual de seu filho, o que teria a função de atenuar eventuais acusações por parte do terapeuta. N. relatou que tem muitas dúvidas em relação à homossexualidade e à “normalidade” (sic) ou não da sexualidade do filho.

N. verbalizou que a literatura consultada por ela ora acabava auxiliando-a a entender a homossexualidade como algo natural e ora fornecia argumentos que culpabilizavam a mãe pela ocorrência da homossexualidade, ao descrever que seria “problema de gene feminino ou da criação feita pela mãe”, de acordo com a cliente.

Coube ao terapeuta um papel de educador (psicoeducação), apresentando as múltiplas explicações existentes na ciência acerca da definição da orientação sexual. Além disso, seria importante apresentar a concepção de que os comportamentos homossexuais “são instalados e mantidos como qualquer outro comportamento. São regidos, em suma, pelas mesmas leis e pelos mesmos princípios fundamentais que explicam as ações humanas. Nada os torna peculiares, nem idiossincráticos [...]” Guilhardi (2007, p. 1).

O terapeuta deveria também descrever que, hoje em dia, a orientação homossexual não é mais considerada uma doença e que a homossexualidade não tem relação com a conduta moral das pessoas. A propósito, o terapeuta poderia esclarecer, inclusive, que a meta de uma terapia com clientes homossexuais não seria a mudança da orientação sexual da pessoa, mas a identificação de relações relevantes e a análise de queixas da mesma forma com que se procede com indivíduos de orientação heterossexual (cf. Bertagnoli, Cardoso, Hübner, & Pergher, 2007).

DÉCIMA NONA SESSÃO

Nessa sessão, N. mostrou-se triste: olhava para baixo, adotou uma postura curvada, não estava mais maquiada como anteriormente e falava de forma pausada, apenas acelerando a velocidade da fala quando se referia ao filho.

N. relatou que, após a última sessão, sentiu-se muito mal, pois havia “[...] tocado em pontos que não falava pra ninguém e que estavam adormecidos [...]” (sic). A cliente relatou que estava com sintomas de tristeza, falta de vontade para fazer suas atividades e pensamentos recorrentes do tipo “Por que essas coisas acontecem comigo?” (sic).

Ao comentar que alguns pontos estavam adormecidos, analisou-se que N. buscava esquivar-se de sensações aversivas associadas ao assunto da violência sexual que sofreu e à orientação sexual do filho. Entretanto, na relação com o terapeuta, o contato com essas experiências e sentimentos ruins começou a ser realizado.

Segundo Hayes (1987), esquivar-se da vivência de comportamentos encobertos aversivos diminui a capacidade da pessoa de discriminar as contingências que vigoram em seu cotidiano. O autor chama de esquiva experiencial o comportamento reforçado negativamente ao proporcionar alívio ou esquiva/fuga de certos sentimentos, como angústia, ansiedade e tristeza. Segundo Hayes, Pankey e Gregg (2002), tentativas de não vivenciar emoções, não ter certos pensamentos e não se lembrar de certos eventos tem um papel central no desenvolvimento de transtornos de ansiedade e de outros transtornos psiquiátricos.

Inibir eventos privados aversivos tem um efeito maléfico sobre o desenvolvimento pessoal. Em contrapartida, expressar emoções decorrentes de vivências aversivas tem um efeito benéfico para a saúde física (Vandenberghe, 2004), pois o indivíduo pára de se esquivar e entra em contato com o contexto que evoca os sentimentos e pensamentos, possibilitando que as emoções aversivas associadas a eventos traumáticos percam a força e entrem em extinção (Brandão, 2008; Kohlenberg & Tsai, 1998; Vandenberghe, 2004).

Brandão (2008) arguiu que outro benefício de parar de se esquivar é o contato com reforçadores que não são experienciados enquanto o comportamento de esquiva é emitido. É possível também que a pessoa aprenda outros comportamentos de enfrentamento (Brandão, 1999; Padilha, 2001; Padilha & Gomide, 2004).

Nessa sessão em especial, o terapeuta descreveu a importância da aceitação de sentimentos e pensamentos e ponderou sobre os efeitos indesejáveis de evitá-los, visto que esse tipo de tentativa apenas torna a ocorrência de sentimentos e pensamentos ruins mais prováveis (cf. Hayes, 1987). Se clientes puderem ser auxiliados a encarar seus eventos privados aceitando-os, eles podem simplesmente observá-los sem tentar controlá-los. Podem, então, fazer progresso, indo ao encaixe daquelas atividades e experiências que são úteis e que dão sentido às suas vidas (Hayes, 1987; Hayes & Wilson, 1993; Heflin & Deblinger, 1999).

VIGÉSIMA SESSÃO

Nessa sessão, N. relatou que sua família “não soube e nem pode saber a respeito” (sic) da orientação sexual do filho. Comentou que é muito difícil de lidar com sua família e que sofre muito em relação a isso.

Segundo Banaco (2008), a família é um conjunto de indivíduos que se comporta conjuntamente, respondendo ao critério de ser um grupo social e compondo um evento social. Pode-se considerar a família como um grupo social cuja característica básica é a tarefa de “cuidar e formar indivíduos com habilidades para cuidar e manter o bem-estar dos membros do próprio grupo” (Banaco, 2008, p.196). Segundo o autor, esse bem-estar tem uma definição ampla, podendo ser o bem-estar físico, psicológico, emocional, entre outros.

Como a família é o primeiro grupo com o qual o indivíduo entra em contato, muito do repertório das pessoas é instalado e fortalecido por meio da aplicação de vários reforçadores e punidores, sendo a família a responsável pela seleção de respostas do repertório social e pelo desenvolvimento de repertórios básicos do indivíduo (Banaco, 2008; Tourinho & Carvalho Neto, 2004).

A partir dessa explanação, a família pode, sim, ser uma das primeiras responsáveis pelo aparecimento e manutenção de um repertório problemático, ou seja, que cause sofrimento para o indivíduo e/ou para as pessoas de seu meio social (Banaco 1997; 2008). Segundo Banaco (2008), pressionados por contingências aversivas e avaliações constantes do desempenho dos filhos, vários pais “assumem controle aversivo como resposta de esquiva das punições sinalizadas para seus próprios ‘maus desempenhos’ enquanto pais” (p. 198).

No caso de N., falar sobre a orientação sexual de seu filho pode fazer com que ela entre em contato com potenciais punições aplicadas por pessoas de seu meio sócio-cultural (incluindo os representantes da agência de controle ligada à religião praticada pela cliente) ou por outros membros de sua família, denotando sua (suposta) incompetência como mãe. Esse assunto (orientação sexual do filho) também evoca sentimentos como culpa, por não ter acompanhado o desenvolvimento de seu filho, e raiva, por criar um filho homossexual.

A família muitas vezes apresenta dificuldades de aceitar o filho que não atende o ideal masculino de nossa cultura. A não-aceitação de algum comportamento considerado intolerável, por seu aspecto desviante, cria condições para desenvolver o preconceito, reforçando o estigma social associado às práticas sexuais não-alinhadas ao padrão hegemônico (Santos, Brochado Júnior, & Moscheta, 2007).

A coerção é amplamente utilizada como comportamento discriminatório dirigido à pessoa homossexual, sendo utilizadas formas de assédios morais, terapias aversivas, assassínios e outras topografias de manifestações homofóbicas. Tais práticas muitas vezes são reforçadas socialmente por outros indivíduos homofóbicos e podem gerar respostas de fuga/esquiva nos homossexuais (Almeida, 2008).

De acordo com Santos e cols (2007), o que geralmente se espera é que o homem se capacite para se tornar no futuro um marido e pai de família, de modo a perpetuar o

sobrenome familiar. Percebe-se, em algumas famílias, dificuldades de lidar com a descoberta da homossexualidade de seus filhos:

Muitas vezes reagem com estranheza (*isso não pode estar acontecendo comigo!*), quando não com sentimentos de terem sido ‘traídos’ pelos filhos que escolheram um ‘caminho errado’ [...] Sentem-se perplexos, inconformados e não merecedores de tamanho ‘castigo’. Perguntam-se: *que fiz para merecer isso?* Ou se sentem profundamente culpados [...] (Santos et al., 2007, p. 2, grifo acrescentado).

Os sentimentos grifados na citação remetem à ocorrência de punição social, o que é plausível no caso de N., que teme punições advindas dos agentes ligados à religião e prevê que sua família emitiria algum tipo de recriminação caso soubesse da orientação sexual do seu filho. Possivelmente, a previsão de críticas por parte da família advém do histórico de punição que ela própria sofreu quando engravidou repentinamente.

N. revelou também que está frequentemente em interação com o namorado de seu filho. A presença do namorado do filho pode funcionar como estímulo discriminativo para respostas encobertas do tipo: “falhei na minha tarefa de mãe”, “criei um filho homossexual”, “meu filho namora um homem e isso não é normal”.

A homossexualidade do filho foi classificada por N. como um fato pior do que a violência sexual ocorrida com ela durante sua adolescência. A respeito desta classificação, acredita-se que N. apresentou uma evolução, pois discriminou quais eventos são mais aversivos. A partir disso, em supervisão comentou-se que o terapeuta deveria auxiliar a cliente na análise das implicações desses eventos de história de vida em seus padrões de comportamento atuais, especialmente na dificuldade de se relacionar com homens e na dificuldade de estabelecer uma relação íntima.

O terapeuta abordou as dificuldades de relacionamento apresentadas pela cliente, solicitando relatos sobre a relação terapeuta-cliente:

- “Terapeuta: Você se vê em uma casa na Rua P. sem ter relacionamentos afetivos...”.
- “Cliente: É... não quero mais. Não tive sorte com homens... não quero”.
- “Terapeuta: Como que está a nossa relação, aqui... por ser homem...?”.
- “Cliente: Com você está tudo bem, porque não tenho relação afetiva com você, mas com outros homens não dá certo, sei disso...”.

Possivelmente, N. entende relação afetiva como uma relação entre homem e mulher pautada em sexo e não como uma interação envolvendo comportamentos íntimos como tem ocorrido ao longo do processo terapêutico. Comportamentos íntimos envolvem vulnerabilidade interpessoal: estar aberto à crítica ou à punição. Tornar-se vulnerável no contexto interpessoal significa emitir determinados comportamentos, correndo o risco de sofrer punição por outra pessoa (Cordova & Scott, 2001).

O terapeuta sinalizou que a cliente estava tendo uma relação afetiva na terapia e que seria importante para ela considerar, nas relações interpessoais futuras, a possibilidade de convivência íntima com outros homens, possivelmente criando uma história alternativa àquela vivenciada até então.

ANÁLISES DAS FALTAS NO PROCESSO

N. faltou, ao todo, cinco vezes durante este segundo semestre de atendimento. Analisando o período das faltas (duas faltas após a décima sétima sessão e três faltas após a décima oitava sessão), observa-se que elas ocorreram após sessões em que foram revelados eventos significativos, os quais foram acompanhados de sentimentos ruins: o episódio do estupro, situação na qual ficou grávida, e a homossexualidade do filho. Possivelmente, os conteúdos abordados nessas sessões foram aversivos, de maneira que as faltas às sessões seriam analisadas como comportamentos de esquiva.

O terapeuta foi especialmente acolhedor quando a cliente veio a uma sessão após as faltas. Optou-se, também, pela ampliação do uso de autoclíticos por parte do terapeuta, com o objetivo de suavizar o caráter diretivo de intervenções não-aceitas pela cliente e de diminuir os possíveis impactos aversivos, aumentando a receptividade da cliente e promovendo um espaço para a concordância ou discordância da intervenção implementada pelo terapeuta (Meyer et al., 2008).

O terapeuta descreveu para a cliente a hipótese de que temas delicados foram focados nas sessões anteriores, o que estaria gerando o afastamento da cliente às sessões, e deveria reiterar a importância de vir à terapia para explorar os efeitos de ter feito tais revelações, na medida em que a cliente se sentisse confortável. As descrições realizadas pelo terapeuta poderiam servir de modelo para a cliente analisar seu próprio comportamento, além de reforçar socialmente o comportamento de falar de si, que ocorria em baixa frequência.

CONCLUSÃO

O presente trabalho teve como objetivo apresentar a seqüência de eventos ocorridos, cronologicamente, no atendimento de um caso clínico, cujas primeiras sessões já haviam sido descritas no artigo de Colombini e Pergher (2009). Infelizmente, devido às faltas, não foi possível analisar detalhadamente as implicações das revelações feitas pela cliente, bem como não foi possível acompanhar a evolução dos comportamentos elencados ao longo do processo terapêutico. Em função do encerramento do ano letivo na Universidade e de normas da clínica-escola quanto ao período de permanência dos clientes na Instituição, foi sugerida a continuidade da terapia em outra instituição que presta atendimento psicológico.

Ainda assim, considerando as sessões realizadas e as análises apresentadas no presente trabalho, alguns pontos foram particularmente relevantes, tais como a revelação sobre a violência sexual sofrida e sobre a orientação sexual do filho da cliente. Em se tratando de terapia, observa-se um baixo número de referências sobre os aspectos da prática psicoterápica e das dificuldades encontradas no tratamento das vítimas de abuso sexual (Numhauser & Soto, 2006; Sant'Anna & Baima, 2008; Vitriol, Vasquez, Iturra, & Muñoz, 2007). Assim, o presente artigo pode vir a contribuir para a ampliação dos temas discutidos.

Kohlenberg e Tsai (1998), Padilha e Gomide (2004) e Sant'Anna e Baima (2008) relataram que, apesar de buscarem auxílio psicoterápico para lidarem com os sintomas decorrentes do trauma vivido, as vítimas de violência sexual apresentam resistência em abordar a situação do abuso, podendo demorar tempo para estabelecer um vínculo de confiança com o psicólogo, o que é coerente com o que ocorreu no caso de N. Provavelmente, a revelação feita pela cliente foi fruto de uma boa relação terapêutica e da manutenção da audiência não-punitiva conduzida ao longo do processo, conforme defenderam Gomide e Padilha (2004), Padilha (2001), Heflin e Deblinger (1999), Williams (2002; 2006) e Williams, Maldonado e Padovani (2008).

Quanto às revelações sobre a orientação sexual do filho da cliente, verificou-se que as questões relacionadas à sexualidade são envoltas da possibilidade de recriminações sociais e de preconceitos, inclusive gerando sofrimento emocional nos familiares de indivíduos que assumem a orientação homossexual. Nesse sentido, a continuidade do processo terapêutico poderia aprimorar a qualidade do relacionamento desta cliente com seu filho, numa direção que contemplasse o bem-estar de ambos.

Acredita-se que o fato de ter conseguido falar sobre determinados assuntos em terapia possa reduzir o caráter aversivo, fazendo com que as reações emocionais associadas a esses temas entrem em extinção. A partir disso, espera-se que a cliente, com o auxílio de um próximo profissional, possa iniciar novas relações afetivas, das quais ela esteve se esquivando até recentemente e, assim, ampliar sua participação em relacionamentos íntimos, promovendo a produção de acolhimento e reconhecimento social por parte das pessoas com quem convive.

REFERÊNCIAS

- Almeida, T. de (2008). *Análise do Comportamento Homofóbico enquanto uma Prática Coercitiva* [Online]. Disponível: <http://www.slideshare.net/thiagodealmeida>. Recuperado em 11 de Novembro de 2008.
- Amazarray, M.R., & Koller, S.H. (1998). Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11(3), 559-578.
- Azevedo, M.A. (1989). Conseqüências psicológicas da vitimização de crianças e adolescentes. In M.A. Azevedo & V.N.A. Guerra (Orgs.), *Crianças Vitimizadas: a síndrome do pequeno poder* (pp. 143-163). São Paulo: Iglu.
- Banaco, R.A. (1997). Auto-regras e patologia comportamental. In D.R. Zamignani (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: a aplicação de análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos* (pp. 80-88). Santo André: Arbytes.
- Banaco, R.A. (2008). A terapia analítico-comportamental em um grupo especial: a terapia de famílias. In M. Delitti & P. Derdyk (Orgs.), *Terapia Analítico-Comportamental em Grupo* (pp. 193-212). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Bertagnoli, A.C., Cardoso, B.M., Hübner, L.F., & Pergher, G.K. (2007). Terapia cognitivo-comportamental com pacientes homossexuais. In N.M. Piccoloto, R. Wainer & L.B. Piccoloto (Orgs.), *Tópicos Especiais em Terapia Cognitivo-comportamental* (pp. 107-140). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Blanchard, J. (1996). Sexual exploitation. Brasília, DF: *Anais do Congresso Against the Sexual Exploitation of Children*.
- Bolling, M.Y., Kohlenberg, R.J., & Parker, C.R. (2000). Behavior analysis and depression. In M.J. Dougher (Org.), *Clinical Behavior Analysis* (pp. 127-152). Reno, NV: Context Press.
- Brancalhona, P.G., & Williams, L.C.A. (2003). Crianças expostas à violência conjugal: uma revisão de área. In M.C. Marquezine, M.A. Almeida, S. Omote & E.D.O. Tanaka (Orgs.), *O Papel da Família junto ao Portador de Necessidades Especiais*. (pp. 123-130). Londrina: Eduel.
- Brandão, M.Z.S. (1999). Terapia comportamental e análise funcional da relação terapêutica: estratégias clínicas para lidar com comportamento de esquiva. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 1(2), 179-187.
- Brandão, M.Z.S. (2008). Esquiva experiencial do cliente no grupo terapêutico e promoção da aceitação emocional. In M. Delitti & P. Derdyk (Orgs.), *Terapia Analítico-Comportamental em Grupo* (pp. 59-92). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Brino, R.F., & Williams, L.C.A. (2003). Capacitação do educador acerca do abuso sexual infantil. *Interação em Psicologia*, 7(2), 1-10.
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychological Bulletin*, 99(1), 66-77.
- Cabello, J., Freitas, R.M.C., Bitondi, F.R., & Cavalcante, M.R. (2008). Modelagem de relato verbal e descrição funcional como instrumento diagnóstico e de tratamento para casos de depressão. In M.R. Cavalcante (Org.), *Análise do Comportamento: avaliação e intervenção* (pp. 63-80). São Paulo: Roca.
- Caminha, R.M. (2000). A violência e seus danos à criança e ao adolescente. In Amencar (Org.), *Violência Doméstica* (pp.43-60). Brasília: Unicef.
- Campos, A.P.A. (2007). *Análise Comportamental em Depressivos*. Dissertação de Mestrado Não-publicada, Pontifícia Universidade Campinas. Campinas - SP.
- Colombini, F. A., & Pergher, N. K. (2009). Decisões clínicas na Terapia Analítico-comportamental. *Acta Comportamentalia*, 17(2), 235-253.
- Cordova, J.V., & Scott, R.L. (2001). Intimacy: a behavioral interpretation. *The Behavior Analyst*, 24(1), 75-86.

- Dilillo, D. (2001). Interpersonal functioning among women reporting a history of childhood sexual abuse: empirical findings and methodological issues. *Clinical Psychology Review*, 21(4), 553-576.
- Dougher, M.J., & Hackbert, L. (2003). Uma explicação analítico-comportamental da depressão e o relato de um caso utilizando procedimentos baseados na aceitação. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(2), 167-184.
- Ferrari, D.C. de A. (2002). Definição de abuso na infância e adolescência. In D.C.A Ferrari & T.C. Vecina. *O Fim do Silêncio na Violência Familiar: teoria e prática* (pp. 81-94). São Paulo: Agora.
- Ferreira, A.B.H. (2003). *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Ferster, C.B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 23(10), 857-870.
- Ferster, C.B., Culbertson, S. & Boren, C.P. (1979). *Princípios do Comportamento*. Tradução de M.I.R. Silva, M.A.C Rodrigues & M.B.L. Pardo. São Paulo: Hucitec.
- Guilhardi, H.J. (2001). Com que contingências o terapeuta trabalha em sua atuação clínica? In R.A. Banaco (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento* (pp. 316-331). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Guilhardi, H.J. (2007). *Como a TCR vê a Homossexualidade?* [Online]. Disponível: http://www.terapiaporcontingencias.com.br/dialogo_edicao05.php. Recuperado em 11 de Novembro de 2008.
- Habigzang, L.F., & Caminha, R.M. (2004). *Abuso Sexual contra Crianças e Adolescentes: conceituação e intervenção clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hayes, S.C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. In N. Jacobson (Org.), *Psychotherapists in Clinical Practice: cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327-387). Nova York: Guilford Press.
- Hayes, S.C., & Wilson, K.G. (1993). Some applied implications of a contemporary behavior-analytic account of verbal events. *The Behavior Analyst*, 16(2), 283-302.
- Hayes, S., Pankey, J., & Gregg, J. (2002). Anxiety and Acceptance and Commitment Therapy. In E. Gosh & E. Ditomasso (Orgs.), *Comparative Treatments of Anxiety Disorders* (pp. 110-136). Nova York: Springer.
- Heflin, A.H., & Deblinger, E. (1999). Tratamento de um adolescente sobrevivente de abuso sexual na infância. In M. Reinecke, F. Dattilio, & A. Freeman (Orgs.), *Terapia Cognitiva com Crianças e Adolescentes: manual para a prática clínica* (pp. 161-168). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Hübner, M. (1999). As metáforas do comportamento verbal como recurso de análise. Rio de Janeiro, RJ: *Programação dos Anais do IV Latini Dies*, p. 12.
- Kanter, J.W., Cautilli, J.D., Busch, A.M., & Baruch, D.E. (2005). Toward a comprehensive functional analysis of depressive behavior: five environmental factors and a possible sixth and seventh. *The Behavior Analyst Today*, 6(1), 65-81.
- Kohlenberg, R.J., & Tsai, M. (1998). Healing interpersonal trauma with the intimacy of the therapeutic relationships. In V.M. Folette, J.F. Ruzek & F.R. Abueg (Orgs.), *Cognitive Behavioral Therapies for Trauma*. Nova York: The Guilford Press.
- Kohlenberg, R.J., & Tsai, M. (2001). *Psicoterapia Analítico Funcional: criando relações terapêuticas e curativas*. Tradução organizada por R.R. Kerbauy. Santo André: ESETec. (trabalho original publicado em 1991).
- Lafer, B., & Vallada Filho, H.P. (2009). Genética e fisiopatologia dos transtornos depressivos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 12-17.
- Marçal, J.V.S. (2004). O autoconhecimento no behaviorismo radical de Skinner, na filosofia de Gilbert Ryle e suas diferenças com a filosofia tradicional apoiada no senso comum. *Revista Universitas - Ciências da Saúde*, 2(1), 101-109.
- Medeiros, C.A. de (2002). Comportamento verbal na Terapia Analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 4(2), 105-118.

- Meyer, S.B., Oshiro, C., Donadone, J.C., Mayer, R.C.F. & Starling, R. (2008). Subsídios da obra “Comportamento Verbal” de B.F. Skinner para a Terapia Analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 10(1), 105-118.
- Neumann, M.M. (2002). *Violência sexual: dominação e sexualidade*. Dissertação de Mestrado Não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo - SP.
- Numhauser, J., & Soto, P. (2006). Consejos en la psicoterapia de mujeres víctimas de incesto: revisión de 59 casos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 44(4), 271-281.
- Padilha, M.G.S. (2001). *Adolescentes institucionalizadas vítimas de abuso sexual: análise de um processo terapêutico em grupo*. Dissertação de Mestrado Não-publicada, Universidade Federal do Paraná. Curitiba - PR.
- Padilha, M.G.S. (2002). Abuso sexual na infância e na adolescência: você pode descobrir o que está acontecendo. In M.Z. Brandão (Org.), *Comportamento Humano: tudo (ou quase tudo) que você gostaria de saber para viver melhor* (pp. 111-128). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Padilha, M.G.S., & Gomide, P.I.C. (2004). Descrição de um processo terapêutico em grupo para adolescentes vítimas de abuso sexual. *Estudos de Psicologia*, 9 (1), 53-61.
- Peluso, E.T.P., & Blay, S.L. (2008). Percepção da depressão pela população da cidade de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 42(1), 41-48.
- Pergher, N.K., & Dias, M.A. (2009). O carteiro, o poeta e Skinner: um estudo sobre a metáfora. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6(1), 1-14.
- Sant’Anna, P.A., & Baima, A.P.S. (2008). Indicadores clínicos em psicoterapia com mulheres vítimas de abuso sexual. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(4), 728-741.
- Santos, M.A. dos, Brochado Junior, J.U., & Moscheta, M.S. (2007). Grupo de pais de jovens homossexuais. *SMAD, Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool Drogas*, 3(2), 10-21.
- Sidman, M. (2003). *Coerção e suas implicações*. Traduzido por M.A.P.A. Andery & T.M.A.P. Sério. Campinas: Livro Pleno.
- Silveira, F.F., Chirinéa, G., & Cavalcante, M.R. (2008). Ensinando uma cliente com diagnóstico de depressão a falar de si durante o processo psicoterapêutico. In M.R. Cavalcante (Org.), *Análise do Comportamento: avaliação e intervenção* (pp. 31-44). São Paulo: Roca.
- Thomaz, C.R.C. (2009). *Possíveis relações entre a submissão ao Chronic Mild Stress (CMS) e o desempenho operante*. Dissertação de Doutorado Não-publicada, Universidade de São Paulo. São Paulo - SP.
- Tourinho, E.Z., & Carvalho Neto, M.B. de (2004). O conceito de estado inicial na explicação do comportamento humano: considerações de uma perspectiva analítico-comportamental. In M.L.S. Moura (Org.), *O Bebê no Século XXI e a Psicologia em Desenvolvimento* (pp. 111-134). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tsai, M., Kohlenberg, B., & Tsai, M. (2009). Intimacy. In M. Tsai, R.J. Kohlenberg, J.W. Kanter, B. Kohlenberg, W.C. Follette & G.M. Callaghan (Orgs.), *Guide to Functional Analytic Psychotherapy: awareness, courage, love, and Behaviorism* (pp. 131-144). Nova York: Springer.
- Vandenberghe, L. (2004). Relatar emoções transforma as emoções relatadas? Um questionamento do paradigma de Pennebaker com implicações para a prevenção de transtorno de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6(1), 39-48.
- Vandenberghe, L.M.A., & Pereira, M.B. (2005). O papel da intimidade na relação terapêutica: uma revisão teórica à luz da análise clínica do comportamento. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7(1), 127-136.
- Vitriol, V.G., Vasquez, M., Iturra, L.I., & Muñoz, C.R. (2007). Diagnostico y abordaje de secuelas por abuso sexual infantil en tres mujeres consultantes a un servicio de salud mental de hospital general. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 45(1), 20-28.

- Wielenska, R.C. (2001). Análise funcional da depressão (ou: a qual fenômeno estamos mesmo nos referindo?). In R.C. Wielenska (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos* (pp. 271-283). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Williams, L.C.A. (2002). Abuso sexual infantil. In H.J. Guilhardi, M.B.B. Madi, P.P. Queiroz & M.C. Scoz (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: contribuições para a construção da teoria do comportamento* (pp. 155-164). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Williams, L.C.A. (2006). Pesquisa e intervenção de violência intrafamiliar: contribuições do laboratório de análise e prevenção da violência (LAPREV). In Z.V. Freire (Org.), *Abusos e Proteção de Crianças e Adolescentes*. Rio de Janeiro: CEIIAS/ISPCAN.
- Williams, L.C.A., Maldonado, D.P.A., & Padovani, R.C. (2008). *Uma vida livre da violência: Projeto Parceria, Módulo 1. Cartilha - Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Psicologia* [Online]. Disponível: <http://www.ufscar.br/laprev/arquivos/ebook>. Recuperado em 05 de Agosto de 2009.