

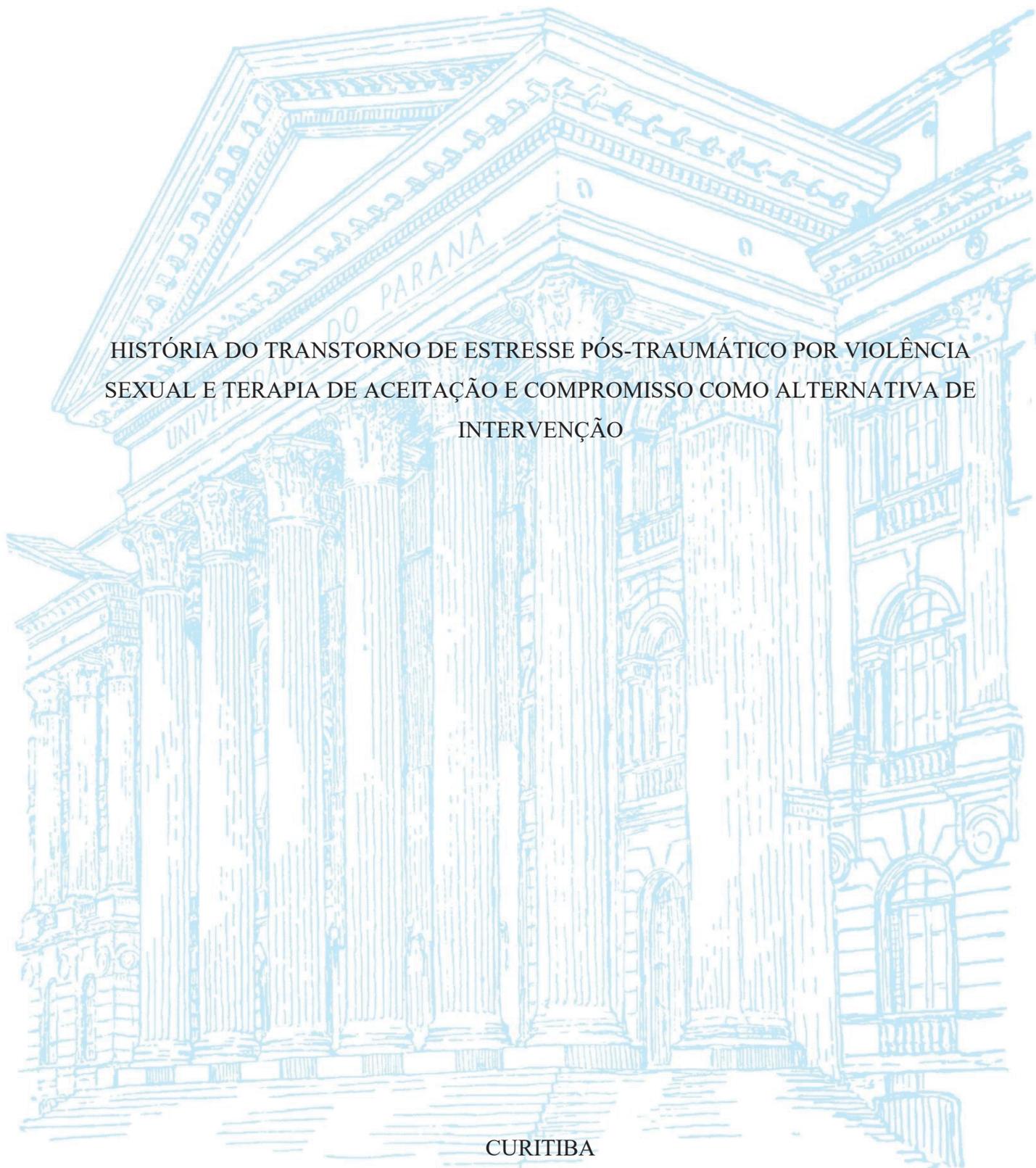
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

PAULA PILATTI

HISTÓRIA DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO POR VIOLÊNCIA
SEXUAL E TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO COMO ALTERNATIVA DE
INTERVENÇÃO

CURITIBA

2023



PAULA PILATTI

HISTÓRIA DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO POR VIOLÊNCIA
SEXUAL E TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO COMO ALTERNATIVA DE
INTERVENÇÃO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Setor de Ciências Humanas, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof. Dr^a. Jocelaine Martins da Silveira

CURITIBA

2023

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SISTEMA DE BIBLIOTECAS – BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS HUMANAS

Pilatti, Paula

História do transtorno de estresse pós-traumático por violência sexual e terapia de aceitação e compromisso como alternativa de intervenção. / Paula Pilatti. – Curitiba, 2023.

1 recurso on-line : PDF.

Mestrado (Dissertação) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Orientadora: Pro^{fa}. Dr^a. Jocelaine Martins da Silveira.

1. Vítimas de abuso sexual. 2. Transtorno de estresse pós-traumático. 3. Terapia de aceitação e compromisso. I. Silveira, Jocelaine Martins da, 1970-. II. Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PSICOLOGIA -
40001016067P0

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação PSICOLOGIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de PAULA PILATTI intitulada: *História do Transtorno de Estresse Pós-Traumático por Violência Sexual e Terapia de Aceitação e Compromisso como Alternativa de Intervenção*, sob orientação da Profa. Dra. JOCELAINE MARTINS DA SILVEIRA, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 15 de Dezembro de 2023.

Assinatura Eletrônica

18/12/2023 18:34:04.0

JOCELAINE MARTINS DA SILVEIRA

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

21/12/2023 11:11:19.0

GABRIELA ISABEL REYES ORMEÑO

Avallador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

19/12/2023 13:40:33.0

CLAUDIA LUCIA MENEGATTI

Avallador Externo (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ)

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Sandra e Paulo, por todo o suporte e ensinamentos que me deram até hoje. Agradeço por sempre terem me incentivado a buscar o conhecimento, e por sempre estarem comigo em todos os momentos que eu preciso. Eu amo vocês. Infinitamente!

À professora Jocelaine Martins da Silveira, por toda a disponibilidade, parceria, paciência e afeto. Agradeço também por aceitar embarcar comigo na minha pesquisa. Você é uma inspiração, em todos os sentidos! Obrigada por confiar em mim.

As professoras Claudia Lúcia Menegatti e Gabriela Isabel Reyes Ormeño, por aceitarem o convite para participar da banca, e por todos os apontamentos realizados.

À minha irmã, Daniella Pilatti, por me incentivar, e por ser uma inspiração. Você me deu os dois maiores presentes da minha vida: Miguel e Matheus. Obrigada por confiar em mim para ser a madrinha dos seus filhos!

A Miguel e Matheus, meus sobrinhos e afilhados, que nasceram durante o mestrado, e são fonte de muito amor e fofura. Vocês são um presente para a nossa família, e me inspiram a ser alguém melhor todos os dias! Eu amo vocês!

À Fernanda Travensolli, pela amizade, pelas conversas, por somar as alegrias (que são muitas quando estamos juntas) e dividir as tristezas, quando elas aparecem. Obrigada por estar ao meu lado em todos os momentos! Você é muito importante para mim, e sou muito feliz por a vida ter me dado essa amizade.

À Bruna Rodrigues, pela amizade, e por todas as trocas durante o mestrado. Obrigada por me apresentar a Judith Herman, autora que foi bem importante na escrita da minha pesquisa. Nossas conversas me ajudaram a esclarecer muitas questões, e serei sempre grata pela sua disponibilidade e carinho nesse processo.

Aos amigos Gabriela Augustin Coelho, Rhana Ribas, Isabelle Marques, Ana Arima e Danilo Hiraoka, pelas palavras, pelo acolhimento, pelas risadas, e por deixarem tudo mais leve. Ana e Danilo, obrigada também pelos momentos de música e forró!

À Daiane, por ser minha psicóloga, e me acompanhar durante todo esse processo. Obrigada por me ajudar a lidar com as dificuldades que surgiram no meio do caminho, e por todo o acolhimento nos momentos que eu precisava.

À Universidade Federal do Paraná, por ser onde me graduei em Psicologia, e aonde retornei para cursar a Pós-Graduação.

Ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, pela oportunidade em desenvolver a pesquisa. Obrigada.

O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim:
esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois
desinquieta. O que ela quer da gente é coragem.

Guimarães Rosa

RESUMO

A violência sexual foi associada ao aumento de risco e gravidade de várias psicopatologias, com associações fortes para Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). O TEPT, enquanto diagnóstico, foi incluído apenas na terceira edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais* (DSM-III), em 1980. No entanto, sua história é mais antiga e há séculos se reconhece os efeitos do trauma psicológico nos indivíduos. Atualmente, as intervenções psicológicas indicadas para o tratamento do TEPT são abordagens cognitivas e baseadas em exposição, embora estudos indiquem altas taxas de abandono desses tratamentos, com porcentagem variando de 30% a 68%. Evidências preliminares sugerem que a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) é uma intervenção potencialmente eficaz para o TEPT. No entanto, até o momento deste estudo, não foram encontradas revisões sistemáticas sobre intervenções de ACT em sobreviventes de violência sexual. Este trabalho busca apresentar possíveis relações entre violência sexual e TEPT, e sintetizar a literatura disponível sobre intervenções em ACT com sobreviventes de violência sexual. Para isso, essa dissertação foi dividida em dois estudos. O primeiro, intitulado “História do TEPT e Evolução das Menções à Violência Sexual em Edições do DSM”, oferece um panorama da compreensão de trauma psicológico a partir do século XIX até seus desdobramentos em categorias diagnósticas de TEPT e TEPT Complexo; e apresenta as diferentes menções à violência sexual nos textos de TEPT do DSM-III ao DSM-5-TR. Discute-se que a violência sexual foi especialmente obscurecida durante a história do trauma psicológico, além de ter tido um tratamento diferente, se comparado a outros traumas. Há um aumento das menções à violência sexual do DSM-III ao DSM-5-TR, que incorporou exemplos mais específicos de eventos traumáticos sexuais, além de acrescentar formas mais “invisíveis” na nossa sociedade, o que pode facilitar sua identificação em vítimas. O segundo estudo, intitulado “Intervenções em ACT com Sobreviventes de Violência Sexual: Uma Revisão Sistemática” realizou uma revisão sistemática nas bases PTSDpubs, PsycINFO, Embase, Web of Science e PubMed, além do periódico *Journal of Contextual Behavioral Science*, para estudos publicados até junho de 2023. Foram incluídos sete estudos, sendo um estudo de caso único, duas séries de casos e quatro estudos de caso, totalizando 11 participantes. O TEPT foi a psicopatologia mais frequente da amostra: oito participantes preencheram o diagnóstico para TEPT; uma participante foi descrita com “sintomas de TEPT”; e um participante com histórico de participação em tratamento de TEPT para veteranos. Os oito participantes com diagnóstico de TEPT tinham comorbidades com outras condições. Por conta do pequeno número da amostra e por não serem estudos controlados, não é possível afirmar a eficácia da ACT nesta população. No entanto, os resultados sugerem que ela pode ser uma intervenção útil e segura, o que contribui para a literatura sobre o tema. Por fim, foram discutidos pontos críticos que exigem atenção por parte dos terapeutas, tais como considerar a violência sexual em casos de psicopatologias e de comorbidades, e ajudar clientes na identificação e reconhecimento deste tipo de violência.

Palavras-chave: violência sexual; Terapia de Aceitação e Compromisso; Transtorno de Estresse Pós-Traumático; Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais; revisão sistemática.

ABSTRACT

Sexual violence has been associated with increased risk and severity of various psychopathologies, with strong associations for Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). PTSD, as a diagnosis, was only included in the third edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) in 1980. However, its history is older, and the effects of psychological trauma on individuals have been recognized for centuries. Currently, the psychological interventions indicated for the treatment of PTSD are cognitive and exposure-based approaches, although studies indicate high dropout rates from these treatments, with percentages ranging from 30% to 68%. Preliminary evidence suggests that Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is a potentially effective intervention for PTSD. However, at the time of this study, no systematic reviews were found on ACT interventions for survivors of sexual violence. This work seeks to present possible relationships between sexual violence and PTSD, and to synthesize the available literature on ACT interventions with survivors of sexual violence. To this end, this dissertation was divided into two studies. The first, entitled "History of PTSD and Evolution of Mentions of Sexual Violence in DSM Editions", offers an overview of the understanding of psychological trauma from the 19th century to its development into the diagnostic categories of PTSD and Complex PTSD; and presents the different mentions of sexual violence in PTSD texts from DSM-III to DSM-5-TR. It discusses the fact that sexual violence has been particularly obscured during the history of psychological trauma, as well as being treated differently compared to other traumas. There has been an increase in mentions of sexual violence from the DSM-III to the DSM-5-TR, which has incorporated more specific examples of sexual traumatic events, as well as added forms that are more "invisible" in our society, which may make it easier to identify in victims. The second study, entitled "ACT Interventions with Survivors of Sexual Violence: A Systematic Review", carried out a systematic review in the PTSDpubs, PsycINFO, Embase, Web of Science and PubMed databases, as well as the Journal of Contextual Behavioral Science, for studies published until June 2023. Seven studies were included, including a single case study, two case series and four case studies, totaling 11 participants. PTSD was the most frequent psychopathology in the sample: eight participants met the diagnosis for PTSD; one participant was described with "PTSD symptoms"; and one participant had a history of participation in PTSD treatment for veterans. The eight participants diagnosed with PTSD had comorbidities with other conditions. Due to the small sample size and the fact that these were not controlled studies, it is not possible to affirm the efficacy of ACT in this population. However, the results suggest that it can be a useful and safe intervention, which contributes to the literature on the subject. Finally, critical points were discussed that require attention from therapists, such as considering sexual violence in cases of psychopathologies and comorbidities, and helping clients to identify and recognize this type of violence.

Keywords: sexual violence; Acceptance and Commitment Therapy; Post-Traumatic Stress Disorder; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; systematic review.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	90
-----------------------	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	52
Tabela 2	92
Tabela 3	102
Tabela 4	103
Tabela 5	104
Tabela 6	106
Tabela 7	113

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

AAQ	Acceptance and Action Questionnaire
AAQ-II	Acceptance and Action Questionnaire-II
ACT	Acceptance and Commitment Therapy
ACT-MI	Acceptance and Commitment Therapy for Moral Injury
AFQ-Y	Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth
APA	American Psychological Association
ATQ	Automatic Thoughts Questionnaire
BAI	Beck Anxiety Inventory
BDI	Beck Depression Inventory
BDI-II	Beck Depression Inventory–II
BIAAQ	Body Image Acceptance and Action Questionnaire
CAPS-CA	Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents
CFQ-MI	Cognitive Fusion Questionnaire-Moral Injury
CID	Classificação Internacional de Doenças
ComQol-S5	Comprehensive Quality of Life Scale–Student version
CPSS	Child PTSD Symptom Scale
CSQ-8	Client Satisfaction Questionnaire-8
DAO	Distúrbios na Auto-organização
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECR	Ensaio Clínicos Randomizados
EDDS	Eating Disorder Diagnostic Scale
EDE-Q	Eating Disorders Examination Questionnaire
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing.
EMIS-M	Expressions of Moral Injury Scale-Military Version
EP	Exposição Prolongada
IES-R	Impact of Events Scale-Revised
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
JBI	Joanna Briggs Institute
MMPI-2	Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2
MPFI	Multidimensional Psychological Flexibility Inventory
OMS	Organização Mundial da Saúde

PANSS	Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia
PCL-C	PTSD Checklist-Civilian Version
PCL-5	PTSD Checklist for the DSM-5
PHQ-9	Patient Health Questionnaire-9
RFT	Relational Frame Theory
RoBiNT	Risk of Bias in N-of-1 Trials
RRAA	Responder Relacional Arbitrariamente Aplicável
SCED	Single-Case Experimental Design
SCL-90-R	Symptom Checklist 90 Revised
TC	Terapia Cognitiva
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade
TEI-SF	Treatment Evaluation Inventory–Short Form
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-traumático
TPB	Transtorno de Personalidade Borderline
TPC	Terapia de Processamento Cognitivo
TSC-40	Trauma Symptom Checklist-40
VLQ	Valued Living Questionnaire
WBSI	White Bear Suppression Inventory
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

Apresentação: A Violência Sexual na Clínica Psicológica	15
ESTUDO 1	21
História do TEPT e Evolução das Menções à Violência Sexual em Edições do DSM.....	21
O Transporte Ferroviário e <i>Railway Spine</i>	23
Histeria.....	25
Primeira Guerra Mundial e <i>Shell Shock</i>	31
Nosologia da Psiquiatria Moderna.....	35
Nosologias Precursoras do DSM-I.....	37
<i>Segunda Guerra Mundial e Medical 203</i>	38
Influência da Psicanálise na Psiquiatria dos Estados Unidos	40
DSM-I	40
DSM-II.....	42
Movimentos Sociais e TEPT	43
<i>Violência Sexual e Doméstica</i>	44
O Surgimento do TEPT no DSM-III	46
Critérios Para o TEPT: do DSM-III ao DSM-5-TR.....	47
TEPT Complexo Como uma Nova Categoria Nosológica	56
Discussão.....	58
Considerações Finais	62
REFERÊNCIAS.....	64
ESTUDO 2	73
Intervenções em ACT com Sobreviventes de Violência Sexual: Uma Revisão Sistemática	73
Violência Sexual	73
Traumas e Transtorno de Estresse Pós-Traumático.....	74
Intervenções Psicológicas para Tratamento de TEPT	76
Terapia de Aceitação e Compromisso	78
<i>Esquiva Experiencial</i>	80
ACT para TEPT	82
Método	86
Critérios de Elegibilidade	87
Fontes de Informação e Estratégia de Busca	87
Processo de Seleção dos Estudos.....	87
Extração de Dados e Síntese	88
Avaliação de Risco de Viés	89

Resultados.....	89
Seleção de Estudos.....	89
Características dos Estudos Identificados.....	90
Características da Amostra.....	97
Violência Sexual Sofrida.....	97
TEPT e Outros Diagnósticos.....	98
Características da Intervenção.....	98
Medidas Utilizadas na Intervenção.....	99
Treinamento do Terapeuta.....	100
Apoio Financeiro Para a Pesquisa.....	101
Avaliação da Qualidade dos Estudos Incluídos.....	101
Resultados das Intervenções.....	105
Discussão.....	117
Interpretação dos Resultados.....	117
Limitações das Evidências Incluídas na Revisão.....	119
Limitações da Revisão Atual.....	120
Implicações e Recomendações para Pesquisas Futuras.....	121
REFERÊNCIAS.....	123
Conclusão Geral.....	134
REFERÊNCIAS.....	139
Apêndice A.....	140

Apresentação: A Violência Sexual na Clínica Psicológica

Não seria exagero dizer que ser psicoterapeuta é lidar com o sofrimento. Como bem afirma Conte (2010), o sofrimento, seja ele presente ou potencial, é o que motiva as pessoas a buscarem a psicoterapia. E não há simplicidade quando se trata deste assunto. Hayes e Smith (2022) nos recordam sobre a complexidade do sofrimento humano:

As pessoas sofrem. Não apenas porque elas sentem dor – o sofrimento é muito mais do que isso. Os seres humanos *lutam* com as diferentes formas de dor psicológica que têm: suas emoções difíceis e seus pensamentos, suas memórias desagradáveis e seus impulsos e suas sensações indesejadas. Eles pensam sobre elas, se preocupam com elas, as ressentem, as antecipam e as temem (p. 13).

O sofrimento pode estar ligado a uma série de experiências, entre elas, as experiências de violência. Não é incomum que revelações sobre isso surjam em algum momento do processo terapêutico. A violência é um problema estrutural, e é geralmente causada por distúrbios culturais, econômicos ou políticos, sendo um fenômeno social atemporal, e que afeta a saúde das comunidades em que se manifesta (Oliveira, 2019). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência como: o uso intencional de poder ou força física, real ou em ameaça, contra si mesmo, outra pessoa, ou contra um grupo/comunidade, que resulte ou tenha grande probabilidade de resultar em ferimentos, danos psicológicos, morte, deficiência de desenvolvimento ou privação (1996).

A violência pode ser expressa de várias formas, sendo uma delas a violência sexual. A violência sexual pode apresentar variadas topografias, e a OMS a definiu como todo ato sexual indesejável, ou atos para negociar ou usar a sexualidade de uma pessoa por meio de coerção (Krug et al., 2002). Passar por situações de violência sexual pode deixar marcas significativas

nos sobreviventes. Ela está associada a uma série de psicopatologias (Dworkin et al., 2017), revelando os altos custos desta forma de violência nos indivíduos.

O tema desta dissertação emergiu a partir do contato direto, na qualidade de psicóloga clínica, com a prática no consultório. Foi ouvindo diversas histórias sobre violência sexual que me vi diante da necessidade de me aprofundar no tema. Me recordo do meu espanto, no início da minha atuação clínica, ao me deparar – em algum momento do processo psicoterapêutico – , com tantas revelações sobre alguma forma de violência sexual. No contexto clínico, os eventos relatados podem ser recentes, ou até muito antigos na história de vida dos indivíduos (como em situações em que a violência ocorreu na infância). Com o passar do tempo, ficou cada vez mais claro que o problema era realmente maior do que eu imaginava. Talvez esse espanto inicial tenha se dado porque, enquanto sociedade, ainda falamos pouco sobre esse assunto, revelando um silenciamento que parece indicar que o tema ainda é tratado como um tabu.

Falar, portanto, sobre violência sexual, um tema tão delicado e invisibilizado, parece ser o primeiro passo para enfrentarmos essa atrocidade. Afinal, para lidar com a violência, precisamos primeiro encará-la, no sentido de reconhecer que ela existe, e não subestimar seu poder de alcance. A violência sexual não só existe, como é endêmica na nossa sociedade. As taxas de prevalência são assustadoras, e mesmo elas, não são capazes de mostrar o real tamanho do problema, já que a subnotificação é alta para crimes sexuais. Ferreira et al. (2023) estimam que apenas 8,5% dos casos de violência sexual são identificados pela polícia e 4,2% pelos sistemas de saúde, indicando que o número de estupros no Brasil poderia estar em torno 822 mil casos por ano.

A violência sexual foi associada ao aumento de risco do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) (Dworkin et al., 2017), sendo um transtorno especialmente prevalente em pessoas que sofreram esse tipo de evento (Dworkin, 2020). O TEPT tem como característica o

desenvolvimento de sintomas específicos após a exposição a um ou mais eventos traumáticos (American Psychiatric Association, 2022; World Health Organization, 2023). Atualmente, as intervenções recomendadas para seu tratamento incluem abordagens cognitivas e baseadas em exposição, e são focadas no trauma (Charney et al., 2018).

Entre as terapias recomendadas para TEPT em adultos está a Exposição Prolongada, Terapia Cognitivo-Comportamental, Terapia de Processamento Cognitivo e Terapia Cognitiva (American Psychological Association, 2017). No entanto, alguns autores indicam que essas abordagens, que possuem como componente comum a exposição, têm taxas significativas de abandono do tratamento (Foa et al., 2007; Imel et al., 2013; Resick et al., 2002).

A Terapia de Aceitação e Compromisso (sigla ACT, do inglês *Acceptance and Commitment Therapy*) (Hayes et al., 1999) é uma abordagem de intervenção contextual funcional que tem como objetivo aumentar a flexibilidade psicológica. Por ser transdiagnóstica, tem sido estudada para vários transtornos, com evidências preliminares de que é potencialmente eficaz para o TEPT, a despeito da escassez de estudos em larga escala (Bean et al., 2017). A ACT não tem como foco a exposição à memória traumática, e seu estudo pode ampliar o conhecimento a respeito de intervenções em TEPT (Imel et al., 2013).

Ainda sobre a prática clínica, destaca-se que também ficou evidente, a despeito de histórias de extremo sofrimento, a capacidade humana das pessoas se reerguerem e seguir em frente. Hayes e Smith (2022) discorrem sobre isso, quando afirmam:

Ao mesmo tempo, seres humanos demonstram uma enorme coragem, profunda compaixão e notável habilidade para seguir em frente, mesmo nas histórias pessoais mais difíceis. Apesar de saber que podem ser feridos, ainda amam uns aos outros. Mesmo sabendo que vão morrer, ainda se preocupam com o futuro. Mesmo enfrentando a falta de

sentido, ainda adotam ideais. Às vezes, os seres humanos estão totalmente vivos, presentes e comprometidos (p. 13).

Levando-se em conta os altos números de violência sexual no Brasil e, conseqüentemente, os altos números de pessoas com TEPT por violência sexual, estudos com esta população específica podem contribuir para o desenvolvimento de tratamentos mais eficazes, e melhores direcionamentos para o atendimento clínico. Esse trabalho, portanto, tem como objetivos apresentar o tema da relação entre violência sexual e TEPT, e sintetizar a literatura disponível sobre intervenções em ACT com sobreviventes de violência sexual.

Para discutir esses assuntos, essa dissertação foi dividida em dois estudos. O primeiro, intitulado “História do TEPT e Evolução das Menções à Violência Sexual em Edições do DSM”, fornece uma compreensão de trauma psicológico a partir do século XIX, e apresenta como o trauma por violência sexual foi tratado a partir de então até sua inserção enquanto evento traumático na categoria diagnóstica de TEPT do DSM. Para isso, foi consultada a literatura sobre trauma psicológico e analisada as menções à violência sexual nos textos de diagnósticos de TEPT do DSM-III ao DSM-V-TR.

O segundo estudo, intitulado “Intervenções em ACT com Sobreviventes de Violência Sexual: Uma Revisão Sistemática” buscou explorar, por meio de uma revisão sistemática, estudos com intervenções em ACT em pessoas com histórico de violência sexual.

Enquanto o primeiro estudo enfoca o trauma por violência sexual na categoria diagnóstica de TEPT, o segundo busca investigar uma intervenção — como uma possível alternativa às atuais terapias recomendadas pela APA — para seu tratamento.

Após a apresentação dos dois estudos, foram feitas considerações gerais sobre as principais questões discutidas na dissertação, enfatizando os pontos críticos relacionados à violência sexual que demandam a atenção dos terapeutas nos atendimentos clínicos.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5 text revision). APA.
- American Psychological Association. (2017). *Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults* [dataset]. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/e501872017-001>
- Bean, R., Ong, C., Lee, J., & Twohig, M. (2017). Acceptance and commitment therapy for PTSD and trauma: An empirical review. *The Behavior Therapist*, *40*, 145–150. https://digitalcommons.usu.edu/psych_facpub/1443
- Charney, M. E., Hellberg, S. N., Bui, E., & Simon, N. M. (2018). Evidenced-Based Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Updated Review of Validated Psychotherapeutic and Pharmacological Approaches. *Harvard Review of Psychiatry*, *26*(3), 99–115. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000186>
- Conte, F. C. de S. (2010). Reflexões sobre o sofrimento humano e a análise clínica comportamental. *Temas em Psicologia*, *18*(2), 385–398. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-389X2010000200013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Dworkin, E. R. (2020). Risk for Mental Disorders Associated With Sexual Assault: A Meta-Analysis. *Trauma, Violence & Abuse*, *21*(5), 1011–1028. <https://doi.org/10.1177/1524838018813198>
- Dworkin, E. R., Menon, S. V., Bystrynski, J., & Allen, N. E. (2017). Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *56*, 65–81. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.06.002>
- Ferreira, H., Coelho, D. S. C., Cerqueira, D. R. de C., Alves, P., & Semente, M. (2023). Elucidando a prevalência de estupro no Brasil a partir de diferentes bases de dados. *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA*. <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/11814>
- Hayes, S. C., & Smith, S. (2022). *Saia da Sua Mente e Entre na Sua Vida: A Nova Terapia de Aceitação e Compromisso* (A. B. C. Machado, B. D. Bellini, M. S. Dillenburg, & N. Boff, Trans.). Sinopsys Editora.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change* (p. xvi, 304). Guilford Press.

- Imel, Z. E., Laska, K., Jakcupcak, M., & Simpson, T. L. (2013). Meta-analysis of Dropout in Treatments for Post-traumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(3), 394. <https://doi.org/10.1037/a0031474>
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). *World Report on Violence and Health*. World Health Organization.
- Oliveira, K. V. B. de. (2019). A subnotificação enquanto característica marcante do estupro no contexto brasileiro. *Revista FIDES, 10*(2), Art. 2. <http://revistafides.ufrn.br/index.php/br/article/view/400>
- World Health Organization. (1996). *Global Consultation on Violence and Health. Violence: A public health priority*. World Health Organization. (document WHO/EHA/SPI. POA.2)
- World Health Organization. (2023). *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics—Eleventh Revision (ICD-11)—Version: 01/2023*. <https://icd.who.int/browse11/1-m/en>

ESTUDO 1

História do TEPT e Evolução das Menções à Violência Sexual em Edições do DSM

O diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) foi incluído na terceira edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais* (DSM-III), publicado em 1980 (American Psychiatric Association [APA], 1980), enquanto o diagnóstico de TEPT Complexo passou a ser reconhecido apenas na 11ª revisão da *Classificação Internacional de Doenças* (CID-11), adotada em 2019 (World Health Organization [WHO], 2023). Apesar de serem diagnósticos relativamente novos, a história destes distúrbios é mais antiga. Há séculos se reconhecem os problemas que o trauma pode causar nos indivíduos, e podemos encontrar na literatura retratos de traumas causados pelas mais variadas adversidades, como guerras, acidentes, e violência (Lamprecht & Sack, 2002; Ray, 2008). Como exemplo, Kucmin et al. (2016) nos lembram de Homero, escritor que já na Antiguidade descreveu as consequências do trauma. Em *A Odisseia*, ele apresenta Odisseu, que sente culpa por sobreviver à Guerra de Troia, e sofre com lembranças traumáticas recorrentes do campo de batalha. Em *Ilíada*, outro poema épico de Homero, o autor descreve experiências de estresse de combate e as reações aos traumas adquiridos por soldados (Kucmin et al., 2016; Shay, 1991). William Shakespeare também entrou na temática, como pode ser visto em *Macbeth*. Nesta obra, tanto o protagonista quanto Lady Macbeth, sua esposa, apresentam transtornos semelhantes ao TEPT após o assassinato de Duncan, o rei da Escócia. Entre os sintomas do trauma, Lady Macbeth passa a ter lembranças intrusivas, flashbacks, sente as mãos sempre sujas de sangue, e morre por suicídio (Kucmin et al., 2016).

Um exemplo de registros sobre trauma pode ser encontrado em Pepys (1970), que foi um escriturário inglês que manteve um diário privado, entre 1660 e 1669, e testemunhou o Grande Incêndio de Londres, em 1666. No diário, ele descreve sua experiência e as

consequências deste evento traumático, como os pensamentos intrusivos que passou a ter. Seis meses após o Grande Incêndio, ele registrou: “é estranho pensar como até hoje não consigo dormir uma noite sem grandes terrores de fogo; e nesta mesma noite não consegui dormir até quase 2 da manhã com pensamentos de fogo” (Daly, 1983, p.66). Além de descrever a horrível experiência do incêndio, hoje provavelmente poderíamos chamar de TEPT os sintomas descritos por Pepys após o evento traumático (Daly, 1983; Kucmin et al., 2016). A literatura também traz exemplos de como lidar com o trauma, como acontece no romance *Oliver Twist*, de Charles Dickens, que conta a história de um menino órfão, e as dificuldades e aventuras que ele enfrenta em sua jornada (Lamprecht & Sack, 2002).

Apesar dos exemplos retratados na literatura, parece haver uma inconstância no interesse pelo assunto do trauma psicológico no decorrer do tempo. Como aponta Herman (1992/2015), o estudo do trauma psicológico é marcado por uma “amnésia episódica”, uma vez que há, ao longo da história, alternância entre períodos de investigação ativa com períodos de esquecimento. Segundo ela, tal amnésia intermitente não se dá pela falta de interesse no assunto, mas sim porque o tema provoca tanta controvérsia que, de tempos em tempos, se torna abominável. Isso porque estudar o trauma psicológico nos faz entrar em contato com acontecimentos horríveis, uma vez que significa enfrentar tanto nossa vulnerabilidade humana diante do mundo natural (a exemplo de desastres naturais), quanto a nossa capacidade, na natureza humana, para o mal (Herman, 1992/2015). Essas amnésias, ou períodos em que o conhecimento já bem estabelecido era esquecido abruptamente, mostram como a psiquiatria poderia ficar fascinada com o tema do trauma e, em outros momentos, demonstrar descrença sobre a relevância das histórias dos pacientes (Van Der Kolk et al., 1994).

Este estudo tem como objetivos: (1) apresentar a compreensão de trauma psicológico até seus desdobramentos em categorias diagnósticas de TEPT e TEPT Complexo; e (2)

apresentar as diferentes menções à violência sexual nos textos de TEPT do DSM-III ao DSM-5-TR.

Para isso, a partir do que a literatura sobre trauma psicológico indica como seus principais eventos, será apresentado um panorama da compreensão de trauma a partir do século XIX, com os acidentes ferroviários. Em seguida, para tratar da compreensão contemporânea do trauma psicológico, será utilizada a descrição de Herman (1992/2015) das três vezes em que, no século XX, uma forma particular de trauma tomou a consciência pública, sendo: a histeria; o choque de guerra ou neurose de combate; e a terceira, e mais recente, a violência sexual e doméstica.

O Transporte Ferroviário e *Railway Spine*

Com os avanços tecnológicos da Revolução Industrial, surgiu o transporte ferroviário na Grã-Bretanha, no século XIX. Naquela época, porém, havia pouca proteção para os passageiros, as estruturas eram de madeira e os vagões eram frágeis. Com isso, as viagens com frequência eram desconfortáveis, uma vez que os vagões balançavam muito nos trilhos, além de que os acidentes ferroviários eram frequentes (Lasiuk & Hegadoren, 2006).

Os acidentes ferroviários marcam um lugar importante na história do trauma. Em meados e nos anos finais do século XIX, consequências passaram a ser observadas nas vítimas do transporte ferroviário. Sobreviventes que não tinham ferimentos físicos aparentes relatavam efeitos estranhos em seus nervos (Luckhurst, 2013). Uma das vítimas de acidente ferroviário foi Charles Dickens, que escapou por pouco da morte em 1865, quando o trem em que viajava de Folkestone para Londres descarrilou. Dickens passou a desenvolver sintomas do trauma, chegando a perder a voz por quase duas semanas, além de ter tremores e, mesmo após um ano, notou ter acessos de terror. Sua filha e seu filho relataram que ele parecia estar em uma espécie de transe, e que não percebia a presença de outras pessoas (Matus, 2001). Harrington (2001)

destaca que os acidentes ferroviários, naquele momento, não eram apenas agentes de experiências traumáticas individuais, mas que passaram a ser causa de um trauma coletivo sobre segurança e massacre ferroviário na sociedade da época. Portanto, para o autor, junto com a própria ferrovia moderna, o acidente ferroviário também foi produto do século XIX industrial.

Harrington (2001) aponta que a *The Lancet* foi a responsável pela primeira contribuição significativa sobre o assunto, em um relatório de oito partes sobre “A influência das viagens ferroviárias na saúde pública”, publicado entre os meses de janeiro e março de 1862. Essas publicações precederam o artigo “On railway and other injuries of the nervous system” (Erichsen, 1866), do cirurgião britânico John Eric Erichsen, que é normalmente considerado o médico pioneiro nessa temática. Sendo lançado quatro anos antes, o relatório da *The Lancet* inicia os debates médicos sobre a *railway spine* (Harrington, 2001). Erichsen atribuiu as anormalidades psicológicas após os acidentes ferroviários a causas orgânicas. Para ele, a causa seria microtraumas na medula espinhal, levando ao conceito de síndrome da *railway spine* (Lamprecht & Sack, 2002). Apesar de ser considerado o criador deste termo, Erichsen o rejeitou e falou de uma “concussão da coluna vertebral” (Schmiedebach, 2022). Portanto, nestes casos, tratava-se de lesão por concussão espinhal, na qual gerava dano à substância da medula espinhal (Erichsen, 1866). Apesar de a explicação de causa orgânica dada por Erichsen ter ganhado aceitação popular, ela também sofreu críticas. Entre elas, de Herbert Page, cirurgião da London and North Western Railway, que se apoiou em estudos de patologia *post mortem* em que não havia evidências de lesões orgânicas (Luckhurst, 2013). Para Page, o acidente ferroviário era capaz de induzir ao colapso e à doença nervosa, uma vez que o medo era suficiente, por si só, para causar um choque severo ao sistema nervoso (Harrington, 2003). Hermann Oppenheim, em 1889, cunhou o termo “neurose traumática”, que para ele era um problema funcional produzido por mudanças moleculares sutis no sistema nervoso central

(McFarlane & Kilpatrick, 2021). O termo “trauma”, que era, até então, exclusivamente utilizado em cirurgia, passou a ser introduzido na psiquiatria (Lamprecht & Sack, 2002).

Havia um contexto médico-legal envolvido na questão das investigações sobre a etiologia das lesões. Com os acidentes ferroviários, passageiros que foram vítimas e se sentiram prejudicados começaram a pedir indenizações contra as companhias ferroviárias. Eles eram incentivados por advogados, já que estes enxergavam potencial de ganhos praticamente sem riscos, de modo que o número de litígios, que começou no final da década de 1840, teve um grande aumento de casos durante 1850 e 1860 (Harrington, 2001). Com isso, tornou-se uma questão prioritária que médicos especialistas especificassem a real natureza das lesões alegadas, levando em consideração possíveis fraudes e reivindicações exageradas (Gasquoine, 2020).

Destaca-se que a era ferroviária não foi a responsável pelo desenvolvimento de um novo transtorno — que resultava no relato de sintomas, mas sem evidência de qualquer lesão física —, e os médicos que escreviam sobre a *railway spine* deixavam isso claro. Incidentes concussivos já ocorriam antes da Era Industrial, e o que havia de novo, portanto, era a grande quantidade de vítimas dos acidentes ferroviários, bem como o contexto cultural em que esses casos se desenvolveram (aparecendo nos discursos médicos e jurídicos da época) (Gasquoine, 2020; Harrington, 2003). Luckhurst (2013) defende que essa versão inaugural do trauma é um conceito essencialmente da modernidade, uma vez que desde seu início é um problema médico-legal, sendo um efeito do surgimento da sociedade profissional do século XIX.

Histeria

Nos debates sobre *railway spine* surgiu a questão sobre sua relação com a histeria, principalmente quando mulheres estavam envolvidas (Lasiuk & Hegadoren, 2006). A palavra “histeria”, em sua etimologia, é originada da palavra em grego *ὑστέρα*, *hysterá*, que se refere a

útero. Desde a Antiguidade, a histeria foi relacionada como uma doença com origem no útero, revelando o quanto, durante a história da humanidade, este fenômeno foi relacionado à sexualidade feminina (Schmitz, 2021). Segundo Micale (1989), “durante séculos, a histeria serviu como uma metáfora médica dramática para tudo o que os homens consideravam misterioso ou incontrolável no sexo oposto” (p. 320).

A histeria se tornou um importante foco de investigação durante duas décadas no final do século XIX. Jean-Martin Charcot foi um neurologista francês reconhecido pelos estudos da histeria, e figuras como Sigmund Freud, William James e Pierre Janet viajavam à Paris para estudar com ele no hospital de Salpêtrière (Herman, 1992/2015), que além de ser o maior asilo da França, era também um hospital geral para mulheres (Sypniewski, 2022).

Charcot adotou uma abordagem taxonomista para estudar a histeria, enfatizando a observação cuidadosa, descrição e classificação. Ele se concentrou nas perdas sensoriais, amnésias, convulsões e paralisias motoras, sintomas da histeria que se assemelhavam a danos neurológicos e, em 1880, demonstrou que tais sintomas eram psicológicos, uma vez que, por meio do uso da hipnose, podiam ser induzidos artificialmente e aliviados. Seguidores de Charcot, como Janet e Freud, tinham a ambição de superar seu trabalho, demonstrando a causa da histeria. Diferentemente do mestre, perceberam que não bastava observar e classificar as histéricas, mas que era necessário conversar com elas, de modo que por uma década ouviram, com respeito e devoção, as mulheres (Herman, 1992/2015).

O encontro de Sigmund Freud (1856-1939) com Jean-Martin Charcot (1825-1893) ocorreu entre 1885 e 1886, e inaugura o que mais tarde será chamado de psicanálise. A psicanálise surge, portanto, como uma tentativa de tratar sintomas que apareciam principalmente em mulheres e que, aparentemente, não tinham causa orgânica. No mesmo ano em que deixa Paris, Freud abre um consultório particular em Viena (Bogousslavsky, 2020). Segundo Sypniewski (2022),:

A histeria está presente nessa cena inaugural: não apenas nas mulheres que frequentavam o Hospital Salpêtrière, em Paris, mas também, e especialmente, em suas pacientes, que de alguma forma se dirigiam aos médicos com a demanda de um saber sobre seus sofrimentos. Assim, a mulher histérica se torna uma inspiração para o então jovem Freud (p. 9).

Como resultado de tais investigações, Janet (na França) e Freud, com seu colaborador Joseph Breuer (em Viena), chegaram, em meados da década de 1890, a formulações semelhantes de que a causa da histeria era o trauma psicológico. Quando os eventos traumáticos geravam reações emocionais que não podiam ser suportadas, produzia-se um estado alterado de consciência que, por sua vez, induzia os sintomas histéricos (Herman, 1992/2015).

Freud e Janet entendiam que os sintomas da histeria se davam devido às representações disfarçadas de eventos muito dolorosos que foram banidos da memória. Para Janet, as memórias do trauma eram transformadas em “ideias fixas subconscientes” (Bogousslavsky, 2020). A base da psicoterapia moderna se deu quando, em meados de 1890, esses investigadores também descobriam que quando as memórias traumáticas, assim como os sentimentos intensos associados a elas, eram recuperados e colocados em palavras, os sintomas histéricos podiam ser aliviados (Herman, 1992/2015).

De acordo com Herman (1992/2015), Freud passou a aprofundar sua investigação, o que levou a explorar a vida sexual das mulheres. De modo a seguir o fio da memória, houve muitas revelações de eventos traumáticos da infância de seus pacientes, como abusos, agressão sexual e incesto. Em 1895, é publicado o livro *Estudos sobre a Histeria*, de Freud, com coautoria de Josef Breuer (1842-1925), no qual há a afirmação de que “o histérico sofre sobretudo de reminiscências” (Breuer & Freud, 1893-1895/2016). Neste livro são descritos cinco casos clínicos, nos quais a sexualidade tem um papel fundamental, aparecendo como

fonte dos traumas (Breuer & Freud, 1893-1895/2016; Sypniewski, 2022). Segundo Lerner e Micale (2001), assim como Freud e Breuer fizeram nos cinco casos descritos em *Estudos sobre a Histeria* (1895), Janet, em *L'Automatisme psychologique* (1889), seu doutorado em filosofia, e em *L'État mental des hystériques* (1894), sua tese médica, escreveu principalmente sobre pacientes do sexo feminino, nas quais frequentemente as experiências que elas desejavam ocultar envolviam estupro, sedução ou incesto. Para Lerner e Micale (2001), os dois trabalhos de Janet incluem histórias de casos extensas e ricas do ponto de vista clínico.

Em 1896, Freud publica um relatório com dezoito estudos de caso, nominado como “A Etiologia da Histeria”, apresentando a tese de que ocorrências de abuso sexual nos primeiros anos da infância estavam nas raízes de cada caso de histeria:

Exponho, portanto, a tese de que, na base de todos os casos de histeria, *há uma ou mais ocorrências de experiência sexual prematura*, ocorrências estas que pertencem aos primeiros anos da infância, mas que podem ser reproduzidas através do trabalho da psicanálise a despeito das décadas decorridas no intervalo. Creio que essa é uma descoberta importante, a descoberta de uma *caput Nili* na neuropatologia; mas é-me difícil saber que ponto de partida devo tomar para o prosseguimento de minha discussão deste assunto. Deverei apresentar-lhes o material real que obtive em minhas análises? Ou deverei primeiro tentar fazer face à multidão de objeções e dúvidas que, como é seguramente acertado supor, deve agora ter-se apossado de sua atenção? Escolherei esse último caminho; talvez possamos então examinar os fatos com mais calma (Freud, 1896/2011a).

Ainda em “A Etiologia da Histeria”, Freud afirma que uma forma de provar a autenticidade das experiências sexuais infantis seria a partir da confirmação, por outra pessoa,

das declarações de quem estivesse sendo analisado. As duas pessoas, portanto, deveriam ter participado de uma mesma experiência na infância (Freud, 1896/2011a). Freud relatou ter tido evidências que corroboravam o abuso sexual de três pacientes. Em uma das situações, duas pacientes acusaram um agressor em comum; enquanto em outro caso o irmão de uma de suas pacientes confirmou o abuso sofrido por ela (Bogousslavsky & Dieguez, 2014; Freud, 1896/2011a). Segundo Freud (1896/2011a),

Num dos casos, foi o irmão (que permanecera sadio) que confirmou, voluntariamente não, é verdade, suas experiências sexuais precoces com a irmã (que era a paciente), mas, pelo menos, a existência de cenas desse tipo em época posterior de sua infância, e o fato de ter havido relações sexuais ainda mais cedo. No outro caso, deu-se que duas mulheres que eu estava tratando haviam mantido, na infância, relações sexuais com o mesmo homem, havendo certas cenas ocorrido *à trois*. Um sintoma específico, derivado desses eventos infantis, havia surgido em ambas as mulheres, como prova de sua experiência em comum (p. 123).

A teoria de Freud de que o trauma original e determinante da histeria se dava como uma cena de sedução sofrida passivamente na infância (Sypniewski, 2022) foi recebida com descrença e descaso pela Sociedade de Psiquiatria, após sua apresentação em uma conferência (Azevedo & Amaral, 2021). A sexualidade como causa da neurose, enfatizada por Freud em “A Etiologia da Histeria”, não foi bem recebida pela conservadora Viena (Wilson, 1994), e o reconhecimento que o autor esperava com sua descoberta não aconteceu (Herman, 1992/2015). Dentro de um ano, ele abandona a teoria traumática como origem da histeria, o que, para Herman (1992/2015), representa uma preocupação de que sua hipótese teria implicações sociais radicais. Isso porque, como os casos de histeria eram muito comuns, se as histórias das

pacientes fossem verdade, isso levava a conclusão de que a perversão contra as crianças era endêmica. Com isso, a situação não se restringiria apenas ao proletariado de Paris, cidade em que Freud realizou os primeiros estudos sobre a histeria, mas também com as respeitáveis famílias burguesas de Viena, local em que se estabeleceu e atuou. Essa ideia, portanto, era inaceitável, uma vez que estava além de sua credibilidade. A esse ponto, ao ser colocado frente a esse dilema, Freud parou de ouvir suas pacientes, chegando a concluir, na primeira década do século XX, que eram falsos os relatos de violência sexual na infância de pacientes histéricos (mesmo sem apresentar qualquer documentação clínica sobre isso) (Herman, 1992/2015). Em “Autobiografia”, Freud (1925/2011b) afirma:

Antes de prosseguir na abordagem da sexualidade infantil, devo lembrar um erro em que incidi por algum tempo e que quase se tornaria funesto para todo o meu trabalho. Sob a pressão do procedimento técnico que eu usava na época, a maioria dos pacientes reproduzia cenas da infância cujo conteúdo era a sedução sexual por um adulto. Nas mulheres o papel do sedutor cabia quase sempre ao pai. Dei crédito a essas comunicações e supus que havia encontrado a fonte da futura neurose nessas vivências de sedução sexual na infância. Reforçaram minha confiança alguns casos em que tais relações com o pai, um tio ou um irmão mais velho haviam se prolongado até uma idade em que a recordação é segura. [...] Quando fui obrigado a reconhecer que tais cenas de sedução não haviam jamais ocorrido, eram apenas fantasias que meus pacientes tinham inventado, que talvez eu próprio lhes havia imposto, fiquei desorientado por algum tempo (p. 95).

O contexto político e social, tanto de Viena quanto de Paris, portanto, não apoiou as descobertas de Freud, não importando o quão válidos fossem seus argumentos e observações.

Uma única possível fonte de apoio intelectual seria do movimento feminista, mas este ainda era incipiente, além de que era impensável para um homem como Freud, tanto pela ambição profissional quanto pelas convicções políticas (Herman, 1992/2015).

Herman (1992/2015) enfatiza que a psicanálise, portanto, foi fundada negando-se a realidade feminina. Embora ainda considerasse a sexualidade como o foco de sua investigação, a psicanálise invisibilizou a experiência real das mulheres, ou seja, o contexto em que as relações sexuais ocorriam, e se tornou um “estudo das vicissitudes internas da fantasia e do desejo, dissociadas da realidade da experiência” (p. 25). Em “Autobiografia”, Freud (1925/2011b) afirma “que os sintomas neuróticos não se ligavam diretamente a vivências reais, e sim a fantasias envolvendo desejos, e que para a neurose a realidade psíquica significava mais que a realidade material” (p. 96). Freud, portanto, passou a defender que a despeito das reclamações das mulheres sobre abusos sofridos, elas na realidade imaginavam e desejavam tais encontros sexuais abusivos.

Primeira Guerra Mundial e *Shell Shock*

Outro momento em que o trauma psicológico tomou a consciência pública se deu por conta dos horrores da Primeira Guerra Mundial, que em quatro anos deixou 8 milhões de mortos (Herman, 1992/2015). Logo no começo da guerra já havia registros de baixas psiquiátricas em números que ninguém havia previsto (Crocq & Crocq, 2000). Nesta guerra de trincheiras os soldados ficavam mais vulneráveis, por ficarem relativamente imóveis, e as técnicas de combate acabaram por introduzir novos tipos de estresse de combate que inexistiam em guerras precedentes. Como exemplo dessas técnicas, houve uma forte exposição a ameaças letais, como tiros de metralhadora, tanques, minas terrestres, gás venenoso e ataques de morteiros, de modo que as taxas de mortalidade foram assustadoras, e os soldados conviviam diariamente com a morte de amigos, e com a possibilidade da própria morte (Andreasen, 2011).

Diante destas circunstâncias, observou-se que muitos soldados começaram a agir como pacientes com histeria, com gritos e choros incontroláveis, perda de memória e capacidade de sentir, podendo também “congelar” e não se mover, e até ficarem mudos (Herman, 1992/2015).

Foi neste contexto que começaram a surgir indagações sobre os efeitos de concussões em soldados expostos à explosão de projéteis e, assim como os debates sobre a *railway spine*, a dúvida era se essas consequências tinham como causa o efeito físico da explosão, ou a ameaça à vida e de ferimentos (McFarlane & Kilpatrick, 2021). Os efeitos da guerra nos combatentes levaram à formulação do conceito *shell shock*. O primeiro uso em que se há registro deste termo foi em um artigo publicado na *The Lancet* em 1915 por Charles S. Myers, um psicólogo consultor dos exércitos britânicos na França na Primeira Guerra Mundial (Loughran, 2012; Myers, 1915). Embora Myers reconheça não ser o criador do termo, ele afirmou, mais tarde, que deve ter sido um dos primeiros a utilizá-lo (Myers, 1940), já que, anteriormente, publicações de relatos sobre sintomas de colapsos nervosos e mentais em combatentes durante a guerra utilizavam outras nomenclaturas (incluindo simplesmente “choque”) (Loughran, 2012). Em seu artigo, Myers descreve três casos que apresentaram perda de memória, visão, olfato e paladar, e conclui que há uma relação dos casos com a histeria (Myers, 1915). Não é oferecido, nesta publicação, uma conclusão sobre a causa dos sintomas (se foi por algum dano físico ao sistema nervoso ou por uma reação psicológica ao evento), mas a utilização do termo *shell shock* conectava esses sintomas aos efeitos deletérios da guerra moderna (Loughran, 2012).

Inicialmente pensava-se que a síndrome *shell shock* era uma consequência da exposição à artilharia intensa, e só posteriormente os clínicos reconheceram que os sintomas se deviam ao estresse da experiência de combate (Andreasen, 2010). Descobriu-se que também havia sido encontrada em soldados que não participaram de combates, e então houve uma diferenciação entre *shell concussion*, que seria um distúrbio neurológico resultado por uma lesão física, e a

síndrome *shell shock*, que seria causada por um estresse extremo (Myers, 1940). Com isso, esse estresse emocional extremo foi responsável por produzir uma síndrome neurótica semelhante à histeria nos combatentes (Herman, 1992/2015).

Como soldados com *shell shock* precisavam ser removidos do campo de batalha para evitar mais danos, e com o crescente número de baixas, tornou-se uma preocupação dos serviços médicos manter a força de combate (McFarlane & Kilpatrick, 2021). A instituição militar foi relutante no reconhecimento da doença psicológica como algo que não fosse covardia ou simulação, mostrando que a noção de trauma psicológico teve de enfrentar as condições institucionais daquele momento histórico (Luckhurst, 2013). Psiquiatras alemães liderados por Emil Kraepelin (1856 – 1926), que é considerado um dos psiquiatras mais influentes dos nossos tempos, decidiram, em 1916, que não era do interesse nacional um diagnóstico de neurose traumática, de modo a tentar limitar concessões de compensações que pudessem levar ao aumento de casos e reclamações (Crocq & Crocq, 2000; McFarlane & Kilpatrick, 2021). Tal decisão se deu pelo fato de que, dependendo do nome dado ao sofrimento do soldado, isso determinaria para onde ele seria enviado, qual tratamento receberia, e quais suas chances em receber uma pensão (Loughran, 2012).

Loughran (2012) nos alerta para o cuidado em não igualar *shell shock* ao trauma de guerra, embora ele esteja relacionado e seja uma manifestação deste. Para o autor, o que define o *shell shock* é sua própria ambiguidade etiológica, uma vez que sofreu muitas alterações durante a Primeira Guerra, sendo considerado como um tipo de concussão, como uma resposta fisiológica ao medo prolongado ou como uma reação psicológica à guerra. Portanto, é importante que o *shell shock* seja reenquadrado como uma doença histórica, pois isso permite compreender o que ele significou no passado. Segundo Loughran (2012), “todas as categorias diagnósticas são construções históricas, sejam elas quais forem” (p. 100).

Poucos anos após a Primeira Guerra Mundial, o interesse médico pelo trauma psicológico foi desaparecendo, mostrando o quanto sua presença se tornou embaraçosa, e a sociedade civil estava ansiosa por esquecer — mesmo com grande número de casos de homens com doenças psiquiátricas nos hospitais de veteranos (Herman, 1992/2015). O interesse foi sendo novamente despertado com a Segunda Guerra Mundial e, ao invés de *shell shock*, recebeu diferentes nomes, como: neurose traumática de guerra, reação grosseira ao estresse, fadiga de combate e estresse de batalha (Andreasen, 2010).

Abram Kardiner (1891–1981) foi um psiquiatra americano que escreveu o que alguns autores consideram ser o livro do pós-guerra mais importante sobre os danos psicológicos em veteranos da Primeira Guerra Mundial, apesar de sido publicado apenas em 1941, quando já estava ocorrendo a Segunda Guerra Mundial (Horwitz, 2018). Kardiner foi um analisando de Freud, e em um primeiro momento tentou criar uma teoria de neurose traumática que fosse baseada na teoria psicanalítica do desejo sexual reprimido, mas não obteve sucesso (Lamprecht & Sack, 2002). Ele iniciou sua carreira tratando veteranos americanos traumatizados da Primeira Guerra Mundial, e com o início da Segunda Guerra, reavaliou suas observações clínicas, publicando, em 1941, *As Neuroses Traumáticas de Guerra* (Kardiner, 1941), que continha descrições muito detalhadas. Segundo Van Der Kolk (2007), isso o fez ser considerado a principal figura na definição do TEPT para o restante do século XX.

Kardiner observou que pessoas com “neuroses traumáticas” desenvolviam hipervigilância e hipersensibilidade às ameaças ambientais, afirmando que o núcleo da neurose é uma fisioneurose (Van Der Kolk, 2007). Também observou que os soldados com neurose de guerra muitas vezes apresentavam esquecimentos do evento traumático, apesar de ainda se comportarem como se estivessem no meio deles, o que interpretou como uma tentativa de proteção da integridade do ego (Lasiuk & Hegadoren, 2006). Algumas outras observações incluía o fato de que a memória traumática podia ser generalizada e desencadeada por vários

eventos, além de que a pessoa com neurose traumática poderia ter uma concepção alterada de si em relação ao mundo, e apresentar reações explosivas e irritabilidade (Van Der Kolk, 2007). Apesar de a formulação de neurose de guerra de Kardiner lembrar a formulação de Janet sobre a histeria — e de reconhecer ser, de fato, uma forma desta —, ele notou que o termo tinha se tornado pejorativo, relutando em utilizá-lo (Herman, 1992/2015).

Com a experiência com soldados da Segunda Guerra Mundial, Kardiner revisou seu livro clássico e publicou, em 1947, com colaboração de Herbert Spiegel, psiquiatra que havia acabado de retornar do tratamento de homens no front (Crocq & Crocq, 2000; Herman, 1992/2015), uma edição revisada, com o título *War Stress and Neurotic Illness* (Kardiner & Spiegel, 1947). Kardiner lamentou a perda de interesse e falta de um estudo contínuo sobre o tema do trauma psicológico, destacando que são feitos apenas esforços periódicos (Herman, 1992/2015; Kardiner & Spiegel, 1947), o que pode ser averiguado nos vários anos que se passaram até a neurose traumática ser redescoberta com a Guerra do Vietnã e com surgimento do movimento feminista (Van Der Kolk, 2000).

Nosologia da Psiquiatria Moderna

O início da nosologia psiquiátrica remonta à Antiguidade, e no século XIX foi acelerada com os nosologistas europeus. Enquanto os franceses tiveram domínio neste campo na primeira metade do século XIX (com nomes como Philippe Pinel e Etienne Esquirol), na segunda metade foram os classificadores alemães que dominaram a área e, na década de 1920, a língua internacional da psiquiatria era o alemão. Entre esses classificadores, destaca-se Emil Kraepelin (1856 – 1926), que foi professor de psiquiatria em Heidelberg e depois em Munique, antes da Primeira Guerra Mundial (Shorter, 2015). Kraepelin era um clínico psiquiátrico que mantinha minuciosos registros e documentava informações de milhares de pacientes, e sua classificação é reconhecida como um divisor de águas no campo da nosologia psiquiátrica

(Aftab & Ryznar, 2021). Em 1883, ele publicou a primeira edição do livro *Compêndio de Psiquiatria: Para Uso de Estudantes e Médicos* (Kraepelin, 1883), que foi concluída na oitava edição — que contava com 5 volumes, e foram publicados entre os anos de 1909 e 1915 (Shorter, 2015). As duas principais entidades classificadas por Kraepelin foram a *dementia praecox* (mais tarde chamada de “esquizofrenia”) e “insanidade maníaco-depressiva”, e um de seus feitos mais significativos foi direcionar a atenção para o curso e resultado dos transtornos mentais, e não apenas para os sintomas visíveis. A duradoura influência diagnóstica de Kraepelin consistiu na ênfase dada ao que os diferentes pacientes compartilhavam, ou seja, aos processos patológicos, de modo a desviar o foco das circunstâncias únicas dos casos (Horwitz, 2021).

Na América do século XIX, a maioria dos psiquiatras não demonstrava grande interesse por nosologias que categorizassem as doenças mentais de maneira muito rígida e formal, além de que concebiam as doenças de forma individualizada, em vez de adotar uma abordagem mais generalista (Grob, 1991). No início do século XX, segundo Horwitz (2021), os psiquiatras norte-americanos continuaram a demonstrar menos interesse na nosologia do que seus colegas europeus, e o modelo kraepeliniano de doenças específicas não foi aceito de imediato nos Estados Unidos. O cenário da psiquiatria nos Estados Unidos começou a mudar por conta das exigências do censo, já que, em 1908, o Bureau of the Census (agência do governo dos EUA responsável pelos dados demográficos e econômicos da população) solicitou à American Medico-Psychological Association que organizasse um comitê sobre nomenclatura de doenças, de modo a facilitar a coleta de dados (Shorter, 1997). Acreditava-se que a coleta de dados sobre doentes mentais institucionalizados poderia ajudar o poder público na administração dos sistemas hospitalares, e o envolvimento do Bureau of the Census indicava a preocupação fora da psiquiatria com a imprecisão das categorias diagnósticas (Grob, 1991).

Nosologias Precursoras do DSM-I

Após a solicitação do Bureau of the Census, a American Medico-Psychological Association (renomeada como American Psychiatric Association, em 1921) criou, em 1913, um Comitê de Estatística e, em 1917, seus membros expressaram a necessidade em estabelecer um sistema sólido para coletar informações sobre hospitais psiquiátricos e doenças mentais (Grob, 1991). A classificação dos transtornos mentais, naquela época, estava em caos, de modo que não possibilitava a coleta de dados significativos (Sanders, 2011). Em 1918, a American Medico-Psychological Association publicou, em colaboração com o Comitê Nacional de Higiene Mental, o que seria a sua primeira tentativa de criação de uma nomenclatura padronizada das condições psicopatológicas, o *Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane*. O manual continha 22 categorias (sendo a maioria de psicoses), e alguns autores o consideram como o antecessor do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (sigla DSM, do inglês *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) (e.g. Horwitz, 2021; Kawa & Giordano, 2012).

Destaca-se que, naquele momento, a maioria dos psiquiatras trabalhava em hospitais psiquiátricos, e seu número em ambientes não institucionais era insignificante (Grob, 1991). Portanto, o manual refletia as condições que eram encontradas em populações institucionalizadas. Além disso, a abordagem de classificação tinha uma orientação biológica, ou seja, ligava os comportamentos anormais às questões orgânicas, como disfunções cerebrais (Kawa & Giordano, 2012).

A adoção de uma nosologia psiquiátrica padronizada gerou críticas, sendo Adolf Meyer o principal oponente. Meyer foi o psiquiatra americano mais proeminente durante a primeira metade do século XX, e entre 1910 e 1941 treinou várias gerações de psiquiatras americanos na universidade Johns Hopkins, além de ter sido presidente da American Psychiatric Association (APA). Ele se opunha a uma nosologia kraepeliniana, pois defendia que o elemento

mais importante na etiologia dos transtornos mentais era a história de vida do indivíduo. Apesar das críticas, o *Statistical Manual* se tornou a nosologia definitiva dos anos entre guerras, tendo um total de dez edições de 1918 e 1942. As edições continuaram a manter uma visão de base biológica na maioria dos transtornos mentais (Grob, 1991; Horwitz, 2021). Destaca-se que a preocupação dos psiquiatras da época com relação ao sistema de classificação do *Statistical Manual*, que continha categorias bem gerais, era apenas marginal. Isso porque o principal objetivo era de facilitar a coleta de dados em hospitais psiquiátricos, e não de fornecer diagnósticos definitivos para ser utilizado em terapias específicas (Horwitz, 2021).

Segundo Shorter (2015), de modo a aumentar a confusão, em 1933, outra classificação foi publicada, a *Standard Classified Nomenclature of Disease* (Logie, 1933). A iniciativa partiu da Academia de Medicina de Nova York, que reuniu todas as especialidades médicas para a National Conference on Nomenclature of Disease, com o objetivo de organizar uma nosologia aceita nacionalmente (Shorter, 1997). No que diz respeito a diagnósticos psiquiátricos, em *Standard Classified Nomenclature of Disease* havia apenas uma lista, na seção “Doenças da Unidade Psicobiológica”.

Segunda Guerra Mundial e Medical 203

A Segunda Guerra Mundial foi um divisor de águas no que diz respeito à história do cuidado e tratamento de pessoas com doenças mentais nos Estados Unidos (Grob, 1991). O stress ambiental extremo ao qual muitos soldados foram expostos teve, como consequência, um grande número de pessoas que sofreram colapsos mentais (Horwitz, 2021). As Forças Armadas precisavam contabilizar cada causa de morbidade, o que exigia um diagnóstico por um psiquiatra. O problema enfrentado é que apenas 10% dos casos se enquadravam nas categorias do *Statistical Manual*, que estava em uso na época. Isso porque, como visto, esse sistema de nomenclatura foi desenvolvido principalmente para atender as necessidades

relacionadas aos hospitais psiquiátricos públicos, portanto logo se tornou insustentável no contexto de Guerra (APA, 1952). Com essas limitações do uso do *Statistical Manual*, ficou evidente que era necessária a criação de um novo sistema de classificação psiquiátrica (Horwitz, 2021).

Apesar de alguns autores (e.g., Horwitz, 2021; Kawa & Giordano, 2012) afirmarem que o *Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane* pode ser considerado o antecessor do DSM, Shorter (2015) discorda dessa posição. O autor defende que tanto o *Statistical Manual* quanto a seção “Doenças da Unidade Psicobiológica” (do *Standard Classified Nomenclature of Disease*) tiveram pouco impacto fora dos hospitais psiquiátricos, e não foram fundamentais na elaboração do DSM.

Para Shorter, sua origem imediata está em outra nosologia, que surgiu em um contexto militar em outubro de 1945. Essa nosologia foi dirigida por William Menninger, um psiquiatra psicanalista que durante a Segunda Guerra Mundial, além de ser general de brigada, foi chefe da psiquiatria no Gabinete de Cirurgia Geral. A nosologia recebeu o nome de Boletim Médico Técnico número 203 do Exército dos Estados Unidos, que posteriormente passou a ser referido como *Medical 203* (Shorter, 2015).

O *Medical 203* refletia os princípios da psicanálise, além de utilizar extensivamente o termo “reações”, que foi incorporado de Adolf Meyer, que entendia os transtornos mentais como reações da pessoa aos eventos da vida. Nesta nosologia, “um transtorno mental era, por definição, algum distúrbio da dinâmica da personalidade. O transtorno mental era um sinal ou sintoma de algo que deu errado na personalidade do indivíduo” (Houts, 2000, p. 951). No pós-guerra, o *Medical 203* se tornou a base da classificação psiquiátrica nos Estados Unidos (Shorter, 2015).

Influência da Psicanálise na Psiquiatria dos Estados Unidos

A psiquiatria americana, após a Segunda Guerra Mundial, teve uma grande influência da teoria psicanalítica. Após as contribuições no tratamento de pacientes militares que sofreram trauma neuropsiquiátrico (Kawa & Giordano, 2012) e com a aprovação, em 1946, do Conselho Americano de Psiquiatria e Neurologia aos princípios psicodinâmicos, a abordagem psicanalítica passou a dominar a psiquiatria nos EUA (Grob, 1991).

Nos anos 30, com a ascensão do nazismo ao poder na Alemanha e na Áustria, houve uma perseguição a Freud e seus seguidores judeus, o que gerou um impulsionamento à emigração de analistas freudianos aos Estados Unidos. Embora os psicanalistas fossem poucos, eles tiveram uma influência desproporcional na psiquiatria e na cultura americanas (Horwitz, 2021). Se antes a Europa Central era o epicentro da produção e disseminação da teoria psicanalítica, esse papel foi deslocado para os países de língua inglesa. Nos EUA, diferentemente dos centros europeus de formação psicanalítica, havia uma vertente medicalizante, na qual se exigia o diploma de médico aos candidatos à formação em psicanálise, insistência da Associação Psicanalítica Americana (Houts, 2000; Kanaan, 2016; Russo & Venâncio, 2006). Essa prevalência do discurso psicanalítico e, conseqüentemente, da abordagem psicanalítica na compreensão da doença mental dentro do campo da psiquiatria, refletiu na nosografia (Russo & Venâncio, 2006).

DSM-I

Apesar de o *Medical 203* ter sido amplamente utilizado logo após a sua publicação, havia outros sistemas de classificação em uso, entre eles várias taxonomias militares; o *Statistical Manual*; a seção de transtornos psiquiátricos da *Standard Classified Nomenclature of Disease*; e a *Classificação Estatística Internacional de Doenças* (CID) (Horwitz, 2021). Sobre a CID, ela passou a ser de responsabilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS) a

partir da sexta revisão, de 1948 (World Health Organization [WHO], 1948). Essa revisão ficou marcada por ampliar as finalidades da classificação, incluindo não apenas as causas de morte, como era o caso das revisões iniciais, mas também abrangendo doenças não letais (Benedicto et al., 2013). A OMS incluiu, na CID-6, uma seção psiquiátrica (Blashfield et al., 2014), o capítulo V, que recebeu o título de "Perturbações mentais, psiconeuroses e modificações da personalidade" (Benedicto et al., 2013). O fato de ter muitas classificações em uso revelou a necessidade de um sistema nosológico padronizado na psiquiatria dos EUA que pudesse atender às necessidades de todos os seus profissionais (Horwitz, 2021).

É neste contexto de aumento de nomenclaturas e de confusão nosológica, portanto, que a APA cria o DSM (APA, 1952; Grob, 1991). Essa primeira versão – que posteriormente ficou conhecida como DSM I – foi influenciada pela psicanálise, podendo ser evidenciada pelo uso recorrente de termos como “neurose”, “conflito neurótico” e “mecanismos de defesa” (Russo & Venâncio, 2006). Segundo Grob (1991), o “DSM-I refletiu os aspectos de forças intelectuais, culturais e sociais que transformaram a psiquiatria durante e depois Segunda Guerra Mundial” (p. 428).

O DSM-I fornece a subcategoria “Gross Stress Reaction” em uma seção de “Transtornos da Personalidade Situacional Transitória”. Segundo Wilson (1994), Gross Stress Reaction representa a primeira categoria diagnóstica do DSM para o que mais tarde foi nominado como TEPT. Gross Stress Reaction seria uma resposta psicológica aguda após a exposição a um estressor extremo, ocorrendo em um indivíduo normal, e tendo caráter transitório (ou seja, desaparecendo rapidamente com a cessação do estressor) (Bremner, 1999). Foi distinguido de uma psicose ou neurose, além de que o diagnóstico se justificaria “apenas em situações em que o indivíduo tenha sido exposto a severas demandas físicas ou extremo estresse emocional, como em combate ou em catástrofe civil (incêndio, terremoto, explosão,

etc.)” (APA, 1952, p.40). Não havia, no entanto, no DSM-1, uma categoria que explicasse o transtorno crônico causado por grandes estressores (Scott, 1990).

Para DiMauro et al. (2014), Gross Stress Reaction ser considerada uma resposta aguda gerou um problema na comunidade psiquiátrica, uma vez que, durante a década de 60, observou-se que veteranos da Segunda Guerra Mundial podiam ainda apresentar reações relacionadas aos traumas da guerra (mesmo após duas décadas), o que fez com que se reconhecesse que essas reações poderiam ser crônicas.

DSM-II

Em 1968, um ano após a publicação da CID-8 (WHO, 1967), foi lançada a segunda edição do DSM (APA, 1968). O DSM-II estava mais alinhado a CID-8 (se comparado com o DSM-I e a CID-6), e ainda refletia uma visão psicodinâmica, embora algumas mudanças sugerem que essa influência tenha sido menor se comparado com a edição anterior (Kawa & Giordano, 2012). Nesta segunda edição, entre as modificações, está o abandono, em grande parte dos diagnósticos, do termo meyeriano “reação”, optando-se pelas “neuroses” psicanalíticas (Shorter, 2015). O termo *reação* indicava uma implicação causal de que um transtorno era precipitado por algum estresse (externo ou interno). Como exemplo, “reação esquizofrênica” (no DSM-I) passou a se chamar “esquizofrenia” (no DSM-II) (Horwitz, 2021). Em algumas exceções, no entanto, o termo permaneceu: embora a categoria Gross Stress Reaction tenha sido eliminada no DSM-II, no auge da Guerra do Vietnã (Friedman et al., 2021), foi inserida a categoria “Reação de Ajuste da Vida Adulta” em uma seção de “Distúrbios Situacionais Transitórios”. A categoria incluía uma reação aguda a um grande estresse, gerando transtornos transitórios de qualquer gravidade. Um dos três exemplos citados de Reação de Ajuste da Vida Adulta é “medo associado ao combate militar e manifestado por tremores, correr e se esconder” (APA, 1968, p. 49), o que, como destacou Horwitz (2018), é

“praticamente a definição de covardia” (p. 85). Quando os distúrbios eram mais prolongados, eles eram categorizados como neuroses depressivas ou ansiedade (McFarlane & Kilpatrick, 2021).

Tanto no DSM-I quanto no DSM-II não há a listagem de critérios diagnósticos ou a descrição dos sintomas (APA, 1952, 1968). Destaca-se que nas décadas de 50 e 60, era impensável para um psiquiatra nos Estados Unidos fazer carreira sem ter formação analítica (Russo & Venâncio, 2006). Com isso, segundo Horwitz (2021), havia também um predomínio de psiquiatras com orientação analítica na APA, o que explica essa falta de atenção a especificações mais precisas de critérios diagnósticos nessas duas primeiras edições. Para o autor, isso se deve ao fato de que esses profissionais não davam importância para diagnósticos específicos que fossem organizados por sintomas observáveis.

Movimentos Sociais e TEPT

Enquanto o DSM-I incluía a grande maioria dos casos semelhantes às neuroses de guerra na subcategoria “Gross Stress Reaction” (na seção “Transtornos transitórios de personalidade situacional”), no DSM-II os casos estavam na subcategoria “Reação de Ajuste da Vida Adulta” (na seção de “Distúrbios Situacionais Transitórios”). Nenhuma dessas primeiras edições, portanto, incluía algum diagnóstico que considerasse a ocorrência de sintomas de estresse crônico ou prolongado, o que, com o retorno de veteranos da Guerra do Vietnã com perturbações psicológicas, se tornou uma falta particularmente relevante (Horwitz, 2018).

O termo Transtorno de Estresse Pós-Traumático teve sua primeira aparição em 1980, no DSM-III (APA, 1980), e sua inclusão parece ter ocorrido graças ao apoio de veteranos, de grupos de defesa de sobreviventes do Holocausto, e do movimento feminista, mostrando que o TEPT emergiu de movimentos sociais (Friedman et al., 2021).

No caso da Guerra do Vietnã, destaca-se a existência de um movimento antiguerra que surgiu no final da década de 1960, denominado Veteranos do Vietnã Contra a Guerra, que também se opunha à Administração dos Veteranos e ao governo que conduzia a guerra (Horwitz, 2018). Em 1970, os psiquiatras Robert Jay Lifton e Chaim Shatan começaram a se reunir com esse movimento e passaram a participar dos *rap groups*, que eram reuniões informais em que os veteranos discutiam suas experiências de guerra (Scott, 1990). Os *rap groups* tinham duas funções: ser um grupo de conscientização e planejamento antiguerra, e um espaço de suporte e consolo aos veteranos (algo como uma terapia em grupo) (Herman, 1992/2015; Luckhurst, 2013). Lifton e Shatan foram convidados por membros do grupo para participar das sessões, mas não como terapeutas, e sim como colegas que compartilhavam uma oposição à guerra. A partir das observações no *rap group*, Shatan escreve "A Síndrome Pós-Vietnã", que foi publicada no *The New York Times* em maio de 1972. A síndrome foi descrita como um trauma no qual as manifestações podem ser tardias, podendo demorar meses para ocorrer (Scott, 1990). Horwitz (2018) destaca que, a despeito de não existir um diagnóstico reconhecido que pudesse servir aos propósitos dos defensores dos veteranos, a experiência de sobreviventes do Holocausto forneceu, de muitas formas, “um modelo dos custos psíquicos dos traumas” (p. 89) para os veteranos de guerra. Entre elas, o autor afirma que a alegação de que os sintomas de traumas psicológicos dos veteranos não eram transitórios, mas poderiam ser crônicos ou retardados, teve como suporte a experiência do Holocausto.

Violência Sexual e Doméstica

O desenvolvimento do conhecimento sobre os traumas psicológicos durante a maior parte do século XX, se deu, portanto, a partir dos estudos de veteranos de guerra. Apenas na década de 70, com o movimento feminista, reconhece-se que os transtornos pós-traumáticos mais comuns são de mulheres na vida civil, e não de homens na guerra (Herman, 1992/2015).

Como aponta Herman (1992/2015), o fator da esfera da vida privada parece ter contribuído muito para invisibilizar a realidade das mulheres, se tornando uma barreira para que elas falassem sobre suas experiências na vida sexual e doméstica. Não havia sequer um nome para expressar o que era vivido por elas na vida privada. As mulheres eram desacreditadas, de modo que “foram silenciadas pelo medo e pela vergonha, e o silêncio das mulheres deu licença a todas as formas de exploração sexual e doméstica” (p. 41). A consciência da violência interpessoal contra as mulheres passou a ser despertada graças aos movimentos feministas (Smith, 2014), que promoviam grupos com características parecidas a psicoterapia e aos rap groups dos veteranos de guerra (como a questão do sigilo, e da intimidade). Com isso, essas mulheres puderam falar sobre situações de estupro, e eram acreditadas por outras mulheres, superando, assim, “as barreiras da negação, do segredo e da vergonha que as impediam de nomear as suas feridas” (Herman, 1992/2015, p. 41).

Esse processo de conscientização levou a ações coletivas, de modo a aumentar a conscientização pública sobre esse tema. No contexto dos Estados Unidos, criaram-se organizações, como a Organização Nacional para Mulheres e a Liga de Ação pela Equidade Feminina, para que as mulheres pudessem se unir e agir (Walker, 2017). A violência sexual, que foi um assunto anteriormente ignorado, passou a ser fortemente estudada pelo movimento das mulheres americanas, gerando muitas pesquisas (Herman, 1992/2015).

Como exemplo destas pesquisas, Burgess e Holmstrom (1974), professoras associadas de enfermagem e sociologia, respectivamente, relataram que, em 1972, realizaram um estudo com vítimas de violência sexual que procuraram o pronto-socorro do Boston City Hospital. Durante o período de 1 ano, entrevistaram e acompanharam as vítimas e, a partir de uma amostra de 92 mulheres adultas vítimas de estupro, delineararam o que elas chamaram de “Síndrome do Trauma do Estupro” (nome que também deu o título ao artigo). Alguns dos

sintomas observados nas vítimas de estupro eram semelhantes aos descritos anteriormente em veteranos de guerra (Burgess & Holmstrom, 1974).

Além de “Síndrome do Trauma do Estupro”, outros termos foram criados para expressar outras experiências de violência, como a “Síndrome da Mulher Espancada” (cunhada pela psicóloga Lenore Walker, fazendo referência a violência doméstica) (Walker, 1979), e a “Síndrome da Criança Espancada” (Kempe et al., 1962).

O estudo sobre estupros de adultos acabou por levar à redescoberta do abuso sexual infantil, o que, segundo Herman (1992/2015), confirmou a realidade das experiências relatadas por mulheres a Freud, o que ele acabou descartando como fantasias ainda no século XIX. A partir das demonstrações de que a violência sexual contra as mulheres e crianças eram endêmicas na cultura norte-americana, algumas mudanças começaram a ser feitas para mudar esse cenário. Como exemplo, as leis passaram a ser alteradas, entre elas, a reforma da legislação do estupro iniciada pela Organização Nacional para Mulheres, em meados de 1970 (Herman, 1992/2015); leis de estupro conjugal; a promulgação, em todos os estados dos EUA, da denúncia obrigatória de abuso infantil; além das alterações das leis para mudar o entendimento de que o abuso dentro da família é um crime e de interesse social, e não uma questão familiar privada (Friedman et al., 2021).

O Surgimento do TEPT no DSM-III

O movimento feminista, os grupos de defesa de sobreviventes do Holocausto e os veteranos, portanto, tiveram influência na criação de um novo diagnóstico que abrangesse sintomas de estresse crônico/prolongado (Friedman et al., 2021). No caso dos veteranos do Vietnã, como no DSM-II não havia uma categoria que abarcasse os sintomas que estavam sendo vistos nessa população, e com a forte defesa de psiquiatras antiguerra (como Lifton e Shatan) pela inclusão, no DSM-III, de um diagnóstico que resolvesse esse problema, alguns

nomes foram sugeridos, entre eles a “Síndrome Pós-Vietnã” (McFarlane & Kilpatrick, 2021). No entanto, a recusa por este nome se deu por restringir e estreitar o seu alcance, uma vez que, como já abordado, identificaram-se padrões de sintomas a partir da exposição a diferentes estressores (como desastres naturais, combates militares, campos de extermínio), sendo optado o nome de "Transtorno de Estresse Pós-Traumático" (Andreasen, 2011).

Luckhurst (2013) destaca que a mudança de linguagem (ou seja, a criação do diagnóstico de TEPT) se deu em um contexto de transformação da base conceitual e de terminologia psiquiátrica que estava sendo realizada pela APA. Para o DSM-III, segundo o autor, a APA anunciou que usaria “um modelo empírico e puramente descritivo de síndromes, identificáveis por meio de critérios diagnósticos replicáveis e regidos por regras que haviam sido desenvolvidos em pesquisas biomédicas” (p. 61), de modo a se afastar dos modelos psicodinâmicos de conflito inconsciente. Se o DSM-II foi menos etiológico que o primeiro (com a remoção do termo “reação”, por exemplo), na terceira edição ele apresentou classificações mais descritivas (Horwitz, 2021). Para Herman (1992/2015), com a inclusão do TEPT como diagnóstico, a síndrome do trauma psicológico finalmente teve seu reconhecimento, a despeito de ter sido esquecida e redescoberta periodicamente ao longo do século XX. Diferentes eventos traumáticos, como violência interpessoal, abuso infantil, guerra do Vietnã e Holocausto, descreviam sintomas semelhantes, e passaram a ter o TEPT como um unificador (Friedman et al., 2021).

Critérios Para o TEPT: do DSM-III ao DSM-5-TR

O TEPT foi classificado no DSM-III (APA, 1980) como um transtorno de ansiedade. O critério estressor para o TEPT, também chamado de “Critério A”, foi descrito como “a existência de um estressor reconhecível que evocaria sintomas significativos de sofrimento em quase todas as pessoas” (p. 238) e “fora do alcance da experiência humana usual” (p. 236),

sendo o primeiro presente na linguagem do critério e o segundo no texto do DSM-III (Weathers & Keane, 2007). Também foram apresentados 12 sintomas distribuídos em 3 grupos: (B) reexperiência; (C) entorpecimento da capacidade de resposta ou envolvimento reduzido com o mundo externo e (D) 6 sintomas que não deveriam estar presentes antes do trauma (entre eles hiperexcitação ou resposta de sobressalto exagerada, distúrbio do sono, culpa por ter sobrevivido, comprometimento da memória ou dificuldade de concentração, evitação de atividades que lembram o evento traumático, intensificação dos sintomas por exposição). O DSM-III diferenciou subtipos para o TEPT, sendo *agudo*: início dos sintomas dentro de seis meses após o trauma e com duração inferior a seis meses; *crônico*: os sintomas teriam duração de seis meses ou mais; e *tardio*: início dos sintomas ocorre pelo menos seis meses após o trauma (APA, 1980).

Além dos critérios diagnósticos, são apresentados, no texto do DSM-III (APA, 1980), exemplos de estressores que podem produzir o transtorno, incluindo: desastres naturais (inundações, terremotos), acidentes causados pelo homem (acidentes de carro com ferimentos físicos graves, acidentes de avião, grandes incêndios) ou desastres deliberados causados pelo homem (estupro ou agressão, combate militar, bombardeios, tortura, campos de extermínio). No que diz respeito especificamente a exemplos de estressores relacionados à violência sexual, na Tabela 1 é possível observar as mudanças das menções nos textos dos DSM-III ao DSM-5-TR.

Em 1987, a APA lançou a versão revisada, o DSM-III-R (APA, 1987), que apresentou o evento traumático como aquele que está fora do alcance da experiência humana normal e que seria marcadamente angustiante para quase qualquer pessoa, como séria ameaça à vida ou à integridade física de alguém. O DSM-III-R também especificou, em seu texto, a resposta de “intenso medo, terror e desamparo” (que foi removido no DSM-5). Houve um acréscimo no número de sintomas (de 12 para 17), e eles continuaram distribuídos em 3 grupos:

reexperiência; esquiva/entorpecimento e hiperexcitação. Além disso, acrescentou-se que a duração dos sintomas deveria ser de pelo menos um mês. O TEPT continuou sendo considerado *tardio* se ocorressem pelo menos seis meses após o trauma, mas os subtipos “agudo” e “crônico” não foram incluídos nesta revisão.

Exemplo de traumas que produzem o TEPT no DSM-III-R permaneceram praticamente os mesmos do DSM-III, apenas com a adição de colapsos de estruturas físicas (APA, 1987). O DSM-III-R também adicionou os tipos de exposição do Critério A, incluindo: exposição direta (séria ameaça à vida ou à integridade física de alguém); testemunhar (ver outra pessoa que recentemente foi, ou está sendo, gravemente ferida ou morta como resultado de um acidente ou violência física); exposição indireta por meio de outras pessoas (grave ameaça ou danos aos filhos, cônjuge ou outros parentes ou amigos próximos) e destruição de propriedade (destruição repentina de uma casa ou comunidade) (APA, 1987). O tipo de exposição “destruição de propriedade” permaneceu apenas nesta edição, enquanto exposição direta; testemunhar e exposição indireta por meio de familiares ou amigos próximos foi retida até a edição mais recente até o momento (DSM-5-TR).

Tanto no DSM-III quanto no DSM-III-R, destacaram-se como possíveis estressores traumáticos aqueles que estão “fora do âmbito da experiência humana usual” (APA, 1980, 1987). Essa definição se mostrou imprecisa e, segundo Brown (1991), acaba excluindo muitos eventos traumáticos que são comuns na vida de mulheres e pessoas que não fazem parte de grupos dominantes.

O DSM-IV foi publicado em 1994 (APA, 1994), enquanto a edição com o texto revisado, DSM-IV-TR, foi publicada em 2000 (APA, 2000). Os dois manuais apresentaram critérios diagnósticos idênticos para o TEPT e, por conta disso, será usado “DSM-IV-TR” para referir-se a ambos. Consideram como critério (A): a exposição a um evento traumático envolvendo morte real ou ameaça, ou grave lesão, ou uma ameaça à integridade física de si ou

de outros, além de que a resposta da pessoa envolve medo intenso, desamparo ou horror (em crianças, indica-se que a resposta deve envolver desorganização ou comportamento agitado). O número de sintomas permaneceu 17, distribuídos ainda em 3 grupos: reexperiência; esquiva/entorpecimento e hiperexcitação. O critério de duração dos sintomas mudou de “pelo menos 1 mês” no DSM-III-R para “maior que” 1 mês no DSM-IV-TR. Foi adicionado o critério de que a perturbação deve causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento. O TEPT foi considerado *agudo*: duração menor que 3 meses; *crônico*: duração dos sintomas de 3 meses ou mais; e *tardio*: se os sintomas ocorrerem pelo menos 6 meses após o estressor (APA, 1994, 2000). Entre os exemplos de eventos traumáticos, destaca-se que “diagnóstico de uma doença com risco de vida” foi adicionado apenas no DSM-IV-TR (APA, 2000).

Apenas no DSM-V (APA, 2014) o TEPT deixou de ser classificado como um transtorno de ansiedade e passou a fazer parte da categoria “Transtornos Relacionados a Trauma e a Estressores”. Outra novidade foi que esta edição passou a ter critérios separados para crianças com menos de 6 anos. Nos critérios para adultos, adolescentes e crianças com mais de 6 anos, houve um acréscimo de 17 para 20 sintomas, e de 3 para 4 grupos: intrusão; evitação; alterações negativas nas cognições e humor; e alterações marcantes na excitação e reatividade. Tem como critério (A): a exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual. As reações emocionais ao evento traumático (como medo intenso, desamparo e horror) deixaram de fazer parte do Critério A. A duração dos sintomas continuou devendo ser superior a 1 mês, bem como foi mantido o critério de sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento. Foi acrescentado o critério de que a perturbação não deve ser atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (como medicamentos ou álcool) ou outra condição médica. Foram incluídos dois subtipos de sintomas dissociativos: *despersonalização* (sentir-se separado e como se fosse

um observador externo dos processos mentais ou do corpo) e *desrealização* (experiências persistentes ou recorrentes de irrealidade do ambiente ao redor). Para este último, destaca-se que não pode ser atribuível aos efeitos de uma substância ou a outra condição médica. É considerado com *expressão tardia* se todos os critérios diagnósticos não forem atendidos até pelo menos seis meses depois do evento (embora a manifestação inicial e a expressão de alguns sintomas possam ser imediatas) (APA, 2014).

Entre os tipos de exposição, além de exposição direta; testemunhar e exposição indireta (por meio de um familiar/amigo próximo), foi adicionado exposição repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático (não se aplicando a televisão, filmes, mídia eletrônica ou fotografias, a não ser que esteja relacionada ao trabalho) (APA, 2014).

Em 2022, foi lançado o DSM-5-TR (APA, 2022), apresentando os mesmos critérios de TEPT para adultos, adolescentes e crianças acima de 6 anos que o DSM-V (APA, 2014), sendo realizada uma ligeira modificação nos critérios de crianças com 6 anos ou menos. No entanto, há diferenças no texto, como o aumento de exemplos de eventos traumáticos relacionados à violência sexual, conforme apresentado na Tabela 1.

Destaca-se, a partir do DSM-IV-TR até o DSM-5-TR, que há um reconhecimento de que a gravidade e duração do transtorno podem ser maiores quando o estressor é interpessoal e intencional (como em casos de violência sexual) (APA, 2000, 2014, 2022).

Tabela 1

Exemplo de Eventos Traumáticos Relacionados à Violência Sexual Citados em Textos do DSM-III ao DSM-5-TR

Eventos traumáticos	DSM-III e DSM-III-R	DSM-IV e DSM-IV-TR	DSM-V	DSM-5-TR
Vivenciados diretamente	estupro	agressão sexual	Ameaça ou ocorrência real de violência sexual (e.g., penetração sexual forçada, penetração sexual facilitada por álcool/droga, contato sexual abusivo, abuso sexual sem contato, tráfico sexual)	Violência ou coerção sexual real ou ameaçada (por exemplo, penetração sexual forçada; penetração sexual não consensual facilitada por álcool/drogas; outro contato sexual indesejado; e outras experiências sexuais indesejadas que não envolvam contato, como ser forçado a assistir pornografia, exposição à exibição de genitais por um exibicionista, ou ser vítima de fotografia ou filmagem indesejada de natureza sexual ou da divulgação indesejada dessas fotografias ou vídeos).

	Ser intimidado: quando há uma ameaça crível de violência sexual.	
Em crianças	podem incluir experiências sexuais inadequadas para o desenvolvimento, sem ameaça ou violência ou lesão.	podem incluir experiências sexuais inapropriadas para o desenvolvimento sem violência física ou lesões.
Testemunhados	Incluem observação de abuso sexual de outra pessoa em virtude de agressão violenta.	Incluem observação de abuso sexual de outra pessoa devido a agressão violenta.
Exposição indireta (parentes próximos ou amigos)	Tais eventos incluem a violência sexual. Pode ocorrer por meio de fotos, vídeos, relatos verbais ou escritos (por exemplo, policiais revisando relatórios criminais ou conduzindo entrevistas com vítimas de crimes, operadores de drones, membros da mídia	

noticiosa cobrindo eventos traumáticos e psicoterapeutas expostos a detalhes de experiências traumáticas dos pacientes).

Exposição repetida ou extrema a detalhes aversivos

A exposição indireta de profissionais aos efeitos grotescos de eventos (como o estupro) ocorrendo no contexto de suas funções de trabalho, é considerada um trauma qualificativo.

Gravidade e duração do transtorno

O transtorno pode ser especialmente grave ou duradouro quando o estressor é: “humano” (e.g. estupro) (no DSM-IV); ou “interpessoal e intencional” (e.g. violência sexual) (no DSM-IV-TR)

O transtorno pode ser especialmente grave ou duradouro quando o estressor é interpessoal e intencional (e.g., violência sexual)

O transtorno pode ser especialmente grave ou duradouro quando o estressor é interpessoal e intencional (e.g., violência sexual)

Múltiplos

A exposição a múltiplos eventos traumáticos é comum e pode assumir várias formas. Alguns indivíduos experimentam diferentes tipos de eventos traumáticos em momentos diferentes (por exemplo, violência sexual durante a infância e desastres naturais na idade adulta). Outros experimentam o mesmo tipo de evento traumático em momentos diferentes ou em uma série cometido pela(s) mesma(s) pessoa(s) durante um período prolongado (por exemplo, agressão sexual infantil; agressão sexual por parte de um parceiro íntimo).

TEPT Complexo Como uma Nova Categoria Nosológica

Enquanto o diagnóstico de TEPT surgiu no DSM-III em 1980, na CID ele teve sua primeira aparição oficial na 10ª edição, de 1992 (APA, 1980; Maercker, 2021; WHO, 1992). Também em 1992, Judith Lewis Herman publica dois trabalhos, o importante livro *Trauma and recovery: The aftermath of violence — from domestic abuse to political terror*, que, segundo a própria autora, é resultado de trabalho clínico e pesquisas com sobreviventes de violência doméstica e sexual, e o artigo “Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma”. Nestas duas publicações, Herman propõe a existência de uma forma complexa de transtorno pós-traumático, que ocorreria após traumas prolongados e repetidos, sugerindo o nome de “Transtorno de Estresse Pós-Traumático Complexo” (Herman, 1992, 1992/2015).

O TEPT Complexo foi introduzido como um novo diagnóstico na CID-11, adotada na Assembleia Mundial da Saúde em 2019 (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022). Essa forma mais complexa abarca os três critérios para TEPT (reexperiência, evitação e hiperexcitação), e inclui mais três: desregulação afetiva grave, autoconceito negativo e dificuldades em manter relacionamentos (WHO, 2023). Esses três grupos de sintomas adicionais do TEPT Complexo são definidos como “Distúrbios na Auto-organização” (DAO) (Frost et al., 2020).

Ao introduzir o TEPT Complexo como um diagnóstico distinto do TEPT, há, portanto, um reconhecimento dos efeitos dos traumas prolongados ou repetitivos na auto-organização dos sujeitos. Exemplos de traumas específicos, como a violência doméstica prolongada, abuso sexual ou físico repetido na infância, tortura, escravidão e campanhas de genocídio, estão associados a maior risco de TEPT Complexo, em comparação ao TEPT (Maercker et al., 2022). Os sintomas do TEPT Complexo são, em geral, mais graves e persistentes se comparados ao TEPT, além de que as mulheres têm maior risco de desenvolver TEPT Complexo, bem como

de apresentar maior sofrimento psicológico e prejuízos funcionais se comparadas aos homens (WHO, 2023).

No TEPT Complexo, os três critérios de “Distúrbios na Auto-Organização” (ou seja, desregulação afetiva grave, autoconceito negativo e dificuldades em manter relacionamentos) parecem se assemelhar à definição de Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) do DSM-V-TR (APA, 2022), que afirma que “a característica essencial do transtorno de personalidade borderline é um padrão generalizado de instabilidade nas relações interpessoais, na autoimagem e nos afetos, além de uma impulsividade acentuada que começa no início da idade adulta e está presente em vários contextos” (p. 753). Sobre essa possível aproximação entre os diagnósticos, Ford e Courtois (2021) revisaram descobertas empíricas sobre TEPT, TEPT Complexo e TPB, e afirmam que, apesar de os três domínios de DAO serem paralelos às características do TPB, os sintomas específicos são distintos entre eles. Essa conclusão de que, a despeito do TPB parecer se sobrepor aos sintomas de TEPT Complexo, ambos são distinguíveis, corrobora com estudos com amostras de indivíduos com histórico de trauma sexual (Cloitre et al., 2014; Frost et al., 2020), e com uma amostra clínica com histórico de diferentes experiências traumáticas (Jowett et al., 2020).

A violência sexual parece manter uma relação com o Transtorno de Personalidade Borderline. Uma revisão sistemática que investigou essa relação, concluiu que o abuso sexual infantil é um fator de risco importante para o transtorno, além de que, em comparação com outros transtornos de personalidade, as taxas de violência sexual em adultos são significativamente mais altas em pessoas com TPB (de Aquino Ferreira et al., 2018).

A comorbidade entre TPB e TEPT/TEPT Complexo também tem sido pesquisada. No estudo de Frías e Palma (2014), ela parece ser frequente entre TEPT e TPB. Em amostras não clínicas com indivíduos com diagnóstico de TPB, a comorbidade de TEPT é de 30-70%, enquanto em indivíduos com diagnóstico primário de TEPT, a comorbidade de TPB estimada

é de 22–24%. Já em amostras clínicas com indivíduos com TPB (de ambiente hospitalar ou ambulatorial), há comorbidade de TEPT em 33–79% desses pacientes (Frías & Palma, 2014).

Ainda sobre a questão da comorbidade entre os transtornos, segundo Ford e Courtois (2021), o TEPT e DAO ocorrem geralmente sem a presença de sintomas TPB. No entanto, o TPB geralmente ocorre com comorbidade de TEPT e DAO, ao invés de sozinho. Essa afirmação corrobora com o texto de diagnóstico de TPB do DSM-V-TR (APA, 2022), no qual cita o TEPT, entre outros transtornos, como uma comorbidade comum ao Transtorno de Personalidade Borderline. O estudo de Ford e Courtois (2021) conclui, ainda, que apesar de existir pessoas com TPB sem histórico de maus-tratos na infância ou exposição a outros traumas, há um conjunto maior de pessoas com TPB que possuem histórico traumático iniciado na infância, e continua com a reativização na adolescência e vida adulta.

Apesar de o TEPT Complexo não ser reconhecido pelo DSM-5-TR (APA, 2022), nota-se que em seu diagnóstico de TEPT incluem-se sintomas que, de certa forma, se sobrepõem aos distúrbios na auto-organização, como é o caso das “alterações negativas nas cognições e no humor” (Maercker et al., 2022).

Discussão

A partir do panorama apresentado, percebe-se como a violência sexual foi especialmente obscurecida durante a história do trauma psicológico. Como relatado por Herman (1992/2015), na época dos estudos sobre a histeria não se tinha consciência de que a violência sexual fazia parte da rotina das mulheres, e Freud, ao perceber isso, acabou recuando, chegando a mudar sua teoria. Após dar ouvidos às revelações de eventos traumáticos de suas pacientes, novamente elas foram silenciadas e desprezadas, o que permaneceu por quase um século, mostrando que a amnésia episódica se fez presente especialmente com relação ao trauma sexual. Apenas com o movimento feminista e suas conquistas é que a violência sexual

passou a ser novamente identificada como a origem de muitos traumas psicológicos e, somado ao fato de que passou a ser compreendida como endêmica na sociedade, o TEPT por estupro foi admitido no DSM-III. A afirmação de que a gravidade e duração do TEPT pode ser maior em casos em que o estressor é interpessoal e intencional é um reconhecimento dos efeitos da violência sexual em textos de edições do DSM (APA, 2000, 2014, 2022).

Outro ponto de destaque é que o trauma por violência sexual parece ter tido um tratamento diferente, se comparado a outros traumas, no decorrer da história. Como apontado por DiMauro et al. (2014), nomes específicos de eventos foram dados para outros tipos de traumas, como é o caso de “shell shock” para combate, e “railwail spine” para acidentes, enquanto se rotulou como “histéricas” as pessoas que sobreviveram a estupros, “um termo que os patologizou em função de estereótipos de gênero, em vez de categorizá-los com base nos traumas que sofreram” (p.782). Sobre isso, destaca-se que a história da histeria é, em grande medida, como apontado por Micale (1989), composta por um conjunto de escritos de homens sobre mulheres.

A questão da esfera da vida privada como um fator que contribuiu para invisibilizar violências cometidas à muitas mulheres, como destacado por Herman (1992/2015), aponta para um problema que ainda é comum nos dias de hoje. A violência sexual nas relações de intimidade parece ainda representar um grande desafio a ser enfrentado. Entre os obstáculos para o seu enfrentamento, está o fato de coexistir uma dupla invisibilidade, tanto por ser uma violência sexual, quanto por ocorrer na esfera privada (de Menezes & Gonçalves, 2019). Além disso, há maior dificuldade em se reconhecer a violência sofrida quando ela é executada por um parceiro íntimo (Jaffe et al., 2021; Wright et al., 2022).

A violência praticada por um parceiro íntimo é definida pela OMS como “qualquer comportamento dentro de um relacionamento íntimo que cause danos físicos, psicológicos ou sexuais às pessoas do relacionamento” (Krug et al., 2002, p. 89), incluindo, entre outros,

relações sexuais forçadas e outras formas de coerção sexual. Um dos motivos que podem contribuir para a dificuldade em reconhecer comportamentos do parceiro íntimo como violência sexual está a precedência de consentimento em relações sexuais anteriores (Wright et al., 2022). No caso de relações conjugais, por exemplo, uma das possíveis razões para o não reconhecimento do estupro está a compreensão da relação sexual como um dever do matrimônio (de Menezes & Gonçalves, 2019). O “dever marital” sustenta a ideia de que, independentemente da vontade da mulher, é sua obrigação se envolver em atividades sexuais sempre que o esposo expressar esse desejo (Schraiber et al., 2023). Questões culturais e relacionadas ao machismo, portanto, parecem estar fortemente ligadas a como a mulher percebe os abusos sofridos.

A problemática da violência entre parceiros íntimos revela a necessidade de desenvolver mecanismos que auxiliem as vítimas na identificação dos abusos sofridos. Além disso, também é crucial implementar dispositivos que fomentem a denúncia e garantam a punição dos agressores. No Brasil, a criação da Lei nº 11.340 (2006), que ficou popularmente conhecida como Lei Maria da Penha, criou mecanismos com o intuito de coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. De acordo com a lei, “configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”, podendo ocorrer no âmbito doméstico, familiar ou em relações íntimas de afeto a partir da convivência (independentemente de coabitação). Na Lei Maria da Penha, a violência sexual contra a mulher é compreendida enquanto:

qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método

contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos (Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, art. 7º).

Com relação ao DSM, nota-se diferenças nos exemplos de eventos traumáticos relacionados à violência sexual nos textos de TEPT desde a sua inclusão, no DSM-III, até o DSM-5-TR (ver em Tabela 1). Enquanto no DSM-III e DSM-III-R apenas o termo “estupro” havia sido citado em seus textos, no DSM-IV e DSM-IV-TR adotou-se o termo “agressão sexual”, além de que se passou a incluir um exemplo específico que se enquadraria como violência sexual com crianças (experiências sexuais inadequadas para o desenvolvimento, sem ameaça ou violência, ou lesão). Durante as edições do DSM, houve um acréscimo de menções à violência sexual no TEPT. Embora deixe claro que os exemplos não se limitam aos citados nos textos, essas modificações parecem mostrar uma tentativa do DSM em especificar melhor os diferentes eventos traumáticos sexuais, além de levar em conta tipos mais “invisíveis” na nossa sociedade. Como exemplo de casos mais “invisíveis” estão as experiências sexuais indesejadas que não envolvam contato, incluídas no DSM-5-TR. Outro exemplo incluído no DSM-5-TR é a vitimização por fotografia/filmagem indesejada de natureza sexual ou a divulgação indesejada dessas fotografias/vídeos. Não é incomum divulgações, na mídia, de casos de pessoas que foram vítimas do compartilhamento de conteúdo dessa natureza, revelando o quanto o DSM-5-TR parece estar alinhado a essas questões. A presença de exemplos mais específicos de eventos traumáticos por violência sexual pode facilitar a identificação desses casos em vítimas.

Uma das mudanças mais notáveis é a de que no DSM-5 e DSM-5-TR a violência sexual não estava citada apenas nos textos, mas também no próprio critério diagnóstico (Critério A: a

exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual), o que mostra um reconhecimento da violência sexual enquanto evento traumático com grande probabilidade de desenvolvimento de TEPT. Isso vai de encontro com a literatura, já que se sabe que o risco do TEPT é elevado para traumas que envolvem extrema violência interpessoal (como a violência sexual, por exemplo) (Liu et al., 2017).

Além da violência sexual ser um evento traumático com alta probabilidade de desencadear TEPT, ela parece estar associada a outros transtornos, sendo um fator de risco para TPB (de Aquino Ferreira et al., 2018). A sobreposição de sintomas entre TPB e TEPT Complexo, embora a literatura indique que são diagnósticos distinguíveis, juntamente com as taxas de comorbidade entre esses transtornos, destaca a importância de abordagens psicológicas transdiagnósticas para pessoas com histórico de violência sexual.

Considerações Finais

Este estudo teve como objetivos apresentar a compreensão de trauma psicológico até seus desdobramentos em categorias diagnósticas de TEPT e TEPT Complexo; e apresentar as diferentes menções à violência sexual nos critérios diagnósticos de TEPT dos textos do DSM-III ao DSM-5-TR. Para isso, foi consultada a literatura sobre trauma psicológico e os textos das edições do DSM. Entre os eventos identificados e apresentados como relevantes para a compreensão de trauma psicológico a partir do século XIX, estão os acidentes ferroviários; a histeria; o shell shock ou neurose de combate; e a violência sexual e doméstica.

Nota-se que, no decorrer da história dos debates sobre o trauma psicológico, nomes específicos foram dados, como “railway spine”, “shell shock”, neurose traumática, histeria e, mais recentemente, TEPT. Isso indica que houve muitas mudanças de opinião a respeito das visões sobre sua etiologia e patogênese, por exemplo (Schmiedebach, 2022). A amnésia episódica, conforme destacada por Herman (1992/2015) — ou seja, a alternância entre períodos

de interesse seguidos por períodos de esquecimento sobre o assunto — desempenhou um papel significativo no estudo do trauma psicológico, especialmente quando relacionado à violência sexual.

Foi somente com o advento do movimento feminista que a violência sexual passou a ser reconhecida como endêmica na sociedade, contribuindo para a sua inclusão, enquanto evento traumático, na categoria diagnóstica de TEPT no DSM-III. Em relação às menções à violência sexual nos textos de TEPT, observa-se que a edição do DSM-5-TR, em comparação com as versões anteriores, incorporou exemplos mais específicos desse tipo de violência, o que pode facilitar sua identificação em vítimas.

Por fim, destaca-se a importância de abordagens psicológicas transdiagnósticas para populações com histórico de violência sexual, uma vez que essa experiência está relacionada a mais de um transtorno, havendo também a possibilidade de comorbidades entre diferentes transtornos, como é o caso de TPB e TEPT.

R REFERÊNCIAS
REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Aftab, A., & Ryznar, E. (2021). Conceptual and historical evolution of psychiatric nosology. *International Review of Psychiatry*, 33(5), 486–499. <https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1828306>
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1^o ed).
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2^o ed).
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3^o ed). APA.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3^a ed. revisada). APA.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4^o ed). APA.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4 text rev.). APA.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais—DSM-V* (5^a edição). Artmed.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5 text revision). APA.
- Andreasen, N. C. (2010). Posttraumatic stress disorder: A history and a critique. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1208(1), 67–71. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2010.05699.x>
- Andreasen, N. C. (2011). What is post-traumatic stress disorder? *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(3), 240–243. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.2/nandreasen>
- Azevedo, G. M. G. de, & Amaral, H. U. do. (2021). Teoria da sedução: Ascensão e queda ou O surgimento do Édipo. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 55(2), 149–164. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0486-641X2021000200011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Benedicto, R. P., Wai, M. F. P., Oliveira, R. M. de, Godoy, C., & Junior, M. L. da C. (2013). Análise da evolução dos transtornos mentais e comportamentais ao longo das revisões da Classificação Internacional de Doenças. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental*

- Álcool e Drogas (Edição em Português)*, 9(1), Art. 1.
<https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v9i1p25-32>
- Blashfield, R. K., Keeley, J. W., Flanagan, E. H., & Miles, S. R. (2014). The Cycle of Classification: DSM-I Through DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10(1), 25–51. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153639>
- Bogousslavsky, J. (2020). The mysteries of hysteria: A historical perspective. *International Review of Psychiatry*, 32(5–6), 437–450. <https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1772731>
- Bogousslavsky, J., & Dieguez, S. (2014). Sigmund Freud and hysteria: The etiology of psychoanalysis? *Frontiers of Neurology and Neuroscience*, 35, 109–125. <https://doi.org/10.1159/000360244>
- Bremner, J. D. (1999). Acute and Chronic Responses to Psychological Trauma: Where Do We Go From Here? *American Journal of Psychiatry*, 156(3), 349–351. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.3.349>
- Breuer, J., & Freud, S. (2016). Estudos Sobre a Histeria (1893-1895). Em L. Barreto & P. C. de Souza (Trads.), *Obras completas, volume 2: Estudos sobre a histeria (1893-1895) em coautoria com Josef Breuer* (Vol. 2). Companhia das Letras. (Original work published 1893–1895)
- Brown, L. S. (1991). Not outside the range: One feminist perspective on psychic trauma. *American Imago*, 48, 119–133.
- Burgess, A. W., & Holmstrom, L. L. (1974). Rape trauma syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, 131, 981–986.
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B., Carlson, E. B., & Bryant, R. A. (2014). Distinguishing PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 25097. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25097>
- Crocq, M.-A., & Crocq, L. (2000). From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: A history of psychotraumatology. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 47–55. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2000.2.1/macrocq>
- Daly, R. J. (1983). Samuel Pepys and Post-Traumatic Stress Disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 143(1), 64–68. <https://doi.org/10.1192/bjp.143.1.64>
- de Aquino Ferreira, L. F., Queiroz Pereira, F. H., Neri Benevides, A. M. L., & Aguiar Melo, M. C. (2018). Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. *Psychiatry Research*, 262, 70–77. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.043>

- de Menezes, F. M., & Gonçalves, H. S. (2019). Estupro nas relações de intimidade: Uma violência invisível. *Alternativas em Psicologia, 41*.
- DiMauro, J., Carter, S., Folk, J. B., & Kashdan, T. B. (2014). A historical review of trauma-related diagnoses to reconsider the heterogeneity of PTSD. *Journal of Anxiety Disorders, 28*(8), 774–786. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.09.002>
- Erichsen, J. E. (1866). *On Railway and Other Injuries of the Nervous System*. Walton and Maberly.
- Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2021). Complex PTSD and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 8*. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00155-9>
- Freud, S. (2011). A Etiologia da Histeria (1896). Em J. Salomão (Trad.), *Primeiras Publicações Psicanalíticas (1893-1899): Vol. III* (p. 187–215). Imago. (Original work published 1896)
- Freud, S. (2011). Autobiografia. Em P. C. de Souza (Trad.), *O Eu e o Id, “Autobiografia” e outros textos (1923-1925)* (Vol. 16). Companhia das Letras. <https://www.companhiadasletras.com.br/livro/9788535918724/freud-1923-1925-obras-completas-volume-16> (Original work published 1925)
- Frias, Á., & Palma, C. (2014). Comorbidity between Post-Traumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder: A Review. *Psychopathology, 48*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1159/000363145>
- Friedman, M. J., Schnurr, P. P., & Keane, T. M. (2021). PTSD from DSM-III to DSM-5: Progress and Challenges. Em M. J. Friedman, P. P. Schnurr, & T. M. Keane, *Handbook Of PTSD: Science and Practice* (3^o ed). The Guilford Press.
- Frost, R., Hyland, P., Shevlin, M., & Murphy, J. (2020). Distinguishing Complex PTSD from Borderline Personality Disorder among individuals with a history of sexual trauma: A latent class analysis. *European Journal of Trauma & Dissociation, 4*(1), 100080. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2018.08.004>
- Gasquoin, P. G. (2020). Railway spine: The advent of compensation for concussive symptoms. *Journal of the History of the Neurosciences, 29*(2), 234–245. <https://doi.org/10.1080/0964704X.2019.1711350>
- Grob, G. N. (1991). Origins of DSM-I: A study in appearance and reality. *The American Journal of Psychiatry, 148*(4), 421–431. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.4.421>

- Harrington, R. (2001). The Railway Accident: Trains, Trauma, and Technological Crises in Nineteenth-Century Britain. Em M. S. Micale & P. Lerner, *Traumatic Pasts: History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930*. Cambridge University Press.
- Harrington, R. (2003). On the Tracks of Trauma: Railway Spine Reconsidered. *Social History of Medicine*, 16(2), 209–223. <https://doi.org/10.1093/shm/16.2.209>
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377–391. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>
- Herman, J. L. (2015). *Trauma and recovery: The aftermath of violence — from domestic abuse to political terror*. Basic Books. (Original work published 1992)
- Horwitz, A. V. (2018). *PTSD: A Short History*. Johns Hopkins University Press. <https://doi.org/10.1353/book.60683>
- Horwitz, A. V. (2021). *DSM: A History of Psychiatry's Bible*. Johns Hopkins University Press. <https://doi.org/10.1353/book.83871>
- Houts, A. C. (2000). Fifty years of psychiatric nomenclature: Reflections on the 1943 War Department Technical Bulletin, Medical 203. *Journal of Clinical Psychology*, 56(7), 935–967. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(200007\)56:7<935::AID-JCLP11>3.0.CO;2-8](https://doi.org/10.1002/1097-4679(200007)56:7<935::AID-JCLP11>3.0.CO;2-8)
- Jaffe, A. E., Steel, A. L., DiLillo, D., Messman-Moore, T. L., & Gratz, K. L. (2021). Characterizing Sexual Violence in Intimate Relationships: An Examination of Blame Attributions and Rape Acknowledgment. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(1–2), 469–490. <https://doi.org/10.1177/0886260517726972>
- Jowett, S., Karatzias, T., Shevlin, M., & Albert, I. (2020). Differentiating symptom profiles of ICD-11 PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis in a multiply traumatized sample. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(1), 36–45. <https://doi.org/10.1037/per0000346>
- Kanaan, R. A. A. (2016). Chapter 4—Freud's hysteria and its legacy. Em M. Hallett, J. Stone, & A. Carson (Orgs.), *Handbook of Clinical Neurology* (Vol. 139, p. 37–44). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801772-2.00004-7>
- Kardiner, A. (1941). *The Traumatic Neuroses of War* (p. x, 258). National Research Council. <https://doi.org/10.1037/10581-000>
- Kardiner, A., & Spiegel, H. (1947). *War Stress and Neurotic Illness*. Hoeber.
- Kawa, S., & Giordano, J. (2012). A brief historicity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Issues and implications for the future of psychiatric canon and

- practice. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 7(1), 2.
<https://doi.org/10.1186/1747-5341-7-2>
- Kempe, C. H., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegemueller, W., & Silver, H. K. (1962). The battered-child syndrome. *JAMA*, 181, 17–24.
<https://doi.org/10.1001/jama.1962.03050270019004>
- Kraepelin, E. (1883). *Compendium der Psychiatrie*. Abel.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). *World Report on Violence and Health*. World Health Organization.
- Kucmin, T., Kucmin, A., Nogalski, A., Sojczuk, S., & Jojczuk, M. (2016). History of trauma and posttraumatic disorders in literature. *Psychiatria Polska*, 50(1), 269–281.
<https://doi.org/10.12740/PP/43039>
- Lamprecht, F., & Sack, M. (2002). Posttraumatic Stress Disorder Revisited. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 222.
https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Abstract/2002/03000/Posttraumatic_Stress_Disorder_Revisited.5.aspx
- Lasiuk, G. C., & Hegadoren, K. M. (2006). Posttraumatic Stress Disorder Part I: Historical Development of the Concept. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42(1), 13–20.
<https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2006.00045.x>
- Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. (2006). *Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências*.
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm
- Lerner, P., & Micale, M. S. (2001). Trauma, Psychiatry, and History: A Conceptual and Historiographical Introduction. Em M. S. Micale & P. Lerner, *Traumatic Pasts: History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930*. Cambridge University Press.
- Liu, H., Petukhova, M. V., Sampson, N. A., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Andrade, L. H., Bromet, E. J., de Girolamo, G., Haro, J. M., Hinkov, H., Kawakami, N., Koenen, K. C., Kovess-Masfety, V., Lee, S., Medina-Mora, M. E., Navarro-Mateu, F., O'Neill, S., Piazza, M., Posada-Villa, J., ... for the World Health Organization World Mental

- Health Survey Collaborators. (2017). Association of DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder With Traumatic Experience Type and History in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA Psychiatry*, 74(3), 270–281. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3783>
- Logie, H. B. E. (1933). A Standard Classified Nomenclature of Disease. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 78(6), 679. https://journals.lww.com/jonmd/Citation/1933/12000/A_Standard_Classified_Nomenclature_of_Disease.75.aspx
- Loughran, T. (2012). Shell Shock, Trauma, and the First World War: The Making of a Diagnosis and Its Histories. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 67(1), 94–119. <https://doi.org/10.1093/jhmas/jrq052>
- Luckhurst, R. (2013). *The Trauma Question*. Routledge.
- Maercker, A. (2021). Development of the new CPTSD diagnosis for ICD-11. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00148-8>
- Maercker, A., Cloitre, M., Bachem, R., Schlumpf, Y. R., Khoury, B., Hitchcock, C., & Bohus, M. (2022). Complex post-traumatic stress disorder. *The Lancet*, 400(10345), 60–72. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00821-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00821-2)
- Matus, J. L. (2001). Trauma, Memory, and Railway Disaster: The Dickensian Connection. *Victorian Studies*, 43(3), 413–436. <https://www.jstor.org/stable/3829699>
- McFarlane, A. C., & Kilpatrick, D. G. (2021). Historical Roots of the PTSD Construct: How PTSD Became A Diagnosis And Launched The Traumatic Stress Field. Em M. J. Friedman, P. P. Schnurr, & T. M. Keane, *Handbook Of PTSD: Science and Practice* (3^o ed). The Guilford Press.
- Micale, M. S. (1989). Hysteria and its historiography: A review of past and present writings (II). *History of Science*, 27(78 pt 4), 319–351. <https://doi.org/10.1177/007327538902700401>
- Myers, C. S. (1915). A Contribution To The Study Of Shell Shock.: Being An Account Of Three Cases Of Loss Of Memory, Vision, Smell, And Taste, Admitted Into The Duchess Of Westminster's War Hospital, Le Touquet. *The Lancet*, 185(4772), 316–320. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)52916-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)52916-X)
- Myers, C. S. (1940). *Shell Shock in France, 1914-1918: Based on a War Diary*. Cambridge University Press.

- North, C., Suris, A., Smith, R., & King, R. (2016). The evolution of PTSD criteria across editions of DSM. *Annals of clinical psychiatry: official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 28, 197–208.
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2022). *Versão final da nova Classificação Internacional de Doenças da OMS (CID-11) é publicada*. Organização Pan-Americana da Saúde. <https://www.paho.org/pt/noticias/11-2-2022-versao-final-da-nova-classificacao-internacional-doencas-da-oms-cid-11-e>
- Pepys, S. (1970). *The Diary of Samuel Pepys: Companion*. University of California Press.
- Ray, S. L. (2008). Evolution of Posttraumatic Stress Disorder and Future Directions. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(4), 217–225. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2007.08.005>
- Russo, J., & Venâncio, A. T. A. (2006). Classificando as pessoas e suas perturbações: A “revolução terminológica” do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 9, 460–483. <https://doi.org/10.1590/1415-47142006003007>
- Sanders, J. L. (2011). A Distinct Language and a Historic Pendulum: The Evolution of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(6), 394–403. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2010.10.002>
- Schmiedebach, H.-P. (2022). The History of Psychotraumatology. Em A. Maercker (Org.), *Trauma Sequelae* (p. 3–12). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-64057-9_1
- Schmitz, E. D. (2021). UMA BREVE HISTÓRIA DA HISTERIA: DA ANTIGUIDADE ATÉ OS TEMPOS ATUAIS. *Revista Mosaico - Revista de História*, 14(2), 227–238. <https://doi.org/10.18224/mos.v14i2.8754>
- Schraiber, L. B., Aguiar, J. M. de, Graglia, C. G. V., Pereira, S., Lima, N. P., Kalichman, B. D., Reis, M. S. dos, Azeredo, Y. N., Colombini, M., & Oliveira, A. F. P. L. d'. (2023). Violência sexual contra mulheres por parceiro íntimo e desigualdade de gênero na voz dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 27, e220656. <https://doi.org/10.1590/interface.220656>
- Scott, W. J. (1990). PTSD in DSM-III: A Case in the Politics of Diagnosis and Disease*. *Social Problems*, 37(3), 294–310. <https://doi.org/10.2307/800744>
- Shay, J. (1991). Learning about combat stress from Homer's Iliad. *Journal of Traumatic Stress*, 4(4), 561–579. <https://doi.org/10.1002/jts.2490040409>
- Shorter, E. (1997). *A history of psychiatry: From the era of the asylum to the age of Prozac* (p. xii, 436). John Wiley & Sons.

- Shorter, E. (2015). The history of nosology and the rise of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(1), 59–67. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.1/eshorter>
- Smith, S. F. (2014). What History Can Teach Us: Implications for the Conceptualization and Treatment of Interpersonal Trauma in Women. *Women & Therapy*, 37(1–2), 109–121. <https://doi.org/10.1080/02703149.2014.850339>
- Sypniewski, F. R. (2022). *A etiologia da histeria: O percurso freudiano entre 1886 e 1896* [Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-Graduação em História), Universidade Federal do Paraná]. <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/80168>
- Van Der Kolk, B. A. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 7–22. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181584/>
- Van Der Kolk, B. A. (2007). The history of trauma in psychiatry. Em M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick, *Handbook of PTSD: Science and practice* (1^o ed, p. 19–36). The Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2007-14029-002>
- Van Der Kolk, B. A., Herron, N., & Hostetler, A. (1994). The History of Trauma in Psychiatry. *Psychiatric Clinics of North America*, 17(3), 583–600. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30102-3](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30102-3)
- Walker, L. E. A. (1979). *The Battered Woman* (1^o ed). Harper & Row.
- Walker, L. E. A. (2017). Trauma practice: Historical overview. Em *APA handbook of trauma psychology: Trauma practice, Vol. 2* (p. 1–27). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000020-001>
- Weathers, F. W., & Keane, T. M. (2007). The criterion a problem revisited: Controversies and challenges in defining and measuring psychological trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 20(2), 107–121. <https://doi.org/10.1002/jts.20210>
- Wilson, J. P. (1994). The historical evolution of PTSD diagnostic criteria: From Freud to DSM-IV. *Journal of Traumatic Stress*, 7(4), 681–698. <https://doi.org/10.1002/jts.2490070413>
- World Health Organization. (1948). *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death. Sixth Revision of the International Lists of Diseases and Causes of Death Adopted 1948*. (6^o ed, Vol. 1). WHO. <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/19492902106>

- World Health Organization. (1967). *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death, 1965 revision (8th edn) (ICD-8)* (8^o ed). WHO.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2023). *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics—Eleventh Revision (ICD-11)—Version: 01/2023*. <https://icd.who.int/browse11/1-m/en>
- Wright, E. N., Anderson, J., Phillips, K., & Miyamoto, S. (2022). Help-Seeking and Barriers to Care in Intimate Partner Sexual Violence: A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse, 23*(5), 1510–1528. <https://doi.org/10.1177/1524838021998305>

ESTUDO 2

Intervenções em ACT com Sobreviventes de Violência Sexual: Uma Revisão Sistemática

Violência Sexual

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência sexual a partir das variadas formas em que ela se apresenta, sendo: qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual ou insinuações indesejáveis com conotação sexual, ou atos praticados por meio de coerção para negociar ou usar a sexualidade de uma pessoa (independente da relação com a vítima, e em qualquer situação, incluindo no trabalho e em casa) (Krug et al., 2002).

O Anuário Brasileiro de Segurança Pública (Fórum Brasileiro De Segurança Pública, 2023) divulgou que, em 2022, houve o maior número de registros de estupro e estupro de vulnerável da história, totalizando 74.930 vítimas (os dados correspondem ao total de casos que foram notificados às autoridades policiais). Desse total, em 61,4% dos casos a vítima tinha até 13 anos, e em 71,5% das vezes o estupro foi cometido por um familiar.

A violência sexual atinge homens e mulheres, mas a taxa de prevalência mundial é maior nas mulheres (Borumandnia et al., 2020). No Brasil, a maioria das vítimas de estupro são meninas, sendo que a maioria delas tem entre 10 e 13 anos. Do total de casos registrados de estupro, 88,7% das vítimas eram do sexo feminino (Fórum Brasileiro De Segurança Pública, 2023).

Um estudo divulgado por pesquisadores do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (Ferreira et al., 2023) sobre a prevalência de estupro no Brasil estimou que somente 8,5% dos casos estão sendo identificados pela polícia e 4,2% pelos sistemas de informação da saúde. Com isso, concluíram que o número de estupros no Brasil estaria em torno de 822 mil casos anuais. Os pesquisadores destacam que o cenário pode ser ainda mais grave, já que desde o ano de 2019 (ano considerado no estudo do IPEA) os registros aumentaram (Ferreira et al., 2023). A subnotificação para esse tipo de crime é expressiva, não sendo uma especificidade do

contexto brasileiro (Fórum Brasileiro De Segurança Pública, 2023). Entre as barreiras que levam vítimas de violência sexual a não reportarem à polícia estão o sentimento de vergonha, medo de ninguém acreditar e/ou falta de evidência e sentimento de culpa (Ceelen et al., 2019; Sable et al., 2006; Zinzow & Thompson, 2011).

As consequências da violência sexual podem ser imediatas e a longo prazo, sendo as mais comuns as relacionadas à saúde reprodutiva (como gravidez, complicações ginecológicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis) e à saúde mental (World Health Organization, 2002). Em uma meta-análise sobre a relação entre a violência sexual e psicopatologias (estudos de 1970 a 2014), os resultados indicam que a violência sexual foi associada ao aumento de risco e a gravidade de todas as psicopatologias, sendo as associações mais fortes observadas para Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e suicídio (Dworkin et al., 2017).

Em outra meta-análise, comparou-se a prevalência de diagnósticos psiquiátricos em amostras de pessoas agredidas e não agredidas sexualmente, com resultados indicando que a maioria dos transtornos foi mais prevalente em sobreviventes de violência sexual, sendo os mais predominantes os transtornos depressivos e o TEPT. A prevalência de TEPT ao longo da vida foi de 36% para vítimas de violência sexual versus 9% para não vítimas, enquanto a prevalência de TEPT no último ano foi de 26% para vítimas sexuais versus 18% para não vítimas (Dworkin, 2020). Em outro estudo, também de meta-análise, os resultados indicaram que 74,58% de sobreviventes de agressão sexual preencheram os critérios para TEPT após um mês, e 41,49% dos sobreviventes preenchiam os critérios de TEPT no 12º mês após a agressão sexual (Dworkin et al., 2023).

Traummas e Transtorno de Estresse Pós-Traumático

Segundo a quinta edição, texto revisado, do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-5-TR), o evento traumático é definido como a exposição a episódio

concreto ou ameaça de morte, ferimento grave ou violência sexual (APA, 2022). De acordo com a Pesquisa Mundial de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde, que contou com 26 estudos realizados em 24 países, a prevalência de um evento traumático durante a vida foi de 70,4% (Benjet et al., 2016; Kessler et al., 2017). A exposição a traumas não é aleatoriamente distribuída na população, já que enquanto mulheres são consideravelmente mais propensas do que os homens a sofrer violência sexual por parceiro íntimo, os homens são mais propensos a sofrer acidentes e violência física (Kessler et al., 2017).

Pesquisas como a da OMS revelam que a maioria das pessoas é exposta a experiências traumáticas ao longo de suas vidas, no entanto, uma porcentagem muito menor desenvolverá TEPT, já que a prevalência mundial deste ao longo da vida é de 3,9%, com metade dos indivíduos apresentando sintomas persistentes (Koenen et al., 2017). Essa discrepância levantou questões de pesquisa, como no estudo de Liu et al. (2017), que investigou se a prevalência do TEPT está associada ao tipo de evento traumático. Os resultados indicam que o risco do TEPT é elevado para traumas que envolvem extrema violência interpessoal (como a violência sexual, por exemplo).

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático tem como característica essencial o desenvolvimento de sintomas específicos após a exposição a um ou mais eventos traumáticos (American Psychiatric Association, 2022; World Health Organization, 2023). O DSM-V-TR lista 20 sintomas, que podem ser divididos em quatro grupos: intrusão; evitação; alterações negativas nas cognições e humor; e alterações marcantes na excitação e reatividade (American Psychiatric Association, 2022). Por sua vez, a 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) concentra três critérios principais para o TEPT: reexperiência, evitação e hiperexcitação (World Health Organization, 2023).

Intervenções Psicológicas para Tratamento de TEPT

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízos em áreas importantes da vida do indivíduo (American Psychiatric Association, 2014). Atualmente, as intervenções psicológicas indicadas para o seu tratamento são abordagens cognitivas e baseadas em exposição (Charney et al., 2018). A American Psychological Association (2017) desenvolveu a *Diretriz de Prática Clínica para o Tratamento de TEPT*, que oferece recomendações de tratamentos psicológicos para o TEPT em adultos. Entre as psicoterapias/intervenções fortemente recomendadas estão a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), Terapia de Processamento Cognitivo, Terapia Cognitiva e Exposição Prolongada. Outras três psicoterapias são condicionalmente recomendadas, como é o caso da Eye Movement Desensitization and Reprocessing.

Segundo a diretriz, da American Psychological Association (2017), para tratar pensamentos, reações emocionais, além de comportamentos aprendidos e condicionados, a TCC faz uso de estratégias cognitivas e comportamentais, em especial de exposição, mudanças no comportamento, reestruturação cognitiva e desenvolvimento de habilidades de enfrentamento.

A Terapia de Processamento Cognitivo (TPC) foi desenvolvida para tratar sintomas de TEPT em vítimas de estupro, e possui um componente de exposição (que consiste em exercícios de escrita e leitura sobre o evento de violência sexual) e um componente da terapia cognitiva (consiste em ensinar o cliente a desafiar e mudar suas crenças distorcidas com relação ao significado do evento e suas implicações) (Resick et al., 2002).

A Terapia Cognitiva (TC) é descrita como uma terapia breve, na qual busca ajudar o paciente a analisar os pensamentos distorcidos, com o objetivo de remodelar as cognições e crenças existentes e para modificar comportamentos problemáticos associados (American Psychological Association, 2017).

A Exposição Prolongada (EP) inclui tanto exposições imaginárias (o cliente visualiza e reconta o evento traumático em voz alta diversas vezes; o exercício pode ser gravado e o cliente é instruído a ouvir o relato em casa repetidamente), quanto exposições in vivo (cliente entra em contato com estímulos associados ao trauma que podem evocar intensa ansiedade, mas sem oferecer riscos reais) (Foa et al., 2007; Resick et al., 2002).

O Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) é uma técnica que propõe o processamento adequado das memórias, sendo composta por exposição (ativação das memórias traumáticas do cliente) e reestruturação cognitiva (terapeuta solicita que cliente mantenha o foco nas memórias enquanto faz movimentos oculares bilaterais, seguindo os dedos do terapeuta) (Brunnet et al., 2014).

Alguns autores alertam para as altas taxas de abandono do tratamento para TEPT, com estudos indicando taxa de 30% para intervenções com EP (Foa et al., 2007; Resick et al., 2002) e TPC (Resick et al., 2002). Em um estudo com veteranos que receberam EP ou TPC, 38,5% abandonaram o tratamento (Kehle-Forbes et al., 2016), podendo chegar a 68%, como no estudo de Garcia et al. (2011). Foa et al. (2007) indicam que alguns clientes têm dificuldades em fazer intervenções de exposição (por não tolerarem a ansiedade, por exemplo) e, por isso, não é incomum que clientes com TEPT abandonem a terapia.

Em uma metanálise com 42 estudos sobre o abandono em tratamentos de TEPT, não foram encontradas diferenças significativas na taxa de abandono entre tratamentos com foco em trauma. No entanto, houve maior abandono nestas terapias, se comparado com a Terapia Centrada no Presente. Para os autores, estudar terapias que não incluem o foco na memória do trauma, como a Terapia de Aceitação e Compromisso, pode fornecer mais dados sobre se há diferenças na retenção de pacientes de acordo com o grau variado de foco no trauma da intervenção (Imel et al., 2013). Em uma revisão sistemática e meta-análise mais recente, com 115 ensaios clínicos randomizados, foram encontradas evidências de que as terapias

psicológicas com foco no trauma foram significativamente associadas a um maior abandono (Lewis et al., 2020).

Terapia de Aceitação e Compromisso

A Terapia de Aceitação e Compromisso (sigla ACT, do inglês *Acceptance and Commitment Therapy*) (Hayes et al., 1999) é uma abordagem de intervenção contextual funcional baseada na Teoria das Molduras Relacionais (sigla RFT, do original *Relational Frame Theory*). A RFT apresenta uma explicação analítico-comportamental da linguagem e cognição humana, e o comportamento de estabelecer relações arbitrárias – denominado de Responder Relacional Arbitrariamente Aplicável (RRAA) – é o operante estudado pela teoria (Hayes et al., 2001).

Subjacente à ACT está o modelo de flexibilidade psicológica, que pode ser considerado, de forma simultânea, tanto um modelo de psicopatologia quanto de saúde psicológica e de intervenção psicológica. A flexibilidade psicológica é definida como “entrar em contato com o momento presente como um ser humano consciente, plenamente e sem defesa, como ele é e não como ele diz que é, e persistir ou mudar de comportamento a serviço dos valores escolhidos” (Hayes et al., 2012, p. 985). A flexibilidade psicológica corresponde a um conjunto de seis processos que se relacionam entre si, sendo eles: aceitação, desfusão, atenção flexível ao momento presente, self-como-contexto, valores e ação comprometida (Hayes et al., 2021). Para a ACT, na ausência de um ou mais dos processos citados, há o risco de rigidez psicológica. Essa rigidez, ou inflexibilidade psicológica, é considerada como a causa do sofrimento humano (Hayes et al., 2004). Para o modelo da flexibilidade psicológica, portanto, enquanto a dor é uma consequência natural da experiência de se viver, o sofrimento é desnecessário quando, por conta da rigidez psicológica, os indivíduos são impedidos de se adaptar a contextos internos e externos (Hayes et al., 2021). Os seis processos que correspondem à inflexibilidade psicológica

são: fusão cognitiva; apego a um *self* conceitualizado; atenção inflexível; inação ou impulsividade; perturbação dos valores escolhidos; e esquivas experienciais (Hayes et al., 2011). A inflexibilidade psicológica é considerada um processo transdiagnóstico que ocorre para uma variedade de transtornos psicológicos, bem como comorbidade entre transtornos (Levin et al., 2014). O objetivo central do modelo da ACT, portanto, é alcançar maior flexibilidade psicológica (Hayes et al., 2012).

Os seis processos utilizados pela ACT são considerados “termos de nível intermediário”, o que significa que não são termos técnicos (ou seja, com maior precisão), e sua utilização se deve por facilitar a orientação de profissionais e o desenvolvimento do conhecimento (Grau et al., 2020). No entanto, pode-se questionar quais são os princípios comportamentais destes processos, ou seja, quais os processos básicos envolvidos nesses termos de nível intermediário. Alguns estudos se dedicaram a essa tentativa de clarificação dos termos, como ocorreu com a desfusão cognitiva (e.g. Assaz et al., 2018), e com o self-como-contexto (e.g. Dalgarrondo, 2022).

A ACT foi sujeita a revisões sistemáticas/meta-análises (e.g., A-Tjak et al., 2015; Gloster et al., 2020; Öst, 2014; Powers et al., 2009; Ruiz, 2012), e demonstrou ser eficaz no tratamento de vários transtornos psicológicos, como transtornos de ansiedade, depressão, dependência de substâncias e problemas somáticos de saúde (A-Tjak et al., 2015). Em um estudo que revisa 20 meta-análises, a ACT mostrou-se eficaz em todas as condições examinadas, incluindo ansiedade, depressão, uso de substâncias, dor e grupos transdiagnósticos (Gloster et al., 2020).

A Terapia de Aceitação e Compromisso adota a visão de que tentativas de regular as emoções podem ser uma das principais causas da psicopatologia (Blackledge & Hayes, 2001). Em consonância com essa visão, estratégias de regulação emocional têm sido associadas a psicopatologia (Aldao et al., 2010; Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010; Chawla & Ostafin, 2007).

Para a ACT, os esforços inflexíveis para controlar ou eliminar emoções e pensamentos são o que constitui o problema, e não a presença deles em si. Isso porque o empenho em controlar eventos internos pode amplificar a experiência destes (Walser & Westrup, 2007). Como exemplo, a tentativa de suprimir pensamentos indesejados ajuda paradoxalmente a aumentar a frequência deles (Wenzlaff & Wegner, 2000). A regulação emocional excessiva limita a vida do indivíduo e aumenta a dor psicológica (Valdivia-Salas et al., 2010).

A regulação emocional é um fator de risco e manutenção para o TEPT (Seligowski et al., 2016). Uma meta-análise sobre a relação entre regulação emocional e TEPT mostrou maiores associações em três estratégias de regulação emocional: ruminação, supressão de pensamento e esquiva experiencial (Seligowski et al., 2015). Em concordância com estes achados está outra meta-análise, que encontrou efeito médio ($r = .29$) no coeficiente de correlação de Pearson para associações de sintomas do TEPT com supressão de pensamento, e grandes efeitos para ruminação ($r = .52$) e esquiva experiencial ($r = .48$) (Miethe et al., 2023).

Esquiva Experiencial

A esquiva experiencial é um processo no qual a pessoa reluta em permanecer em contato com experiências privadas (como emoções, memórias, pensamentos e sensações corporais, por exemplo), de modo que toma medidas para que se altere a forma e frequência desses eventos, bem como os contextos que os ocasiona (Hayes et al., 1996). Um dos sintomas do TEPT é a evitação/esquiva de estímulos associados ao trauma (como pensamentos e sentimentos) (American Psychiatric Association, 2014). Estudos empíricos dão suporte a associação entre esquiva experiencial e TEPT (Maack et al., 2012; Orcutt et al., 2020), além de uma revisão sistemática e meta-análise (Akbari et al., 2022). O que diferencia a evitação de eventos potencialmente dolorosos da esquiva experiencial é que nesta há um engajamento em

comportamentos de fuga ou esquiva, mesmo sendo ineficaz ou causando sofrimento adicional (Boulanger et al., 2010).

Boulanger et al. (2010) argumentam que a definição de esquiva experiencial envolve a (1) função de fuga ou esquiva (independente da sua topografia) e o (2) contexto em que o comportamento ocorre. Neste sentido, a utilidade de estratégias de regulação e enfrentamento depende do contexto e da flexibilidade com que são usadas. Estratégias de esquiva não são necessariamente prejudiciais, e podem até ser úteis em alguns momentos (como uma simples distração, por exemplo), no entanto, de maneira geral, a esquiva experiencial é contraproducente (Blackledge & Hayes, 2001). Isso porque, ao colocar os esforços na esquiva, restringem-se os esforços colocados para mudanças necessárias e úteis de vida (Hayes et al., 1996). Ao se empenhar na esquiva, a vida fica mais limitada, já que a pessoa passa a evitar muitas situações, além de que sentimentos e pensamentos evitados se tornam mais predominantes e há uma diminuição na capacidade de se estar no momento presente e aproveitar a vida (Hayes et al., 2021).

Mesmo quando estratégias como a esquiva experiencial são bem-sucedidas, elas criam problemas adicionais ao limitar o acesso consciente da pessoa a eventos da vida e ao limitar a liberdade de se estar em situações que lhe são valiosas (Hayes et al., 1996). Em situações envolvendo eventos traumáticos, a esquiva experiencial pode ser adaptativa logo após a experiência, de modo a tornar mais gerenciável o confronto com os estímulos relacionados ao trauma (Miethe et al., 2023). A curto prazo, portanto, os efeitos da esquiva experiencial podem ser positivos, uma vez que ela pode reduzir algum desconforto, no entanto, a longo prazo, os efeitos podem ser negativos quando se estende muito e é aplicada de forma inflexível (Boulanger et al., 2010). Tal afirmação parece corroborar com estudos que relacionam a esquiva experiencial à gravidade dos sintomas de TEPT (Grau et al., 2020; Orcutt et al., 2005). Em estudos com indivíduos com história de abuso sexual, a esquiva experiencial mediou a

relação entre a violência sexual e o sofrimento psicológico (Marx & Sloan, 2002; Merwin et al., 2009).

A ACT é um método terapêutico voltado especificamente para reduzir a esquiva experiencial (Orsillo & Batten, 2005), e propõe que uma alternativa para ela é a aceitação emocional, mas ela não é um fim em si mesma. Ou seja, não se trata de solicitar que o cliente aceite e experimente eventos privados aversivos por si só, mas sim de ensiná-lo a aceitá-los quando surgirem, enquanto ele persegue os valores escolhidos (Blackledge & Hayes, 2001; Dixon et al., 2023). A aceitação pode ser definida operacionalmente como um comportamento de aproximação e contato a um estímulo que anteriormente evocava aversão (Cordova, 2001). Tal definição indica que a função discriminativa do estímulo muda, podendo passar a evocar respostas alternativas (Assaz & Oshiro, 2017). A ACT busca, portanto, alterar funções de estímulos em relações comportamentais quando estas são contraproduativas (Kovac, 2018).

ACT para TEPT

No caso do TEPT, a ACT difere de outros tratamentos como a Terapia Cognitiva e a Exposição Prolongada, pois não tenta modificar os eventos privados e respostas fisiológicas do cliente. A ACT busca alterar as funções dos eventos internos, de modo que o cliente é ajudado a ver que não precisa modificar ou controlar esses fenômenos para estar liberado para viver uma vida de forma intencional, e não reativa (Walser & Westrup, 2007). Em outras palavras, a ênfase da ACT não está em mudar os eventos privados, mas sim a forma como o indivíduo se relaciona com eles (Wharton et al., 2019). Portanto, ao invés de tentar se livrar das emoções desagradáveis, a ACT propõe que se vivencie plenamente essas emoções, em prol de estar em direção a uma vida valorosa (Blackledge & Hayes, 2001). Dito de outra forma, a proposta é de que se deixe de lutar contra os eventos privados, de modo a se abrir e abrir espaço para eles, e quando isso for eficaz e ajudar a melhorar nossas vidas (Harris, 2019). O objetivo da ACT,

portanto, é mudar a relação do cliente com as suas experiências internas indesejadas, para que o cliente possa viver uma vida em direção aos seus valores. Os valores do cliente são o elemento norteador da ACT, e um componente significativo desta terapia é a clarificação do que realmente importa, bem como o compromisso com comportamentos que correspondam com esses valores (Blackledge & Hayes, 2001).

Embora a ACT também seja consistente com modelos de exposição, ela parece diferir de outros tratamentos recomendados para TEPT, como a Exposição Prolongada. Do ponto de vista de princípios comportamentais, a Exposição Prolongada está embasada no modelo de extinção por exposição. Ela enfoca em promover a habituação, ou seja, a redução das respostas de medo, a partir do contato repetido com estímulos aversivos (Thompson et al., 2013). A ACT, por sua vez, diferentemente da EP e de outros tratamentos focados no trauma, não busca envolver os clientes na repetição dos relatos de memórias traumáticas. Seu foco, portanto, não está na habituação. A sua forma de exposição, ou seja, o contato com os estímulos aversivos, tem em vista expandir os repertórios comportamentais, por meio de novas aprendizagens – tais como aprender a tolerar o sofrimento emocional, mesmo na ausência de habituação, por exemplo (Thompson et al., 2013; Wharton et al., 2019).

A clarificação de valores parece ter um papel importante em atividades que envolvem exposição. Isso porque a função da exposição pode ser transformada quando ela é conectada, de forma verbal, aos valores (que podem representar reforçadores positivos de alta magnitude). Com isso, a exposição pode passar a ter, também, componentes reforçadores, de modo a reduzir a probabilidade de fuga e esquiva (Assaz & Oshiro, 2017).

Uma forma de compreender como as técnicas utilizadas pela ACT funcionam é voltar para as explicações da RFT, que é a teoria comportamental da linguagem e cognição que embasa a ACT. Na ACT, compreende-se a linguagem como fonte primária do surgimento do sofrimento (Hayes et al., 2021). Como forma de dar uma explicação para como isso ocorre, a

RFT discorre sobre as três características do enquadramento relacional, sendo a implicação mútua, a implicação combinatória e, a terceira, a transformação de função. A implicação mútua é a bidirecionalidade derivada das relações de estímulo, ou seja, se A é referido como igual a B, então pode-se dizer que B é igual a A (Hayes & Pierson, 2005). Já se A for menor que B, então B é maior que A. O termo “implicação mútua” é pelo fato de que, se for especificada a primeira relação, a segunda é então implicada (Hayes et al., 2002). Implicação combinatória é a capacidade de derivar relação entre duas ou mais relações de estímulo. Como exemplo, se A é maior que B, e B é maior que C, pode-se deduzir que A é maior que C, e C é menor que A. Por fim, é possível transformar as funções de um ou mais estímulos por meio dessas relações (Hayes & Pierson, 2005). Se A, B e C são estímulos que participam de uma moldura de equivalência, e B está pareado a um estímulo aversivo (como um choque, por exemplo), A e C também podem adquirir funções aversivas (Barnes-Holmes & Harte, 2022). Tanto a implicação quanto a transformação de funções são reguladas pelo contexto (Hayes & Pierson, 2005).

De acordo com Hayes e Pierson (2005), a fonte cognitiva de muito do sofrimento humano pode ser explicada pelos quadros relacionais. Segundo os autores, a bidirecionalidade da linguagem faz com que a descrição de um evento aversivo, por exemplo, possa ter certas funções desse evento. Por meio da transformação de função, um sobrevivente de trauma, ao relatar seu evento traumático, pode sentir os mesmos sentimentos que estavam presentes durante o trauma.

A RFT, portanto, explica como processos que são exclusivamente verbais transformam funções de estímulos, e a ACT, por sua vez, age nas transformações verbais de funções quando estas são consideradas problemáticas (Blackledge, 2007).

No caso de tratamento para TEPT, uma revisão inicial realizada por Mulick et al. (2005) indicou que Terapias Comportamentais Contextuais poderiam ser uma alternativa às limitações encontradas nas intervenções de exposição (tais como altas taxas de desistência, baixa adesão

ao tratamento e procedimentos de natureza aversiva). Os autores, no entanto, reconheceram estar ainda no início da exploração sobre o assunto, e que mais pesquisas eram necessárias para determinar a eficácia desses tratamentos (no caso da ACT, até o momento da publicação da revisão havia apenas dois estudos de caso sobre o seu uso para o tratamento de pessoas com TEPT).

Alguns estudos de caso mostram a aplicação e eficácia preliminar da ACT para TEPT, como no caso de um veterano de combate do Vietnã de 51 anos (Orsillo & Batten, 2005) e de uma mulher de 43 anos que não respondeu ao tratamento com sessões de terapia cognitivo-comportamental (Twohig, 2009). Em um estudo piloto com veteranos com diagnóstico de TEPT, foi realizada uma intervenção individual ($n = 9$) e uma intervenção em grupo ($n = 10$), ambas com 12 sessões de duração. Os resultados mostraram reduções significativas nos sintomas de TEPT tanto na intervenção em grupo quanto na individual (Wharton et al., 2019). Em um estudo piloto que utilizou intervenção de mindfulness (que é um dos componentes trabalhados na ACT) com 27 adultos sobreviventes de abuso sexual na infância, os níveis de sintomas diminuíram nos três critérios de sintomas de TEPT (reexperiência, evitação/entorpecimento e hiperexcitação), com tamanho de efeito (d de Cohen) no teste PCL de 1.2 em 8 semanas e 0.8 em 24 semanas, sendo particularmente forte o tamanho de efeito observado nos sintomas de evitação/entorpecimento (de 1,4 em 8 semanas) (Kimbrough et al., 2010).

Uma meta-análise sobre a eficácia de terapias de terceira onda (entre elas a ACT) na redução de sintomas de estresse pós-traumático mostrou efeitos médios a grandes (g de Hedges = 0.88, intervalo de confiança 95%: 0.72–1.03) em estudos não controlados, e os efeitos variando de pequeno a grande (g de Hedges = 0.50, intervalo de confiança 95%: 0.20-0.80) em estudos com um grupo controle (Benfer et al., 2021). Apesar de afirmarem que estudos mais rigorosos são necessários, os autores defendem que as terapias de terceira onda podem ser

preferidas em certas circunstâncias, como para aqueles que já experimentaram, sem sucesso, terapias padrão-ouro. Como os tratamentos recomendados geralmente utilizam exposição (in vivo e/ou imaginária), abordagens como a ACT poderiam ser mais palatáveis aos clientes, uma vez que eles não são solicitados a confrontar diretamente memórias e/ou pensamentos relacionados ao trauma (Benfer et al., 2021).

Uma revisão empírica sobre a aplicação da ACT no trauma e no TEPT apontou evidências preliminares de que a ACT é uma intervenção potencialmente eficaz, apesar da escassez de estudos em larga escala (Bean et al., 2017)¹. No entanto, não foram encontradas, até o momento, revisões sistemáticas sobre possíveis efeitos de intervenções ACT para sobreviventes de violência sexual².

Portanto, o estudo teve como objetivo realizar uma revisão sistemática para sintetizar a literatura disponível sobre intervenções em ACT com sobreviventes de trauma por violência sexual (independentemente do diagnóstico de saúde mental)³.

Método

Foi realizada uma revisão sistemática seguindo a declaração PRISMA (Page et al., 2021). A revisão seguiu um protocolo pré-determinado, registrado no PROSPERO antes do início da revisão, sob o nº de registro CRD42023449650. O protocolo pode ser acessado pelo link: https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42023449650

¹ Realizou-se uma consulta no PROSPERO em 28/06/2023, e identificou-se que uma revisão sistemática e meta-análise sobre Terapia de Aceitação e Compromisso para o tratamento de sintomas de TEPT estava em curso (nº de registro: CRD42023420540).

² Consulta no PROSPERO em 15/07/2023.

³ Embora a literatura indique fortes associações entre violência sexual e TEPT (Dworkin et al., 2017), optou-se por não incluir o termo TEPT na pesquisa para não limitar a busca apenas a tratamentos baseados em ACT para TEPT como desfecho primário.

Critérios de Elegibilidade

Os estudos foram incluídos se atendessem aos seguintes critérios de elegibilidade: intervenções que avaliam o uso da ACT como tratamento para qualquer problema de saúde com participantes sobreviventes de violência sexual; o estudo usou medidas para avaliar os efeitos da intervenção na amostra de sobreviventes de violência sexual; e artigos publicados em periódico revisado por pares e dissertações ou teses publicadas.

Critério de exclusão: tratamentos baseados em métodos diferentes da ACT; estudos sem participantes com histórico de violência sexual; estudos que não especifiquem os resultados das medidas para os participantes sobreviventes de violência sexual (em caso de amostras heterogêneas com indivíduos com e sem histórico de violência sexual); artigos teóricos e revisões ou de outra natureza (como editoriais).

Fontes de Informação e Estratégia de Busca

A busca desta revisão sistemática foi realizada nas bases de dados PTSDpubs, PsycINFO, Embase, Web of Science e PubMed, além do periódico Journal of Contextual Behavioral Science, acessado através do ScienceDirect. Foram pesquisados estudos publicados até junho de 2023, sem restrição de ano de publicação.

Foram incluídos os seguintes termos de pesquisa e operadores booleanos: ("acceptance and commitment therapy") AND ("sexual violence" OR "rape" OR "sexual assault" OR "sexual victimization" OR "sexual abuse" OR "sexual trauma" OR "sexual offence"). As estratégias de busca completas para todas as bases de dados são apresentadas no Apêndice A.

Processo de Seleção dos Estudos

O processo de seleção dos estudos foi realizado integralmente pela autora. Em um primeiro momento, realizou-se uma busca nos bancos de dados e extração dos estudos

identificados, e em seguida utilizou-se o aplicativo de web Rayyan (Ouzzani et al., 2016) para a seleção dos estudos. Após a identificação e exclusão dos artigos duplicados, os títulos e resumos dos documentos encontrados foram lidos e selecionados de acordo com critérios de inclusão e exclusão. Os estudos que foram incluídos nesta fase foram então recuperados e lidos integralmente. Nesta etapa, também foram pesquisadas as listas de referências dos documentos identificados. Os estudos foram avaliados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

Extração de Dados e Síntese

Foram utilizadas planilhas para a extração dos dados e síntese. As informações foram coletadas integralmente pela autora, e incluíam detalhes sobre: (1) autores e ano de publicação do estudo; (2) características dos participantes (incluindo gênero; idade; diagnóstico/condição e informações sobre o abuso sexual sofrido); (3) tratamento (incluindo o formato da intervenção; quantidade e duração das sessões; duração do tratamento; e se utilizou manual); (4) o desenho do estudo; (5) medidas de resultados; (6) pontos de medidas de resultados; (7) resultados para as medidas pré e pós-intervenção e de acompanhamento (quando apresentadas); (8) treinamento do terapeuta; (9) se houve financiamento para o estudo, e (10) qualidade dos estudos.

Os dados foram apresentados por meio de uma síntese narrativa e tabelas descritivas. Quanto às medidas de resultados, foram apresentados os resultados correspondentes às medidas pré-intervenção, pós-intervenção e, quando disponíveis, de acompanhamento nos estudos. Esses resultados foram organizados em duas tabelas distintas: uma com foco em medidas de saúde mental e bem-estar, e outra com resultados relacionados a medidas de processos.

Avaliação de Risco de Viés

Com base no estudo de Zeng et al. (2015), que realizaram uma revisão sistemática e meta-análise de ferramentas de avaliação da qualidade metodológica de estudos pré-clínicos e clínicos, como forma de avaliar a qualidade metodológica e risco de viés dos estudos incluídos foram utilizadas, nesta revisão, as ferramentas de avaliação crítica do Joanna Briggs Institute (JBI) para séries de caso (Munn et al., 2020), e para estudos de caso (Moola et al., 2020). O JBI para séries de casos é um checklist com 10 itens, enquanto o JBI para estudos de caso contém 8 itens, e em ambos as respostas para preenchimento podem ser *sim; não; não está claro; e não aplicável*. Já para o estudo com desenho de sujeito único, utilizou-se a escala de 15 itens *Risk of Bias in N-of-1 Trials* (RoBiNT) (Tate et al., 2013), que é uma revisão da escala *Single-Case Experimental Design* (SCED) (Tate et al., 2008). A indicação de pontuação desta escala varia de 0 a 2, sendo concedido 2 pontos quando o item está descrito de forma mais completa no estudo. A avaliação de qualidade dos estudos foi inteiramente realizada pela autora.

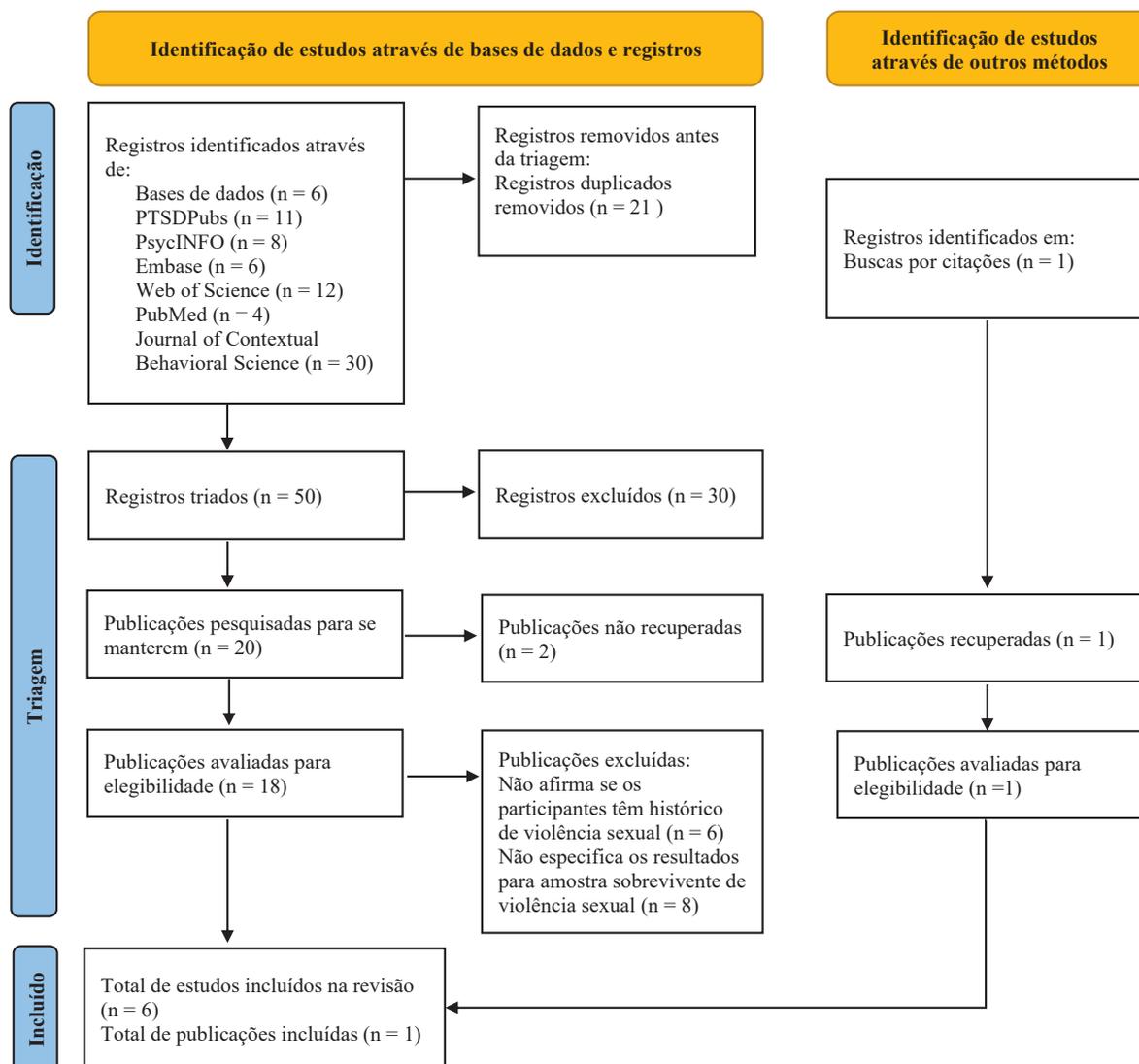
Resultados

Seleção de Estudos

Foram identificados 71 estudos nas buscas em bases de dados. Após a remoção das duplicatas, 50 estudos permaneceram. Um estudo foi incluído a partir da lista de referências dos estudos recuperados e lidos integralmente. Ao todo, 7 estudos satisfizeram os critérios de elegibilidade para inclusão e foram adicionados para extração de dados. As etapas de seleção dos estudos podem ser verificadas no fluxograma da Figura 1, bem como os motivos de exclusão dos estudos.

Figura 1

Fluxograma PRISMA apresentando as etapas de seleção dos estudos ao longo da revisão sistemática.



Características dos Estudos Identificados

Os estudos incluídos foram publicados entre os anos de 2005 e 2019. Um estudo avaliou a ACT para tratamento do TEPT com adolescentes (Woidneck et al., 2014), enquanto outros dois estudos avaliaram o TEPT como comorbidade, sendo um com abuso de substâncias (Batten & Hayes, 2005) e outro com psicose inicial (Jansen & Morris, 2017). A ACT também foi avaliada como tratamento para danos morais (Borges, 2019); para pacientes tratados e não

remitidos com anorexia nervosa (Berman et al., 2009); para depressão relacionada ao trauma sexual militar (Hiraoka et al., 2016); e para uma sobrevivente de agressão sexual (Burrows, 2013).

Em relação aos desenhos dos estudos, um é estudo de sujeito único que utilizou duas linhas de base múltipla não concorrentes entre participantes da comunidade e participantes residenciais (Woidneck et al., 2014); dois são séries de casos (Berman et al., 2009; Jansen & Morris, 2017); e os outros quatro são estudos de caso. A Tabela 3 apresenta um resumo dos sete estudos incluídos nesta revisão, contendo os autores, características dos participantes, formato da intervenção, desenho do estudo, medidas utilizadas na intervenção e pontos em que a medição foi realizada.

Tabela 2

Características dos estudos selecionados

Estudo	Características participantes	Tratamento	Desenho	Instrumentos	Pontos de medidas
Batten e Hayes (2005)	Uma mulher (19 anos) com abuso de substâncias e TEPT comórbido relacionado a uma história de abuso sexual na infância.	96 sessões de ACT, durante 17 meses (com mais de uma sessão por semana nos primeiros meses)	Estudo de caso	SCL-90-R BDI AAQ WBSI MMPI-2 ATQ Frequency ATQ Believability	Pré-tratamento, 3 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 15 meses, encerramento, acompanhamento de 3 meses, 6 meses e 12 meses
Berman et al. (2009)	Duas mulheres (24 anos e 56 anos) com anorexia e TEPT comórbido (uma por abuso sexual crônico na infância por um perpetrador não familiar; e a outra por histórico de abuso sexual por um irmão em sua família adotiva)	17 sessões de psicoterapia individual (duas vezes por semana) e 2 sessões opcionais de psicoterapia familiar, com duração de 50 a 60 min (uma das sessões durou 90 min), usando um manual de	Série de casos	SCL-90-R EDE-Q BDI-II BAI BIAAQ EDDS	Pré-tratamento, pós-tratamento e acompanhamento de 1 ano

tratamento de ACT para
AN adaptado

		Estudo de caso	VLQ	Pré-tratamento (semana 1), no meio do tratamento (semana 6), pós-tratamento (semana 12) e/ou um mês de acompanhamento.
Borges (2019)	Um militar (“trinta e poucos anos”) que experimentou danos morais. Quando criança testemunhou seus irmãos sofrendo abuso sexual de seu pai. Participou de tratamento de TEPT para veteranos	12 sessões individuais (semanais) de tele-saúde com 90 min de duração cada de ACT for Moral Injury (ACT-MI)	PROMIS Satisfaction Social Roles and Activities PROMIS Isolation AAQ-II CFQ-MI PCL-5 PHQ-9 EMIS-M CSQ-8 NEII	

Burrows (2013)	Uma mulher (18 anos) estudante do último ano do ensino médio, sobrevivente de violência sexual quando adulta e com sintomas de TEPT	18 sessões (de 50 min) de ACT durante 10 meses	Estudo de caso	AAQ-II WBSI TSC-40 VLQ	Pré-tratamento, pós-tratamento e acompanhamento aos 8 meses
Hiraoka et al. (2016)	Uma mulher (21 anos), solteira, veterana, com Transtorno Depressivo Maior com sofrimento ansioso relacionado ao trauma sexual militar	24 sessões (individual) de uma hora de ACT ao longo de 7 meses	Estudo de caso	AAQ-II BDI-II	Administrados a cada três sessões ao longo de 24 sessões (8 pontos no tempo). * Não utilizou medidas de acompanhamento
Jansen e Morris (2017)	2 mulheres (21 e 23 anos) que sofreram abuso sexual na infância (e, uma delas, também abuso sexual quando ela tinha 18 anos). Preencheram todos os critérios da CID-10 para esquizofrenia e TEPT, e tinham sintomas de ansiedade e depressão	12 sessões guiada por manual ACT	Série de casos	BAI BDI-II PCL-C IES-R AAQ-II PANSS	Pré-tratamento, meio, pós-tratamento e acompanhamento de 2 meses); exceto o PANSS

Woidneck (2014)	Adolescentes com TEPT e histórico de abuso sexual. Duas eram da comunidade (17 e 15 anos) e com comorbidade de Transtorno Depressivo Maior. A terceira (15 anos) estava recebendo tratamento em um centro residencial local especializado em transtornos alimentares e tinha comorbidade com Bulimia e Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade.	10 sessões individuais semanais de 1 hora usando um protocolo modificado de ACT para tratar adolescentes com estresse pós-traumático. *Uma das participantes realizou 3 sessões, e optou por descontinuar o tratamento.	Estudo de sujeito único. Usou duas linhas de base múltiplas não concorrentes	Daily monitoring CAPS-CA CPSS ComQol-S5 TEI-SF AFQ-Y	self- (uma semana após a última sessão) e acompanhamento de 3 meses após a última sessão	Pré-tratamento (linha de base), pós-tratamento (uma semana após a última sessão) e
						*O AFQ-Y e o CPSS foram administrados em todas as sessões de tratamento e o automonitoramento continuou em todas as fases do experimento *TEI-SF foi administrado apenas no pós-tratamento

Medidas: Acceptance and Action Questionnaire (AAQ); Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II); Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ); ATQ Frequency ATQ Believability; Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (AFQ-Y); Beck Anxiety Inventory (BAI); Beck Depression Inventory (BDI); Beck Depression Inventory-II (BDI-II); Body Image Acceptance and Action Questionnaire (BIAAQ); Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA); Child PTSD Symptom Scale (CPSS); Client Satisfaction Questionnaire-8

(CSQ-8); Cognitive Fusion Questionnaire-Moral Injury (CFQ-MI); Comprehensive Quality of Life Scale-Student version (ComQol-S5); Daily self-monitoring; Eating Disorder Diagnostic Scale (EDDS); Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q); Expressions of Moral Injury Scale-Military Version (EMIS-M); Impact of Events Scale-Revised (IES-R); Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2); Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9); Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia (PANSS); PROMIS Satisfaction with Social Roles and Activities; PROMIS Social Isolation; PTSD Checklist for the DSM-5 (PCL-5); PTSD Checklist-Civilian Version (PCL -C); Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R); Trauma Symptom Checklist-40 (TSC-40); Treatment Evaluation Inventory-Short Form (TEI-SF); Valued Living Questionnaire (VLQ); White Bear Suppression Inventory (WBSI).

Características da Amostra

Nos estudos incluídos, 11 indivíduos foram descritos como pessoas que sofreram violência sexual em suas histórias de vida (de um total de 17 participantes). Os dados demográficos desta amostra ($n = 11$) de sobreviventes de violência sexual revelam que apenas um participante é homem (com idade descrita como na faixa de “trinta e poucos anos”) (Borges, 2019), enquanto as outras 10 são do sexo feminino (com idades de 15 a 56 anos, $M = 22,9$; $DP = 12,03$). Além disso, seis participantes da amostra eram caucasianas (Batten & Hayes, 2005; Berman et al., 2009; Hiraoka et al., 2016; Jansen & Morris, 2017), enquanto não há informações sobre o restante. Duas participantes tinham cidadania dinamarquesa (Jansen & Morris, 2017), enquanto não há informação nos outros estudos.

No estudo de delineamento de sujeito único, entre os participantes com histórico de violência sexual, duas eram da comunidade, enquanto uma recebia tratamento em uma unidade residencial local voltada para meninas adolescentes com transtornos alimentares (Woidneck et al., 2014).

Violência Sexual Sofrida

Sete participantes (dentre os quais o participante do sexo masculino) tinham histórico de abuso sexual na infância; uma participante na adolescência; e três participantes (todas mulheres) na vida adulta. Para apenas uma das participantes não há informações sobre o período de vida em que ocorreu a violência, mas esta foi descrita como abuso sexual perpetrada por um irmão em sua família adotiva.

Entre os indivíduos com histórico de violência sexual na infância, uma participante teve o abuso descrito como crônico (por um perpetrador não familiar) e o participante do sexo masculino relatou que, quando criança, testemunhou seus irmãos sofrendo abuso sexual de seu

pai. Entre as mulheres que sofreram violência sexual na vida adulta, uma era veterana com trauma sexual militar.

TEPT e Outros Diagnósticos

Entre os 11 participantes que sofreram violência sexual, a psicopatologia mais frequente citada foi de Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Oito pessoas foram descritas com diagnóstico em TEPT; uma participante foi descrita com “sintomas de TEPT” (sem falar do diagnóstico em si) (Burrows, 2013); e no participante do sexo masculino foi informado seu histórico de ter participado de tratamento de TEPT para veteranos, mas sem citar se preenchia o diagnóstico no início do tratamento (Borges, 2019). Uma participante foi diagnosticada com Transtorno Depressivo Maior com sofrimento ansioso (Hiraoka et al., 2016).

Oito participantes com diagnóstico de TEPT tinham comorbidades com outras condições, sendo uma com abuso de substâncias; duas com anorexia; duas com esquizofrenia; duas com Transtorno Depressivo Maior; e uma com bulimia e Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). As duas participantes com diagnóstico em TEPT e esquizofrenia também foram descritas com sintomas de ansiedade e depressão.

Características da Intervenção

A ACT foi a única intervenção utilizada nos sete estudos incluídos nesta revisão, e em quatro destes os autores relataram usar um manual de tratamento. Borges (2019) afirma que os procedimentos gerais aplicados no ACT for Moral Injury (ACT-MI) são descritos em um manual de tratamento que não havia sido publicado até o momento de publicação do estudo. Berman et al. (2009) usaram um manual de tratamento ACT para Anorexia Nervosa, adaptado de um livro sobre o mesmo tema. Woidneck et al. (2014) afirmam ter utilizado um protocolo modificado criado a partir de dois manuais de tratamento preexistentes (um para um

“adolescente diferente”, e outro para transtorno de ansiedade adulto) e complementado a partir de um manual desenvolvido especificamente para TEPT em adultos. Jansen e Morris (2017) relatam terem desenvolvido um manual combinando o trabalho clínico e de pesquisa de diferentes autores.

Um dos estudos relatou que a intervenção foi realizada na modalidade de telessaúde (Borges, 2019). No estudo de sujeito único, as duas participantes da comunidade realizaram a intervenção em salas de terapia de um laboratório de pesquisa universitário, enquanto a participante residencial realizou a intervenção dentro da unidade residencial de tratamento (Woidneck et al., 2014).

O número de sessões foi descrito em todos os estudos, e em seis deles a variação foi de 10 a 24 sessões, enquanto a intervenção de maior duração teve 96 sessões (Batten & Hayes, 2005) ($M = 27$; $DP = 30.80$). Foi relatada a desistência de uma participante, que concluiu até a 3ª sessão (de um total de 10), alegando que se sentia melhor, que estava muito ocupada para dar continuidade, e que acreditava que não haveria benefício contínuo em finalizar o tratamento (Woidneck et al., 2014).

A duração das sessões foi relatada em quatro estudos, variando de 50 a 90 minutos. Com relação à duração da intervenção, três estudos relataram a duração em meses, variando de 7 a 17 meses; três estudos descreveram intervenções com duração de 10 e 12 sessões semanais, enquanto um descreveu frequência de duas vezes por semana para 19 sessões.

Medidas Utilizadas na Intervenção

Diferentes medidas foram empregadas nos estudos (ver Tabela 2). Os instrumentos utilizados são, em sua maioria, validados, exceto pelo *Daily self-monitoring* que, conforme os autores Woidneck et al. (2014), é uma medida específica desenvolvida para o estudo. A maioria dos instrumentos utilizados é caracterizada como autorrelato, com a exceção do Clinician-

Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA), identificado como uma entrevista estruturada (Woidneck et al., 2014).

O AAQ-II foi o instrumento mais utilizado, sendo usado em quatro estudos (Borges, 2019; Burrows, 2013; Hiraoka et al., 2016; Jansen & Morris, 2017), enquanto sua versão mais antiga, o AAQ, foi utilizado em um estudo (Batten & Hayes, 2005). O BDI-II foi o segundo instrumento mais utilizado, sendo relatado em três estudos (Berman et al., 2009; Hiraoka et al., 2016; Jansen & Morris, 2017), enquanto a versão mais antiga, o BDI, foi usado em um estudo (Batten & Hayes, 2005).

Apenas um estudo não apresentou as medidas de acompanhamento (Hiraoka et al., 2016), enquanto no restante foram realizadas entre 1 mês e 1 ano após as intervenções.

Treinamento do Terapeuta

Quanto à formação dos terapeutas que conduziram as intervenções em ACT, quatro estudos continham informações sobre este tópico. O estudo de Berman et al. (2009) relata que a terapeuta (primeira autora) era uma professora assistente de aconselhamento psicológico em uma universidade, e que realizou um treinamento de um ano em terapias comportamentais de terceira onda (incluindo ACT). Por se tratar de um estudo com clientes com anorexia nervosa, a terapeuta também teve um treinamento especializado de um ano em transtornos alimentares e, pelo fato de ainda não ser licenciada, foi supervisionada por uma psicóloga com experiência em tratamento de transtornos alimentares (segunda autora). No estudo de Burrows (2013), a intervenção foi conduzida pela autora, uma assistente social e psicoterapeuta, sendo realizada em uma clínica de aconselhamento sobre agressão sexual. Na pesquisa de Hiraoka et al. (2016), o terapeuta (primeiro autor) era um estagiário de psicologia ao nível de doutorado, e foi supervisionado por um psicólogo licenciado (o terceiro autor). No estudo de Woidneck et al. (2014), o terapeuta foi um estudante de pós-graduação treinado.

Apoio Financeiro Para a Pesquisa

Os autores de três estudos afirmaram não ter recebido apoio financeiro para a pesquisa, autoria e/ou publicação dos artigos (Borges, 2019; Burrows, 2013; Woidneck et al., 2014), um estudo declarou ter sido financiado pela Veterans Health Administration (Hiraoka et al., 2016), e o restante não informou.

Avaliação da Qualidade dos Estudos Incluídos

As avaliações de qualidade dos relatos de casos estão apresentadas na Tabela 3. No que se refere às características demográficas, dois estudos (Borges, 2019; Burrows, 2013) não especificaram a etnia das participantes, e em um dos estudos (Borges, 2019), a idade não foi claramente descrita.

As avaliações de qualidade das séries de casos podem ser encontradas na Tabela 4. No estudo de Jansen e Morris (2017), apesar da apresentação de dados demográficos dos participantes, há ausência de informação quanto à escolaridade.

Tabela 3*Lista de verificação de avaliação crítica JBI para relatos de casos*

	Batten e Hayes (2005)	Borges (2019)	Burrows (2013)	Hiraoka et al. (2016)
1. As características demográficas do paciente foram claramente descritas?	Sim	Não	Não	Sim
2. A história do paciente foi claramente descrita e apresentada como uma linha do tempo?	Sim	Sim	Sim	Sim
3. A condição clínica atual do paciente na apresentação foi claramente descrita?	Sim	Sim	Sim	Sim
4. Os testes de diagnóstico ou métodos de avaliação e os resultados foram claramente descritos?	Sim	Sim	Sim	Sim
5. A(s) intervenção(ões) ou procedimento(s) de tratamento foram claramente descritos?	Sim	Sim	Sim	Sim
6. O quadro clínico pós-intervenção foi claramente descrito?	Sim	Sim	Sim	Sim
7. Os eventos adversos (danos) ou imprevistos foram identificados e descritos?	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
8. O relato de caso fornece lições para levar?	Sim	Sim	Sim	Sim

Tabela 4*Lista de verificação de avaliação crítica JBI para séries de casos*

	Berman et al. (2009)	Jansen e Morris (2017)
1. Houve critérios claros para inclusão na série de casos?	Sim	Sim
2. A condição foi medida de forma padronizada e confiável para todos os participantes incluídos na série de casos?	Sim	Sim
3. Foram utilizados métodos válidos para identificação da condição para todos os participantes incluídos na série de casos?	Sim	Sim
4. A série de casos teve inclusão consecutiva de participantes?	Não está claro	Sim
5. A série de casos teve inclusão completa dos participantes?	Sim	Não está claro
6. Houve relatórios claros sobre a demografia dos participantes do estudo?	Sim	Não
7. Houve relato claro das informações clínicas dos participantes?	Sim	Sim
8. Os resultados ou resultados de acompanhamento dos casos foram claramente relatados?	Sim	Sim
9. Houve relato claro das informações demográficas do(s) local(is)/clínica(s) apresentado(s)?	Sim	Sim
10. A análise estatística foi apropriada?	Sim	Sim

A avaliação de qualidade do estudo de sujeito único está na Tabela 5. Dos 15 itens da escala, um terço recebeu pontuação máxima, um terço recebeu pontuação média, e o restante não pontuou. No caso dos itens avaliados com pontuação média, constatou-se que na categoria “características da linha de base” não foi conduzida uma análise funcional. Com relação ao “*setting* terapêutico”, não foi fornecida uma descrição detalhada do ambiente de intervenção. Na categoria “variável dependente (comportamento alvo)” não foi realizada uma descrição suficientemente precisa dos sintomas ou comportamento alvo dos participantes. Além disso,

na seção “variável independente (intervenção)” a periodicidade das sessões não foi devidamente detalhada; e em “registro de dados brutos” não houve descrição dos dados sessão por sessão.

Já nos itens que não receberam pontuação, observou-se a ausência de informações relacionadas à "randomização", "cegamento do paciente/terapeuta" e "generalização" no estudo. No que se refere aos itens "cegamento de avaliadores" e "confiabilidade entre avaliadores", a falta de pontuação ocorreu porque todas as avaliações foram conduzidas pelo terapeuta, em vez de serem realizadas por um pesquisador independente.

Tabela 5

Escala RoBiNT de risco de viés em estudos de caso único

	Woidneck et al. (2014)
1. Desenho	2
2. Randomização	0
3. Amostragem de comportamento (todas as fases)	2
4. Cegamento do paciente/terapeuta	0
5. Cegando avaliadores	0
6. Confiabilidade entre avaliadores	0
7. Adesão ao tratamento	2
8. Características da linha de base	1
9. <i>Setting</i> terapêutico	1
10. Variável dependente (comportamento alvo)	1
11. Variável independente (intervenção)	1
12. Registro de dados brutos	1
13. Análise de dados	2
14. Replicação	2
15. Generalização	0

Resultados das Intervenções

São apresentados os resultados numéricos das medidas realizadas em três momentos: antes e após o tratamento, e no acompanhamento, quando realizado. Também foram apresentadas, quando realizadas, as principais interpretações dos estudos sobre os resultados. Os resultados foram sintetizados em duas tabelas. Na Tabela 6 estão os resultados de medidas de saúde mental e bem-estar, enquanto os resultados de medidas de processos são apresentados na Tabela 7.

Tabela 6*Resultados relacionados a medidas de saúde mental e bem-estar*

Estudos	Variáveis ou fatores de interesse	Instrumentos	Pré	Pós	Ac	Interpretação dos resultados nos estudos
Batten e Hayes (2005)	Sintomatologia psicológica	Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R)	0.88	0.16	0.25	Nível leve a moderado de sofrimento psicológico geral no início, apresentando melhoria ao final do tratamento, que se manteve muito abaixo no acompanhamento.
	Sintomas depressivos	Beck Depression Inventory (BDI)	16	4	4	Nível leve a moderado de sintomatologia depressiva no início do tratamento. Diminuição no pós-tratamento, permanecendo em um nível muito abaixo de significância clínica para depressão no acompanhamento.
	Traços de personalidade e psicopatologia	Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)	*	*	*	No início, seis escalas foram clinicamente elevadas acima de um escore T de 65, com um tipo de código de Welsh 7"4923'8+1-065 F-L:K.. As escalas elevadas foram Escala 7 (Psicastenia), Escala 4 (Desvio Psicopático), Escala 9 (Mania), Escala 2 (Depressão), Escala

3 (Histeria) e Escala 8 (Esquizofrenia). Esse perfil está frequentemente associado a padrões cíclicos de comportamento, alternando entre comportamentos impulsivos e não convencionais e períodos de culpa e remorso. Nenhuma subescala ficou elevada acima de um escore T de 65 no final do tratamento e acompanhamento.

Berman et al. (2009) Sintomas de transtorno alimentar Eating Disorder Diagnostic Scale (EDDS) P1: * P2: * * * Enquanto para P1 houve tendência de correlação negativa significativa entre o tratamento e a inclinação de mudança de peso, para P2 houve correlação positiva significativa.

Sintomatologia psicológica Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R) P1: 61 P2: 60 46 55 49 52 Mudança de categorias moderadamente sintomáticas para categorias funcionais no índice global das duas participantes

Sintomas de transtorno alimentar	Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q)	P1: 4.08 P2: 1.18	1.74 2.44	3.8 0.633	**
Sintomas depressivos	Beck Depression Inventory-II (BDI-II)	P1: 8 P2: *	3 5	2 7	**
Sintomas de ansiedade	Beck Anxiety Inventory (BAI)	P1: 13 P2: 1	4 0	10 1	**
Borges (2019)	Satisfação com a capacidade de realizar atividades sociais	PROMIS Short Form v.2.0-Satisfaction with Social Roles and Activities 8a	11	22 26	**
Percepção de isolamento social	PROMIS Social Isolation	19	17	15	**

Expressões de dano moral associadas ao bem-estar emocional, relacionamentos e qualidade de vida.	Expressions of Moral Injury Scale-Military Version (EMIS-M)	65	64	57	Redução do pré-tratamento ao acompanhamento de 1 mês
TEPT	PTSD Checklist for the DSM-5 (PCL-5)	61	59	56	Redução do pré-tratamento ao acompanhamento de 1 mês
Depressão	Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)	21	19	20	**
Aceitabilidade do cliente	Client Satisfaction Questionnaire-8 (CSQ-8)	*	31	31	**
Burrows (2013)	Trauma Symptom Checklist-40 (TSC-40)	70	45	35	Diminuição na sintomatologia do trauma do pré ao pós-tratamento, e uma diminuição adicional no acompanhamento.

Hiraoka et al. (2016)	Sintomas depressivos	Beck Depression Inventory-II (BDI-II)	33	16	*	Pontuação inicial	sugerindo	sintomas
						depressivos graves, com pontuação ao final do tratamento indicativa de sintomas de depressão na faixa leve.		
Jansen e Morris (2017)	Sintomas de TEPT	Impact of Events Scale-Revised (IES-R)	P1: 52 P2: 49	12 7	21 6	Reduções do pré ao pós-tratamento. Pontuações finais e de acompanhamento abaixo do ponto de corte clínico off (≥ 33).		
	Sintomas de ansiedade	Beck Anxiety Inventory (BAI)	P1: 36 P2: 27	14 5	18 6	Melhoras nos sintomas de ansiedade.		
	Sintomas depressivos	Beck Depression Inventory-II (BDI-II)	P1: 40 P2: 28	7 4	14 7	Melhoras nos sintomas depressivos.		
	Sintomas de TEPT em civis	PTSD Checklist-Civilian Version (PCL -C)	P1: 67 P2: 43	32 22	31 24	Melhoras nos sintomas de TEPT.		
		CAPS-CA	P1: 50	46	18			

Woidneck (2014)	Sintomas TEPT (de 8 a 18 anos)	P2: 68 P3: 64	38 12	24 12	Reduções nas pontuações de sintomatologia do TEPT das três participantes. No acompanhamento, as três estavam abaixo da faixa clínica para estresse pós-traumático (abaixo de 40).
	Sintomas TEPT (de 8 a 18 anos)	PTSD Scale (CPSS)	P1: 13 P2: 40 P3: 34	6 13 10	Apenas P1 não apresentou redução de pontuação nos sintomas de TEPT no pós- tratamento, mas houve redução no acompanhamento.
	Qualidade de vida objetiva e subjetiva	Comprehensive Quality of Life Scale–Student version (ComQol- S5):			
		ComQol Objective	P1: 58.3 P2: 42.8 P3: 46.4	67.8 61.9 53.5	65.40 64.2 52.3

ComQol Subjective		P1:	68.0	62.0	69.9	**
		P2:	57.8	62.2	65.7	
		P3:	63.5	75.1	74.0	
Aceitabilidade do tratamento	Treatment	P1:	27			Pontuações superiores a 21 indicam que o
	Evaluation	P2:	30			tratamento foi classificado como aceitável. ⁵
	Inventory–Short	P3:	27			
	Form (TEI-SF) ⁴					

Pré (pré-tratamento); Pós (pós-tratamento); Ac (acompanhamento).

*Resultado não apresentado; ** Interpretação do resultado não apresentada

⁴ Medida aplicada apenas no pós-tratamento.

Tabela 7*Resultados relacionados a medidas de processos*

Variáveis ou fatores de interesse	Instrumento	Pré	Pós	Ac.	Interpretação dos resultados nos estudos
Batten e Hayes (2005)	Inflexibilidade psicológica e esquiva experiencial	36	27	26	Nível moderado de esquiva experiencial no pré tratamento. Escores notavelmente reduzidos no acompanhamento.
	Supressão de pensamento	48	42	36	Nível moderado de supressão de pensamento.
	Autoafirmações negativas/pensamentos automáticos negativos	59	33	32	Pontuação consistente com a norma para usuários de drogas não deprimidos.
	Automatic Thoughts	48	*	30	Pontuação consistente com a norma para usuários de drogas não deprimidos.
	Questionnaire (ATQ): ATQ Frequency				
	Automatic Thoughts				
	Questionnaire (ATQ): ATQ Believability *				

Berman et al. (2009)	<p> Aceitação em relação a pensamentos e sentimentos negativos sobre a forma corporal e/ou peso</p> <p> Vida valorizada</p>	<p> Body Image Acceptance and Action Questionnaire (BIAAQ)</p> <p> Valued Living Questionnaire (VLQ)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Composto • Importância • Comportamento 	<p> P1: 3.62</p> <p> P2: 4.17</p> <p> P3: 25</p>	<p> 5.62</p> <p> 5.55</p> <p> 72</p>	<p> 4.9</p> <p> 5.1</p> <p> 66</p>	<p> **</p> <p> Aumento significativo do envolvimento com a importância valorizada e comportamento valorizado após o tratamento.</p>
Borges (2019)	<p> Inflexibilidade psicológica e esquiva experiencial</p>	<p> Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II)</p>	<p> 45</p>	<p> 34</p>	<p> 29</p>	<p> Diminuição da pontuação, indicando maior disposição para aceitação da dor moral.</p>
	<p> Fusão cognitiva relacionados à danos morais</p>	<p> Cognitive Fusion Questionnaire-Moral Injury (CFQ-MI)</p>	<p> 44</p>	<p> 37</p>	<p> 27</p>	<p> Diminuição da pontuação, indicando maior disposição para aceitação da dor moral.</p>

Burrows (2013)	Inflexibilidade psicológica e esQUIVA EXPERIENCIAL	Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II)	36	26	26	A pontuação no pré-tratamento sugeria alto nível de inflexibilidade psicológica e esQUIVA EXPERIENCIAL, e a diminuição sugere redução moderada na esQUIVA EXPERIENCIAL e aumento na flexibilidade psicológica no pós-tratamento e acompanhamento ⁶
	Supressão de pensamento	White Bear Suppression Inventory (WBSI)	73	57	48	A pontuação inicial indicava um nível muito alto de supressão de pensamento, que foi reduzido no pós-tratamento, com uma diminuição adicional no acompanhamento.
	Vida valorizada	Valued Living Questionnaire (VLQ)				
		• Composto	38	42	44	Pontuação inicial “composta” indica
		• Importância	63	66	64	disparidade entre seus valores declarados e seu comportamento. Aumento marginal entre essa
		• Consistência	53	56	61	pontuação e as pontuações de importância e consistência.

⁶ A pontuação no pós-tratamento e acompanhamento ainda estava dentro da faixa AAQ-II de 24 a 28, o que pode indicar nível clinicamente relevante de sofrimento (Burrows, 2013)

Hiraoka et al. (2016)	Inflexibilidade psicológica e esquiva experiencial	Acceptance and Action Questionnaire–II (AAQ-II)	42	16	Pontuação ao início do tratamento sugerindo elevado grau de inflexibilidade psicológica e presença de sofrimento clínico. A pontuação no pós-tratamento indica maior flexibilidade psicológica e diminuição do sofrimento.	
Jansen e Morris (2017)	Inflexibilidade psicológica e esquiva experiencial	Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II)	P1: 50 P2: 48	26 17	30 16	Redução da esquiva experiencial e aumento da flexibilidade psicológica nas duas participantes.
Woidneck (2014)	Esquiva experiencial e fusão cognitiva na juventude	Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (AFQ-Y)	P1: 22 P2: 50 P3: 37	7 27 3	4 26 6	**

Pré (pré-tratamento); Pós (pós-tratamento); Ac (acompanhamento).

*Resultado não apresentado; ** Interpretação do resultado não apresentada

Discussão

Interpretação dos Resultados

Foi realizada uma revisão para sintetizar a literatura disponível sobre intervenções em ACT com sobreviventes de trauma por violência sexual. Para isso, empregou-se uma estratégia de busca sistemática, e sete estudos foram incluídos na revisão. Os desenhos dos estudos variaram entre séries de caso, estudos de caso e um estudo de sujeito único. Apesar de relatos de casos e séries de casos serem desenhos de estudos não controlados e, por conta disso, com aumento de risco de viés, eles contribuem para o avanço do nosso conhecimento nos dias de hoje, além de que há uma grande influência deles na literatura médica, por exemplo (Murad et al., 2018). Pelo fato de os sete estudos incluídos não serem controlados, não é possível fazer alegações causais quanto a eficácia da ACT como intervenção para os casos descritos. No entanto, como os resultados nas medidas de saúde mental e de processos indicaram melhoras nestas variáveis, pode-se considerar que tais estudos contribuem como um suporte para a literatura da eficácia de intervenções em ACT com pessoas que sofreram violência sexual.

Com relação às pessoas que sofreram violência sexual, nota-se que, do total de 11 participantes, 10 são do sexo feminino. Apesar do número pequeno da amostra, ela vai ao encontro da literatura de prevalência de violência sexual, que indica que a maioria das vítimas é do sexo feminino (Borumandnia et al., 2020; Fórum Brasileiro De Segurança Pública, 2023). Sobre o participante homem, este foi descrito como tendo testemunhado, durante a infância, seus irmãos sofrendo abuso sexual por parte de seu pai. Ele foi incluído nesta revisão, pois a forma como foi exposto à violência sexual se enquadra no Critério A2 para TEPT do DSM-V-TR (APA, 2022), que contempla a situação em que se testemunhou pessoalmente o evento tal como ocorreu a outras pessoas. Desta forma, segundo os critérios da APA, testemunhar a violência sexual pode ser considerado como um evento traumático.

Ainda sobre a violência sexual sofrida, constatou-se que sete participantes tinham histórico de violência sexual na infância. Essa informação corrobora com dados sobre casos de estupro no Brasil, que evidenciaram que a maioria das vítimas tem até 13 anos (Fórum Brasileiro De Segurança Pública, 2023). Novamente, destaca-se o número pequeno da amostra, portanto é preciso cautela ao generalizar os dados.

Não é possível afirmar que há uma relação causal entre todos os participantes com histórico de violência sexual e as psicopatologias descritas nos estudos. Isso porque há variáveis que podem não ter sido investigadas para uma boa conceituação do caso. No entanto, a psicopatologia mais comum citada nos estudos foi o TEPT, com oito participantes com o diagnóstico; uma participante com “sintomas de TEPT” (sem falar do diagnóstico em si); e um participante que participou de tratamento de TEPT para veteranos, (embora sem citar se preenchia o diagnóstico no início do tratamento). Esses dados corroboram com a literatura, que indica fortes associações entre violência sexual e aumento de risco para TEPT (Dworkin et al., 2017), e maior prevalência de TEPT em amostras de pessoas agredidas sexualmente (Dworkin, 2020).

Apesar da complexidade em determinar se a violência sexual desempenha um papel causal direto nos transtornos mentais, Dworkin et al. (2017) discutem que, a despeito disso, a observação de aumento de prevalência e gravidade em uma série de psicopatologias entre sobreviventes de violência sexual indica que, em um tratamento de transtorno mental, a exposição ao trauma deve ser considerada. Nesse sentido, uma boa conceituação do caso pode direcionar melhor o tratamento.

Oito participantes com diagnóstico de TEPT tinham comorbidades com outras condições, sendo uma com abuso de substâncias; duas com anorexia; duas com esquizofrenia; duas com Transtorno Depressivo Maior; e uma com bulimia e TDAH. Novamente, esses achados vão de encontro com a literatura, que indicou que a violência sexual foi associada ao

risco aumentado para diversas psicopatologias (Dworkin et al., 2017). Com isso, destaca-se a importância de intervenções que possam ser usadas em situações com maior complexidade, como as que envolvem comorbidades. A ACT, por ser um modelo transdiagnóstico, ou seja, que se aplica a mais de uma condição ou diagnóstico (Dindo et al., 2017), parece ser uma intervenção útil neste sentido. Embora seu foco não seja a redução de sintomas, ela pode acontecer como um subproduto da intervenção. Os resultados dos estudos incluídos nesta revisão apontam melhoras nas medidas de saúde e bem-estar e nas medidas de processo nos participantes.

Limitações das Evidências Incluídas na Revisão

Foram observadas algumas limitações das evidências incluídas na revisão. Pelo fato de a amostra ter um tamanho pequeno, é preciso ter cautela ao generalizar os dados, como, por exemplo, sobre abandono da terapia. Sobre esse assunto, foi relatada a desistência de uma participante, que concluiu três sessões, de um total de 10 (Woidneck et al., 2014). Amostras maiores podem fornecer dados mais confiáveis, inclusive comparando taxas de desistência entre intervenções em ACT com as de intervenções atualmente recomendadas pelas diretrizes da APA (2017) para tratamento de TEPT adulto. Além disso, com relação aos resultados, um dos estudos utilizou apenas duas medidas, antes e após a intervenção (Hiraoka et al., 2016). Medidas de acompanhamento podem fornecer dados relevantes sobre o impacto da intervenção a longo prazo. Outra limitação é que a maioria dos instrumentos utilizados nos estudos é de autorrelato, com a exceção do Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA), identificado como uma entrevista estruturada. Embora muito utilizados, os instrumentos de autorrelato podem aumentar o risco de viés.

O instrumento mais utilizado foi o AAQ-II (Bond et al., 2011), que é uma medida usada para avaliar a inflexibilidade psicológica e a esquiva experiencial. Embora ele seja validado e

amplamente utilizado, principalmente em estudos que envolvam intervenção em ACT, o AAQ-II sofreu críticas, entre elas com relação à validade de conteúdo. Alguns estudos apontam que o AAQ-II não tem uma validade discriminante considerável (Ong et al., 2020), e parece medir sofrimento psicológico, ao invés de inflexibilidade psicológica (Tyndall et al., 2019; Wolgast, 2014), e está saturado com neuroticismo, ao invés de esquivia experiencial (Rocheffort et al., 2018).

A avaliação da qualidade dos estudos demandou a utilização de diferentes instrumentos devido aos diferentes desenhos adotados, o que pode dificultar comparações diretas entre suas qualidades. Utilizaram-se as ferramentas de avaliação crítica do JBI para séries de caso (Munn et al., 2020) e para estudos de caso (Moola et al., 2020). Ambos apresentaram boas avaliações segundo esses critérios. No caso do estudo com desenho de sujeito único (Woidneck et al., 2014), a avaliação foi conduzida utilizando a escala de 15 itens RoBiNT, conforme proposto por Tate et al. (2013). Do total de itens, um terço recebeu pontuação média (ou seja, 1), enquanto outro terço não obteve pontuação, sugerindo que o estudo, de acordo com essa análise, apresenta algumas limitações. Esse resultado destaca a necessidade de uma interpretação cautelosa dos resultados, levando em consideração os problemas identificados durante a avaliação de qualidade.

Limitações da Revisão Atual

Nesta revisão sistemática, foram procurados artigos publicados em periódicos revisados por pares e dissertações ou teses publicadas. No entanto, não foi realizada uma busca de outros trabalhos na literatura cinzenta, tais como trabalhos não publicados. Dado o número limitado de estudos incluídos nesta revisão, tanto em termos de quantidade quanto de amostra, revisões que abrangem a literatura cinzenta podem ser úteis, uma vez que dados relevantes podem não ter sido identificados. Além disso, dois estudos triados não puderam ser recuperados

integralmente, o que também pode ter contribuído para o número reduzido de estudos incluídos. Outra limitação é que a revisão, assim como a avaliação da qualidade dos estudos, foi conduzida exclusivamente pela autora, o que pode aumentar o risco de viés.

Implicações e Recomendações para Pesquisas Futuras

Apesar de não ser possível fazer alegações causais em relação à eficácia da ACT nos estudos incluídos (uma vez que os estudos não são controlados), nota-se que eles indicam que, em populações com histórico de violência sexual, a ACT pode ser uma intervenção viável e segura. Além disso, para a prática clínica, os resultados desta revisão implicam que o terapeuta esteja atento às psicopatologias e comorbidades dos clientes, de modo a considerar a violência sexual nestes casos.

Para pesquisas futuras, algumas recomendações podem ser feitas. Em alguns estudos incluídos nesta revisão, a população foi heterogênea (com participantes com e sem histórico de violência sexual), o que dificultou a avaliação das pesquisas e resultados. No processo de triagem, alguns estudos foram excluídos pelo fato de que, apesar de conterem participantes com histórico de violência sexual, não especificavam os resultados para estes indivíduos (ver em Figura 1), uma vez que os dados estavam misturados com participantes sem histórico de violência sexual. Com isso, a primeira recomendação é que se realizem estudos especificamente com sobreviventes de trauma por violência sexual.

Uma segunda recomendação para pesquisas futuras é direcionar esforços para identificar quais são os processos subjacentes em populações sobreviventes de violência sexual. Estudos centrados nesse objetivo podem oferecer informações importantes sobre quais procedimentos devem ser priorizados, além de orientar a seleção da melhor intervenção para cada caso específico. Recomenda-se, também, que tanto o TEPT quanto outros diagnósticos sejam investigados em estudos com essa população (uma vez que, como vimos, a violência

sexual também está associada ao aumento de outras psicopatologias). Tais investigações podem fornecer dados importantes sobre a especificidade deste tipo de trauma. Além disso, seria valiosa a realização de ensaios clínicos randomizados para avaliar a eficácia da ACT no tratamento do TEPT em sobreviventes de violência sexual, possibilitando comparações com as intervenções atualmente recomendadas pelas diretrizes da APA (2017) para o TEPT em adultos. Além da eficácia, comparações da ACT com outras intervenções para TEPT podem oferecer outras informações relevantes, como, por exemplo, sobre taxas de abandono.

Como já discutido, apesar de ser amplamente utilizado, o instrumento AAQ-II tem certas fragilidades. Com o objetivo de aumentar a clareza do AAQ-II, foi criada uma versão modificada, o AAQ-3, que manteve a estrutura, mas modificou o texto. No entanto, o AAQ-3 atendeu apenas parcialmente ao objetivo, uma vez que melhorou a validade discriminante em apenas uma das três amostras do estudo (Ong et al., 2020). Uma possível alternativa ao AAQ-II seria o *Psy-Flex*, instrumento que pode discriminar amostras clínicas e não clínicas, e que avalia as seis habilidades da ACT (com uma pergunta para cada processo em específico), além de ser uma medida sensível ao contexto e ao tempo (Gloster et al., 2021). Outra opção de instrumento é o *Multidimensional Psychological Flexibility Inventory* (MPFI), que é uma medida para flexibilidade psicológica e que é eficaz em distingui-la de sofrimento (Landi et al., 2021). Recomenda-se, portanto, a utilização de instrumentos mais precisos para avaliar a flexibilidade psicológica, bem como os processos ACT.

Ainda sobre as medidas utilizadas, destaca-se que quase todas foram baseadas em autorrelato. Variar nas formas de mensuração dos resultados pode fornecer dados mais robustos em estudos futuros. Por fim, como forma de diminuir o risco de viés em revisões futuras, recomenda-se que haja um pesquisador independente para conduzir uma avaliação cega dos estudos, seguida pela análise do nível de concordância entre os avaliadores.

REFERÊNCIAS

- Akbari, M., Seydavi, M., Hosseini, Z. S., Krafft, J., & Levin, M. E. (2022). Experiential avoidance in depression, anxiety, obsessive-compulsive related, and posttraumatic stress disorders: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 24, 65–78. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.03.007>
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48(10), 974–983. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.06.002>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais—DSM-V* (5ª edição). Artmed.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5 text revision). APA.
- American Psychological Association. (2017). *Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults* [dataset]. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/e501872017-001>
- Assaz, D. A., & Oshiro, C. K. B. (2017). Superando barreiras para exposição por meio da integração de princípios da ACT. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 19(3), Art. 3. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v19i3.1059>
- Assaz, D. A., Roche, B., Kanter, J. W., & Oshiro, C. K. B. (2018). Cognitive Defusion in Acceptance and Commitment Therapy: What Are the Basic Processes of Change? *The Psychological Record*, 68(4), 405–418. <https://doi.org/10.1007/s40732-017-0254-z>
- A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Emmelkamp, P. M. G. (2015). A Meta-Analysis of the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for Clinically Relevant Mental and Physical Health Problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30–36. <https://doi.org/10.1159/000365764>
- Barnes-Holmes, D., & Harte, C. (2022). Relational frame theory 20 years on: The Odysseus voyage and beyond. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 117(2), 240–266. <https://doi.org/10.1002/jeab.733>

- Batten, S. V., & Hayes, S. C. (2005). Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Comorbid Substance Abuse and Post-Traumatic Stress Disorder: A Case Study. *Clinical Case Studies, 4*(3), 246–262. <https://doi.org/10.1177/1534650103259689>
- Bean, R., Ong, C., Lee, J., & Twohig, M. (2017). Acceptance and commitment therapy for PTSD and trauma: An empirical review. *The Behavior Therapist, 40*, 145–150. https://digitalcommons.usu.edu/psych_facpub/1443
- Benfer, N., Spitzer, E. G., & Bardeen, J. R. (2021). Efficacy of third wave cognitive behavioral therapies in the treatment of posttraumatic stress: A meta-analytic study. *Journal of Anxiety Disorders, 78*, 102360. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102360>
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., Shahly, V., Stein, D. J., Petukhova, M., Hill, E., Alonso, J., Atwoli, L., Bunting, B., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., Girolamo, G. de, Florescu, S., Gureje, O., Huang, Y., ... Koenen, K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: Results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine, 46*(2), 327–343. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001981>
- Berman, M. I., Boutelle, K. N., & Crow, S. J. (2009). A case series investigating acceptance and commitment therapy as a treatment for previously treated, unremitted patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association, 17*(6), 426–434. <https://doi.org/10.1002/erv.962>
- Blackledge, J. T. (2007). Disrupting verbal processes: Cognitive defusion in acceptance and commitment therapy and other mindfulness-based psychotherapies. *The Psychological Record, 57*(4), 555–576. <https://doi.org/10.1007/BF03395595>
- Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2001). Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *Journal of Clinical Psychology, 57*(2), 243–255. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(200102\)57:2<243::AID-JCLP9>3.0.CO;2-X](https://doi.org/10.1002/1097-4679(200102)57:2<243::AID-JCLP9>3.0.CO;2-X)
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behavior Therapy, 42*(4), 676–688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Borges, L. M. (2019). A Service Member’s experience of Acceptance and Commitment Therapy for Moral Injury (ACT-MI) via telehealth: “Learning to accept my pain and injury by reconnecting with my values and starting to live a meaningful life”. *Journal*

- of *Contextual Behavioral Science*, 13, 134–140.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.08.002>
- Borumandnia, N., Khadembashi, N., Tabatabaei, M., & Alavi Majd, H. (2020). The prevalence rate of sexual violence worldwide: A trend analysis. *BMC Public Health*, 20(1), 1835.
<https://doi.org/10.1186/s12889-020-09926-5>
- Boulanger, J. L., Hayes, S. C., & Pistorello, J. (2010). Experiential avoidance as a functional contextual concept. Em *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (p. 107–136). The Guilford Press.
- 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. *Geraiis : Revista Interinstitucional de Psicologia*, 7(1), 119–131.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-82202014000100011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Burrows, C. J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy With Survivors of Adult Sexual Assault: A Case Study. *Clinical Case Studies*, 12(3), 246–259.
<https://doi.org/10.1177/1534650113479652>
- Ceelen, M., Dorn, T., van Huis, F. S., & Reijnders, U. J. L. (2019). Characteristics and Post-Decision Attitudes of Non-Reporting Sexual Violence Victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(9), 1961–1977. <https://doi.org/10.1177/0886260516658756>
- Charney, M. E., Hellberg, S. N., Bui, E., & Simon, N. M. (2018). Evidenced-Based Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Updated Review of Validated Psychotherapeutic and Pharmacological Approaches. *Harvard Review of Psychiatry*, 26(3), 99–115.
<https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000186>
- Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 871–890. <https://doi.org/10.1002/jclp.20400>
- Cordova, J. V. (2001). Acceptance in behavior therapy: Understanding the process of change. *The Behavior Analyst*, 24(2), 213–226. <https://doi.org/10.1007/BF03392032>
- Dalgalarrondo, G. J. de M. (2022). *Self-como-contexto: Categorização do uso do termo na literatura da Acceptance and Commitment Therapy (ACT) e da Relational Frame Theory (RFT)* [Text, Universidade de São Paulo].
<https://doi.org/10.11606/D.47.2022.tde-31052022-170930>

- Dindo, L., Van Liew, J. R., & Arch, J. J. (2017). Acceptance and Commitment Therapy: A Transdiagnostic Behavioral Intervention for Mental Health and Medical Conditions. *Neurotherapeutics, 14*(3), 546–553. <https://doi.org/10.1007/s13311-017-0521-3>
- Dixon, M. R., Hayes, S. C., & Belisle, J. (2023). *Acceptance and Commitment Therapy for Behavior Analysts: A Practice Guide From Theory to Treatment*. Taylor & Francis.
- Dworkin, E. R. (2020). Risk for Mental Disorders Associated With Sexual Assault: A Meta-Analysis. *Trauma, Violence & Abuse, 21*(5), 1011–1028. <https://doi.org/10.1177/1524838018813198>
- Dworkin, E. R., Jaffe, A. E., Bedard-Gilligan, M., & Fitzpatrick, S. (2023). PTSD in the Year Following Sexual Assault: A Meta-Analysis of Prospective Studies. *Trauma, Violence, & Abuse, 24*(2), 497–514. <https://doi.org/10.1177/15248380211032213>
- Dworkin, E. R., Menon, S. V., Bystrynski, J., & Allen, N. E. (2017). Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 56*, 65–81. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.06.002>
- Ferreira, H., Coelho, D. S. C., Cerqueira, D. R. de C., Alves, P., & Semente, M. (2023). Elucidando a prevalência de estupro no Brasil a partir de diferentes bases de dados. *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA*. <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/11814>
- Foa, E., Hembree, E., & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences Therapist Guide*. Oxford University Press.
- Fórum Brasileiro De Segurança Pública. (2023). *17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>
- Garcia, H. A., Kelley, L. P., Rentz, T. O., & Lee, S. (2011). Pretreatment predictors of dropout from cognitive behavioral therapy for PTSD in Iraq and Afghanistan war veterans. *Psychological Services, 8*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1037/a0022705>
- Gloster, A. T., Block, V. J., Klotsche, J., Villanueva, J., Rinner, M. T. B., Benoy, C., Walter, M., Karekla, M., & Bader, K. (2021). Psy-Flex: A contextually sensitive measure of psychological flexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science, 22*, 13–23. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.09.001>
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of*

- Contextual Behavioral Science*, 18, 181–192.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Grau, P. P., McDonald, J. E., Clark, M. N., & Wetterneck, C. T. (2020). The relationship between three ACT core processes of change, PTSD, and depressive symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 178–182.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.04.004>
- Harris, R. (2019). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy* (2^o ed, p. xii, 373). New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Orgs.). (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition*. Springer US.
<https://doi.org/10.1007/b108413>
- Hayes, S. C., Fox, E., Gifford, E. V., Wilson, K. G., Barnes-Holmes, D., & Healy, O. (2002). Derived Relational Responding as Learned Behavior. Em S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & B. Roche (Orgs.), *Relational Frame Theory* (p. 21–49). Kluwer Academic Publishers. https://doi.org/10.1007/0-306-47638-X_2
- Hayes, S. C., & Pierson, H. (2005). Acceptance and Commitment Therapy. Em A. Freeman, S. H. Felgoise, C. M. Nezu, A. M. Nezu, & M. A. Reinecke (Orgs.), *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy* (p. 1–4). Springer US. https://doi.org/10.1007/0-306-48581-8_1
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976–1002.
<https://doi.org/10.1177/0011000012460836>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2004). What Is Acceptance and Commitment Therapy? Em S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Orgs.), *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy* (p. 3–29). Springer US.
https://doi.org/10.1007/978-0-387-23369-7_1
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change* (p. xvi, 304). Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy, Second Edition: The Process and Practice of Mindful Change*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2021). *Terapia de Aceitação e Compromisso: O Processo e a Prática da Mudança Consciente* (2^o ed). Artmed Editora.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis

- and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Hiraoka, R., Cook, A. J., Bivona, J. M., Meyer, E. C., & Morissette, S. B. (2016). Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Depression Related to Military Sexual Trauma in a Woman Veteran: A Case Study. *Clinical Case Studies*, 15(1), 84–97. <https://doi.org/10.1177/1534650115594004>
- Imel, Z. E., Laska, K., Jakupcak, M., & Simpson, T. L. (2013). Meta-analysis of Dropout in Treatments for Post-traumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(3), 394. <https://doi.org/10.1037/a0031474>
- Jansen, J. E., & Morris, E. M. J. (2017). Acceptance and Commitment Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Early Psychosis: A Case Series. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(2), 187–199. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.04.003>
- Kehle-Forbes, S. M., Meis, L. A., Spont, M. R., & Polusny, M. A. (2016). Treatment initiation and dropout from prolonged exposure and cognitive processing therapy in a VA outpatient clinic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8, 107–114. <https://doi.org/10.1037/tra0000065>
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R. V., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J.-P., Levinson, D., ... Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup5), 1353383. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
- Kimbrough, E., Magyari, T., Langenberg, P., Chesney, M., & Berman, B. (2010). Mindfulness intervention for child abuse survivors. *Journal of Clinical Psychology*, 66(1), 17–33. <https://doi.org/10.1002/jclp.20624>
- Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., Bromet, E. J., Stein, D. J., Karam, E. G., Meron Ruscio, A., Benjet, C., Scott, K., Atwoli, L., Petukhova, M., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bunting, B., Ciutan, M., de Girolamo, G., ... Kessler, R. C. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 47(13), 2260–2274. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000708>
- Kovac, R. (2018). *Efeitos de intervenções da terapia de aceitação e compromisso na transformação de função de estímulos arbitrariamente relacionados* [Text, Universidade de São Paulo]. <https://doi.org/10.11606/T.47.2019.tde-15012019-153511>

- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). *World Report on Violence and Health*. World Health Organization.
- Landi, G., Pakenham, K. I., Crocetti, E., Grandi, S., & Tossani, E. (2021). The Multidimensional Psychological Flexibility Inventory (MPFI): Discriminant validity of psychological flexibility with distress. *Journal of Contextual Behavioral Science, 21*, 22–29. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.05.004>
- Levin, M. E., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J. R., Hayes, S. C., Biglan, A., & Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science, 3*(3), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.06.003>
- Lewis, C., Roberts, N. P., Andrew, M., Starling, E., & Bisson, J. I. (2020). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: Systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology, 11*(1), 1729633. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1729633>
- Liu, H., Petukhova, M. V., Sampson, N. A., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Andrade, L. H., Bromet, E. J., de Girolamo, G., Haro, J. M., Hinkov, H., Kawakami, N., Koenen, K. C., Kovess-Masfety, V., Lee, S., Medina-Mora, M. E., Navarro-Mateu, F., O'Neill, S., Piazza, M., Posada-Villa, J., ... for the World Health Organization World Mental Health Survey Collaborators. (2017). Association of DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder With Traumatic Experience Type and History in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA Psychiatry, 74*(3), 270–281. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3783>
- Maack, D. J., Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2012). Experiential avoidance mediates the association between behavioral inhibition and posttraumatic stress disorder. *Cognitive Therapy and Research, 36*, 407–416. <https://doi.org/10.1007/s10608-011-9362-2>
- Marx, B. P., & Sloan, D. M. (2002). The role of emotion in the psychological functioning of adult survivors of childhood sexual abuse. *Behavior Therapy, 33*(4), 563–577. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(02\)80017-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(02)80017-X)
- Merwin, R. M., Zachary Rosenthal, M., & Coffey, K. A. (2009). Experiential Avoidance Mediates the Relationship Between Sexual Victimization and Psychological Symptoms: Replicating Findings with an Ethnically Diverse Sample. *Cognitive Therapy and Research, 33*(5), 537–542. <https://doi.org/10.1007/s10608-008-9225-7>
- Miethe, S., Wigger, J., Wartemann, A., Fuchs, F. O., & Trautmann, S. (2023). Posttraumatic Stress Symptoms and its Association with Rumination, Thought Suppression and

- Experiential Avoidance: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. Scopus. <https://doi.org/10.1007/s10862-023-10022-2>
- Moola, S., Munn, Z., Tufanaru, C., Aromataris, E., Sears, K., Sfec, R., Currie, M., Lisy, K., Qureshi, R., Mattis, P., & Mu, P.-F. (2020). Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. Em *JBI Manual for Evidence Synthesis*. Aromataris E, Munn Z. <https://synthesismanual.jbi.global>.
- 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*, 223–238. <https://doi.org/10.1037/h0100747>
- Munn, Z., Barker, T. H., Moola, S., Tufanaru, C., Stern, C., McArthur, A., Stephenson, M., & Aromataris, E. (2020). Methodological quality of case series studies: An introduction to the JBI critical appraisal tool. *JBI Evidence Synthesis, 18*(10), 2127–2133. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-D-19-00099>
- Murad, M. H., Sultan, S., Haffar, S., & Bazerbachi, F. (2018). Methodological quality and synthesis of case series and case reports. *BMJ Evidence-Based Medicine, 23*(2), 60–63. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2017-110853>
- Ong, C. W., Pierce, B. G., Petersen, J. M., Barney, J. L., Fruge, J. E., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2020). A psychometric comparison of psychological inflexibility measures: Discriminant validity and item performance. *Journal of Contextual Behavioral Science, 18*, 34–47. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.08.007>
- Orcutt, H. K., Pickett, S. M., & Pope, E. B. (2005). Experiential Avoidance and Forgiveness As Mediators in the Relation Between Traumatic Interpersonal Events and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology, 24*(7), 1003–1029. <https://doi.org/10.1521/jscp.2005.24.7.1003>
- Orcutt, H. K., Reffi, A. N., & Ellis, R. A. (2020). Chapter 14—Experiential avoidance and PTSD. Em M. T. Tull & N. A. Kimbrel (Orgs.), *Emotion in Posttraumatic Stress Disorder* (p. 409–436). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-816022-0.00014-4>
- Orsillo, S. M., & Batten, S. V. (2005). Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Behavior Modification, 29*(1), 95–129. <https://doi.org/10.1177/0145445504270876>

- Öst, L.-G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *61*, 105–121. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018>
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan—A web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, *5*(1), 210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *International Journal of Surgery*, *88*, 105906. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2021.105906>
- Powers, M. B., Zum Vörde Sive Vörding, M. B., & Emmelkamp, P. M. G. (2009). Acceptance and Commitment Therapy: A Meta-Analytic Review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *78*(2), 73–80. <https://doi.org/10.1159/000190790>
- 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), 867–879. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.4.867>
- Rocheftort, C., Baldwin, A. S., & Chmielewski, M. (2018). Experiential Avoidance: An Examination of the Construct Validity of the AAQ-II and MEAQ. *Behavior Therapy*, *49*(3), 435–449. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.08.008>
- Ruiz, F. J. (2012). Acceptance and Commitment Therapy versus Traditional Cognitive Behavioral Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis of Current Empirical Evidence. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *12*(3), 333–358. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4019738>
- Sable, M. R., Danis, F., Mauzy, D. L., & Gallagher, S. K. (2006). Barriers to Reporting Sexual Assault for Women and Men: Perspectives of College Students. *Journal of American College Health*, *55*(3), 157–162. <https://doi.org/10.3200/JACH.55.3.157-162>
- Seligowski, A. V., Lee, D. J., Bardeen, J. R., & Orcutt, H. K. (2015). Emotion Regulation and Posttraumatic Stress Symptoms: A Meta-Analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, *44*(2), 87–102. <https://doi.org/10.1080/16506073.2014.980753>

- Seligowski, A. V., Rogers, A. P., & Orcutt, H. K. (2016). Relations among emotion regulation and DSM-5 symptom clusters of PTSD. *Personality and Individual Differences, 92*, 104–108. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.12.032>
- Tate, R. L., McDonald, S., Perdices, M., Togher, L., Schultz, R., & Savage, S. (2008). Rating the methodological quality of single-subject designs and n-of-1 trials: Introducing the Single-Case Experimental Design (SCED) Scale. *Neuropsychological Rehabilitation, 18*(4), 385–401. <https://doi.org/10.1080/09602010802009201>
- Tate, R. L., Perdices, M., Rosenkoetter, U., Wakim, D., Godbee, K., Togher, L., & McDonald, S. (2013). Revision of a method quality rating scale for single-case experimental designs and n-of-1 trials: The 15-item Risk of Bias in N-of-1 Trials (RoBiNT) Scale. *Neuropsychological Rehabilitation, 23*(5), 619–638. <https://doi.org/10.1080/09602011.2013.824383>
- Thompson, B. L., Luoma, J. B., & LeJeune, J. T. (2013). Using acceptance and commitment therapy to guide exposure-based interventions for posttraumatic stress disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy, 43*(3), 133–140. <https://doi.org/10.1007/s10879-013-9233-0>
- Twohig, M. P. (2009). Acceptance and Commitment Therapy for Treatment-Resistant Posttraumatic Stress Disorder: A Case Study. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*(3), 243–252. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.10.002>
- Tyndall, I., Waldeck, D., Pancani, L., Whelan, R., Roche, B., & Dawson, D. L. (2019). The Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) as a measure of experiential avoidance: Concerns over discriminant validity. *Journal of Contextual Behavioral Science, 12*, 278–284. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.09.005>
- Valdivia-Salas, S., Sheppard, S. C., & Forsyth, J. P. (2010). Acceptance and commitment therapy in an emotion regulation context. In *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (p. 310–338). The Guilford Press.
- Walser, R. D., & Westrup, D. (2007). *Acceptance & Commitment Therapy for the Treatment of Post-traumatic Stress Disorder & Trauma-related Problems: A Practitioner's Guide to Using Mindfulness & Acceptance Strategies*. New Harbinger Publications.
- Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought Suppression. *Annual Review of Psychology, 51*(1), 59–91. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.59>
- Wharton, E., Edwards, K. S., Juhasz, K., & Walser, R. D. (2019). Acceptance-based interventions in the treatment of PTSD: Group and individual pilot data using

- Acceptance and Commitment Therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 14, 55–64. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.09.006>
- Woidneck, M. R., Morrison, K. L., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Posttraumatic Stress Among Adolescents. *Behavior Modification*, 38(4), 451–476. <https://doi.org/10.1177/0145445513510527>
- Wolgast, M. (2014). What Does the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) Really Measure? *Behavior Therapy*, 45(6), 831–839. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.07.002>
- World Health Organization. (2023). *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics—Eleventh Revision (ICD-11)—Version: 01/2023*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Zeng, X., Zhang, Y., Kwong, J. S. W., Zhang, C., Li, S., Sun, F., Niu, Y., & Du, L. (2015). The methodological quality assessment tools for preclinical and clinical studies, systematic review and meta-analysis, and clinical practice guideline: A systematic review. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 8(1), 2–10. <https://doi.org/10.1111/jebm.12141>
- Zinzow, H. M., & Thompson, M. (2011). Barriers to Reporting Sexual Victimization: Prevalence and Correlates among Undergraduate Women. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 20(7), 711–725. <https://doi.org/10.1080/10926771.2011.613447>

Conclusão Geral

A presente dissertação teve como objetivos apresentar possíveis relações entre violência sexual e TEPT, e sintetizar a literatura disponível sobre intervenções em ACT com sobreviventes de violência sexual. Para atingir esses objetivos, foram conduzidos dois estudos. O primeiro, intitulado “História do TEPT e Evolução das Menções à Violência Sexual em Edições do DSM”, forneceu uma compreensão de trauma psicológico a partir do século XIX, e apresentou a evolução nas menções à violência sexual nos textos de TEPT do DSM-III ao DSM-5-TR. O segundo estudo, intitulado “Intervenções em ACT com Sobreviventes de Violência Sexual: Uma Revisão Sistemática”, sintetizou, a partir de uma revisão sistemática, a literatura sobre intervenções em ACT com pessoas com histórico de violência sexual.

Como abordado, a questão da violência sexual representa um sério problema a ser enfrentado. As taxas desse tipo de crime são alarmantes, e a subnotificação é uma realidade que pode elevar ainda mais esses números. A associação da violência sexual a diversas psicopatologias destaca a importância de um olhar mais aprofundado sobre essa questão por parte da sociedade.

A invisibilidade é um dos pontos que permeia a temática da violência sexual. E isso não é recente. Como discutido, nos estudos sobre histeria, Freud, ao dar ouvido às experiências das mulheres, entrou em contato com relatos de abusos, agressões sexuais e incestos. Ele chegou a expor a tese, no final do século XIX, de que nas raízes dos casos de histeria havia ocorrências de abuso sexual nos primeiros anos da infância. No entanto, cerca de um ano depois, acabou recuando e mudando sua teoria. Para evitar possíveis anacronismos, devemos ter cautela para não correr o risco de olhar para eventos passados com lentes do nosso tempo. Essa contextualização histórica destaca a necessidade de compreendermos esses eventos à luz de suas circunstâncias. A sociedade vienense, naquela época, era conservadora, e o movimento feminista ainda estava em estágio inicial. As mulheres ainda não tinham conquistado muitos

direitos. Como exemplo, elas não podiam votar, visto que o sufrágio das mulheres na Áustria ocorreria apenas em 1918 (Bader-Zaar, 1996). Freud, ao expor sua teoria, não foi bem recebido e não obteve reconhecimento ou apoio por isso. O estudo do trauma por violência sexual, depois disso, parece ter sido esquecido e o assunto foi colocado novamente diante da consciência pública apenas cerca de um século depois, com o movimento feminista.

Se, naquele momento histórico, existiam grandes obstáculos para abordar essa temática, hoje, em uma sociedade mais socialmente avançada, é imperativo superar as barreiras que historicamente dificultaram a abordagem dessa questão. Enquanto sociedade, usar certos argumentos para justificar silenciamentos sobre esse tema é contribuir para a perpetuação da violência. Hoje, portanto, não apenas é possível, mas também necessário e crucial falar sobre violência sexual. O primeiro passo para enfrentá-la, é reconhecer sua existência e sua abrangência.

No contexto da clínica psicológica, não é incomum que, ao longo do processo psicoterapêutico, relatos sobre algum tipo experiência de violência sexual surjam. Nesse sentido, torna-se de extrema importância que os terapeutas estejam preparados para lidar com essas situações de maneira sensível e eficaz.

Os temas discutidos nesta dissertação destacam alguns pontos críticos que exigem atenção por parte dos terapeutas. Como abordado, a violência sexual é um evento associado à diversas psicopatologias, bem como ao aumento da gravidade delas. Além disso, os estudos também discutiram a questão da comorbidade de transtornos mentais em pessoas com histórico de violência sexual. O primeiro estudo indicou que parece existir uma relação entre violência sexual e TPB, e esse transtorno está associado à comorbidade com TEPT e TEPT Complexo. Já no segundo estudo, a revisão sistemática revelou que oito, do total de 11 participantes com histórico de violência sexual, tinham comorbidades de TEPT com outras condições. Com isso, pode-se supor que o cliente sobrevivente de violência sexual poderá procurar a psicoterapia

com queixas relacionadas a transtornos ou diagnósticos. Deste modo, torna-se relevante que o terapeuta esteja atento às possíveis associações entre transtornos mentais e violência sexual, de modo a considerá-la quando for tratar tais transtornos.

Outro ponto discutido, é com relação a maior dificuldade no reconhecimento da violência sexual sofrida quando ela é perpetrada por um parceiro íntimo. Esse desafio a ser enfrentado parece estar relacionada à cultura machista, que propaga, por exemplo, a ideia de que é um dever da mulher se envolver em relações sexuais sempre que o companheiro quiser, independentemente da sua própria vontade.

Nos casos em que houver dificuldades do cliente em reconhecer a violência sexual, o terapeuta deve estar atento para intervir de forma a ajudar a pessoa a identificar e reconhecer esses eventos. A psicoeducação também pode ser uma estratégia útil no contexto clínico, no sentido de promover uma conscientização sobre assuntos relacionados a essa temática, inclusive sobre direitos e recursos disponíveis, como é o caso da Lei Maria da Penha, que se aplica a situações de violência doméstica e familiar contra a mulher.

Com relação ao diagnóstico de TEPT, constatou-se que houve um aumento das menções à violência sexual do DSM-III (quando surgiu o diagnóstico em TEPT) até o DSM-5-TR. Além disso, o texto diagnóstico de TEPT do DSM-5-TR passou a apresentar formas mais “invisíveis” de violência sexual na nossa sociedade — tais como experiências sexuais indesejadas que não envolvam contato, por exemplo. No contexto clínico, isso pode facilitar o reconhecimento, tanto por parte do terapeuta quanto do cliente, dessas experiências enquanto eventos sexuais traumáticos.

A clínica pode e deve ser um espaço seguro para abordar a totalidade das experiências humanas, o que inclui questões relacionadas à sexualidade. Uma vez que ela ainda parece ser tratada como um tabu na sociedade, isso pode contribuir para invisibilizar diversas questões, inclusive violências sofridas. Para sobreviventes de violência sexual, a clínica pode representar

o primeiro ambiente no qual se sentem protegidos para compartilhar essas experiências sensíveis. Isso porque nem sempre há espaços seguros para falar sobre isso, além de que sentimentos de vergonha, culpa e medo de que ninguém acredite parecem permear essas experiências, sendo, inclusive, barreiras para que não se reporte à polícia, por exemplo.

Outro ponto crucial que demanda a atenção dos terapeutas está relacionado aos dados de prevalência de violência sexual. O segundo estudo apresentou que, no Brasil, as estatísticas evidenciam que a maioria das vítimas de estupro são meninas de até 13 anos, e na maioria dos casos o agressor é um membro da família. Essa realidade expõe a extrema gravidade desse tipo de violência, que pode acarretar o completo desamparo da criança, pois quem deveria oferecer cuidado e amor se torna o perpetrador da violência.

Com relação ao uso da ACT com sobreviventes de violência sexual, o segundo estudo discutiu que, por não incluir estudos controlados, não é possível afirmar sua eficácia. No entanto, os resultados sugerem que ela pode ser uma intervenção útil e segura, o que contribui para a literatura sobre o tema. Para pesquisas futuras, foram recomendados estudos controlados, como ensaios clínicos randomizados, que comparem a ACT com as terapias atualmente recomendadas para tratamento de TEPT. Tais estudos podem fornecer dados mais robustos sobre taxas de desistência entre as terapias, por exemplo.

A violência sexual é um fenômeno complexo, e é provável que muitos fatores contribuam para sua ocorrência. Embora não tenha sido o objetivo da dissertação discutir os determinantes sociais da violência sexual, uma variável que parece influenciar é o que o movimento feminista tem chamado de “cultura do estupro”. Segundo de Carvalho Freitas e de Moraes (2019), a expressão, apesar de fazer uso da palavra “estupro”, pode compreender diversas topografias de violência sexual, e é usada como forma de expressar que comportamentos de violência sexual não são ocorrências isoladas ou efeitos de agentes psicológicos internos, e sim que podem ser explicados contextualmente. As autoras indicam

que, em termos comportamentais, a cultura do estupro pode ser compreendida como um conjunto de classes de comportamentos que são abusivos sexualmente, e de contingências que são permissivas e/ou encorajam práticas de violência sexual. Isso ocorre dentro de um contexto patriarcal (de Carvalho Freitas & de Moraes, 2019).

Por fim, conclui-se que, em um mundo onde a violência sexual persiste, é de responsabilidade da sociedade e de terapeutas romper o silêncio que perpetua essa invisibilidade e sofrimento. Só haverá a possibilidade de efetivar mudanças ao se encarar essa realidade de frente. Nesse sentido, estudar intervenções clínicas para sobreviventes de violência sexual pode contribuir para o avanço na construção de uma clínica mais consciente, informada, eficaz e sensível para esta questão. Do mesmo modo, no âmbito social, pode contribuir para reflexões que gerem ações voltadas à construção de uma sociedade mais segura e compassiva.

REFERÊNCIAS

- Bader-Zaar, B. (1996). Women in Austrian Politics, 1890-1934: Goals and Visions. Em D. F. Good, M. Grandner, & M. J. Maynes, *Austrian Women in the Nineteenth and Twentieth Centuries: Cross-Disciplinary Perspectives* (Vol. 1). Berghahn Books.
- de Carvalho Freitas, J. C., & de Moraes, A. O. (2019). Cultura do estupro: Considerações sobre violência sexual, feminismo e Análise do Comportamento. [Rape culture: Considerations on sexual violence, feminism and behavior analysis.]. *Acta Comportamentalia*, 27(1), 109–126.

Apêndice A

PTSDpubs

A seguinte estratégia foi usada para pesquisar no PTSDpubs para todos os campos.
 ("Acceptance and Commitment Therapy" OR "acceptance and commitment") AND (sexual violence OR rape OR sexual assault OR sexual victimization OR sexual abuse OR sexual trauma OR sexual offence)

Filtro: Dissertações/Teses e artigos de jornal

PsycINFO

A seguinte estratégia foi usada para pesquisar no PsycINFO para todos os campos.
 ("Acceptance and Commitment Therapy" OR "acceptance and commitment") AND ("sexual violence*" OR "rape*" OR "sexual assault*" OR "sexual victimization*" OR "sexual abuse*" OR "sexual trauma*" OR "sexual offence*")

Pubmed

("acceptance and commitment therapy" OR "acceptance and commitment") AND (sexual violence OR rape OR sexual assault OR sexual victimization OR sexual abuse OR sexual trauma OR sexual offence)

Embase

#1 ('acceptance and commitment therapy':ti,ab,kw OR 'acceptance and commitment':ti,ab,kw)
 AND ('sexual violence*' OR 'rape*' OR 'sexual assault*' OR 'sexual victimization*' OR 'sexual abuse*' OR 'sexual trauma*' OR 'sexual offence*')

#2 #1 AND ('article'/it OR 'review'/it)

('acceptance and commitment therapy':ti,ab,kw OR 'acceptance and commitment':ti,ab,kw)
 AND ('sexual violence*' OR 'rape*' OR 'sexual assault*' OR 'sexual victimization*' OR 'sexual abuse*' OR 'sexual trauma*' OR 'sexual offence*') AND ('article'/it OR 'review'/it)

Web Of Science

Resumo "acceptance and commitment therapy" OR "acceptance and commitment"
Todos os campos "sexual violence" OR "rape" OR "sexual assault" OR "sexual
victimization" OR "sexual abuse" OR "sexual trauma" OR "sexual offence"

Journal of Contextual Behavioral Science

("acceptance and commitment therapy" OR "acceptance and commitment") AND ("sexual
violence" OR "rape" OR "sexual assault" OR "sexual victimization" OR "sexual abuse" OR
"sexual trauma" OR "sexual offence")