FAS-IR

Escala de Acomodação Familiar - Pontuada pelo Entrevistador

Versão em português · 12 itens

Nome _____

Data _____

Entrevista semiestruturada com um familiar sobre os sintomas do paciente e os comportamentos de acomodação durante a última semana. O entrevistador registra uma pontuação por item de acomodação, utilizando as perguntas, exemplos, exclusões e âncoras de cada bloco.

Informações para o entrevistador

INFORMAÇÕES GERAIS E INSTRUÇÕES PARA A ADMINISTRAÇÃO DA ESCALA DE ACOMODAÇÃO FAMILIAR PARA TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

A Escala de Acomodação Familiar para Transtorno Obsessivo -Compulsivo (FAS-IR) avalia o quanto os familiares de pacientes com transtorno obsessivo -compulsivo (TOC) se envolvem em 12 tipos de comportamentos de acomodação . A FAS-IR é uma entrevista semiestruturada administrada por um clínico ou entrevistador treinado. As perguntas e afirmações lidas em voz alta para o familiar pelo entrevistador estão entre aspas. As instruções para o entrevistador estão escritas em itálico.

A FAS inclui duas áreas de perguntas . Primeiro, o entrevistador obtém informações do familiar com relação aos sintomas atuais do paciente . Segundo, o entrevistador avalia o quanto o familiar se envolve em acomodar -se aos sintomas do paciente . Cada item inclui exemplos comuns de comportamentos de acomodação , porém o entrevistador pode querer desenvolver exemplos adicionais baseados nas informações percebidas na descrição dos sintomas do paciente feita pelo familiar.

Cada item recebe um escore que pode variar de 0 (Nenhuma/Nunca) a 4 (Todo dia/Extremo). Os escores totais da FAS variam de 0 a 48 e são obtidos somando-se os escores dos itens. Uma ficha de pontuação está incluída (p. 14).

Entrevista inicial: sintomas atuais do paciente

INSTRUÇÕES GERAIS PARA O FAMILIAR: “O propósito (motivo) desta entrevista é verificar as maneiras como você pode estar modificando seus comportamentos ou rotinas para acomodar os sintomas do (a) (nome do paciente). Durante esta entrevista , eu vou primeiramente perguntar sobre os sintomas obsessivo -compulsivos que o(a) (nome do paciente) tem apresentado , e depois vou perguntar sobre a maneira como você reage a esses sintomas. Esta entrevista vai durar aproximadamente 30 minutos. Se , durante a entrevista , em qualquer momento, você não tiver certeza sobre o que eu estou perguntando a você, por favor , me fale, e eu tentarei esclarecer a questão para você.”

RELATÓRIO DO FAMILIAR SOBRE OS SINTOMAS DO PACIENTE

INSTRUÇÕES PARA O FAMILIAR : “Eu vou definir obsessões, compulsões e outros sintomas relacionados ao TOC, e vou perguntar se o (a) (nome do paciente) tem apresentado algum desses sintomas durante a última semana.”

(Leia a descrição de cada sintoma, marque todas as que se aplicam, e então peça que o familiar descreva os sintomas específicos do paciente. Anote os sintomas específicos na folha intitulada LISTA DE SINTOMAS DO PACIENTES (p. 4))

OBSESSÕES “Obsessões são ideias acompanhadas de aflição, pensamentos, imagens ou impulsos que entram na mente da pessoa de forma repetida e parecem ocorrer contra a sua vontade. Os pensamentos podem ser repugnantes ou assustadores, ou podem parecer sem sentido para a pessoa que os experimenta. Agora vou revisar a lista dos diferentes tipos de obsessões comuns ao TOC. Por favor, me diga se o(a) (nome do paciente) apresentou alguma dessas obsessões durante a última semana.”

_____ OBSESSÕES DE CONTEÚDO AGRESSIVO “Durante a última semana , o(a) (nome do paciente) experimentou obsessões envolvendo medo de machucar a si próprio ou a outros, roubar coisas, dizer impulsivamente obscenidades ou insultos, agir sob impulsos indesejados ou fazer algo que cause embaraço? O(A) (nome do paciente) teve medo relacionado com a ideia de ser responsável por algo terrível , como, por exemplo, incêndio ou roubo, ou se queixou de ver imagens violentas ou terríveis?”

_____ OBSESSÕES DE CONTAMINAÇÃO “Durante a última semana , o(a) (nome do paciente) apresentou preocupações excessivas ou nojo de secreções ou fluidos corporais, sujeira ou germes? Ele (a) apresentou

preocupação excessiva com contaminação por toxinas do meio ambiente, asbestos (venenos), radiação ou lixo tóxico? O (A) (nome do paciente) teve medo de contaminação por alvejantes ou solventes domésticos ou por animais, como , por exemplo, insetos? Ele (a) apresentou desconforto com substâncias gosmentas ou resíduos e teve medo de contrair doença por causa da contaminação ou se preocupou em contaminar outros?"

_____ OBSESSÕES SEXUAIS "Durante a última semana , o(a) (nome do paciente) apresentou obsessões envolvendo pensamentos, imagens ou impulsos sexuais impróprios ou proibidos , ou ele (a) teve pensamentos incestuosos repetidos de (fazer sexo com familiares próximos) envolvimento sexual com crianças, ou comportamento sexual agressivo em relação a outros?"

_____ OBSESSÕES DE GUARDAR/PERDER "Durante a última semana , o(a) (nome do paciente) teve obsessões de guardar coisas ou um medo infundado de perder alguma coisa de valor?"

_____ OBSESSÕES RELIGIOSAS "Durante a última semana , o(a) (nome do paciente) apresentou obsessões envolvendo pensamentos desrespeitosos, de cometer sacrilégios ou de dizer blasfêmias? Ele (a) apresentou preocupação excessiva quanto ao certo e errado?"

_____ OBSESSÕES ENVOLVENDO SIMETRIA OU EXATIDÃO "Durante a última semana, o(a) (nome do paciente) apresentou obsessões relacionadas à necessidade dos objetos estarem simétricos (perfeitos) ou exatamente no lugar certo? Ele(a) insiste que certos itens não sejam movidos ou tocados – por exemplo, precisa que as comidas enlatadas estejam alinhadas ou que as roupas estejam organizadas alfabeticamente (de uma certa maneira, por cor, tamanho, etc.)?"

_____ OBSESSÕES SOMÁTICAS (DE DOENÇA) "Durante a última semana , o(a) (nome do paciente) apresentou preocupações excessivas relacionadas com doenças (como AIDS ou câncer)?"

_____ OBSESSÕES DIVERSAS "Durante a última semana , o(a) (nome do paciente) demonstrou uma necessidade excessiva de saber ou lembrar, medo de perder objetos, obsessões quanto a dizer certas coisas ou não dizer exatamente a coisa certa, um desconforto com certos sons ou barulhos, ou teve pensamentos relacionados com números de sorte ou azar?"

COMPULSÕES "Compulsões são definidas como comportamentos ou atos que a pessoa se sente pressionada a fazer , embora reconheça que são sem sentido ou excessivos. Pode ser difícil ou provocar ansiedade em uma pessoa caso ela resista a esses comportamentos." "Agora vou revisar uma lista de diferentes tipos de compulsões comuns ao TOC. Por favor, me diga se o(a) (nome do paciente) apresentou alguma dessas compulsões durante a última semana."

_____ COMPULSÕES DE LIMPEZA/LAVAGEM "Durante a última semana, o(a) (nome do paciente) se envolveu de modo excessivo ou ritualizado no ato de lavar as mãos, em duchas, banhos, escovação de dentes, pentear os cabelos ou rotinas de limpeza? Ele (a) fez limpeza excessiva de itens domésticos ou outros objetos inanimados (sem vida) , ou se envolveu em outras medidas para remover ou prevenir contato com contaminantes?"

_____ COMPULSÕES DE VERIFICAÇÃO "Durante a última semana , o(a) (nome do paciente) verificou excessivamente fechaduras, trancas, fogão, eletrodomésticos ou outros itens? Ocupou -se em verificar para confirmar que não machucou ou machucará a si mesmo ou a outros, que nada terrível aconteceu ou acontecerá , ou que não cometeu nenhum erro? O(A) (nome do paciente) realizou verificações relacionadas a medo de doenças ou contaminação?"

_____ RITUAIS DE REPETIÇÃO "Durante a última semana , o(a) (nome do paciente) teve de reler ou reescrever ou repetiu atividades rotineiras, por exemplo sentar e levantar de uma cadeira?"

_____ COMPULSÕES DE CONTAGEM "Durante a última semana , o(a) (nome do paciente) apresentou compulsões envolvendo a contagem de objetos (por exemplo, contando azulejos do piso, livros na prateleira ou palavras em uma frase)?"

_____ COMPULSÕES DE ORDEM/ARRANJO "Durante a última semana , o(a) (nome do paciente) apresentou compulsões envolvendo ordenar ou arrumar objetos (por exemplo, alinhamento excessivo de papéis em uma mesa, ajustamento de móveis ou porta retratos)?"

_____ COMPULSÕES DE COLECIONAR/GUARDAR "Durante a última semana , o(a) (nome do paciente) se envolveu em juntar coisas (como, por exemplo, jornais velhos ou correspondência sem valor) ou colecionar outras coisas?"

_____ COMPULSÕES VARIADAS "Durante a última semana , o(a) (nome do paciente) se envolveu em rituais mentais, como fazer listas excessivas, medidas para prevenir danos a si mesmo ou aos outros ou prevenir consequências terríveis, ou evidenciou a necessidade de contar, perguntar ou confessar alguma coisa?"

OUTROS PROBLEMAS RELACIONADOS AO TOC

_____ EVITAÇÃO “Durante a última semana , o(a) (nome do paciente) evitou fazer coisas, ir a locais ou estar com pessoas por causa de pensamentos obsessivos ou devido a preocupações de que poderia realizar atos compulsivos?”

_____ INDECISÃO “Durante a última semana, o(a) (nome do paciente) apresentou dificuldades em tomar decisões sobre coisas que outras pessoas possivelmente não pensariam duas vezes: por exemplo, que roupas vestir de manhã ou que marca de cereal comprar?”

_____ SENSO DE RESPONSABILIDADE SUPERVALORIZADO “Uma pessoa com TOC pode se sentir muito responsável pelas consequências de suas ações e assumir a culpa por resultados de eventos que não estão completamente sob seu controle. O(A) (nome do paciente) exibiu um senso de responsabilidade excessiva durante a última semana?”

_____ LENTIDÃO/PERTURBAÇÃO DE INÉRCIA (ficar parado) “Alguns pacientes com TOC têm dificuldades para começar ou terminar tarefas. Muitas atividades rotineiras levam muito mais tempo do que deveriam. O(A) (nome do paciente) teve esse tipo de dificuldade com alguma tarefa rotineira durante a última semana?”

_____ DÚVIDA PATOLÓGICA (excessiva) “Alguns pacientes com TOC têm dúvidas se eles fizeram uma atividade corretamente ou se de fato a fizeram . Ao realizar atividades rotineiras , podem achar que não confiam nos seus sentidos , ou seja, não acreditam no que veem, ouvem ou tocam. O(A) (nome do paciente) teve esse tipo de dúvida durante a última semana?”

LISTA DE SINTOMAS DO PACIENTE (Descreva os sintomas relatados pelo familiar e mencione essa lista quando fizer o restante das perguntas.)

OBSESSÕES 1. 2. 3. 4. 5. 6.

COMPULSÕES 1. 2. 3. 4. 5. 6.

OUTROS PROBLEMAS RELACIONADOS AO TOC 1. 2. 3. 4. 5. 6.

RELATÓRIO DO FAMILIAR DE COMPORTAMENTOS DE ACOMODAÇÃO

INSTRUÇÕES PARA O MEMBRO DA FAMÍLIA: “Você me contou que o(a) (nome do paciente) tem os seguintes sintomas: ... (rever a lista de sintomas do paciente). Eu, agora, vou perguntar sobre as formas como você tem respondido ao(à) (nome do paciente) e aos seus sintomas durante a última semana.” (Formule exemplos de acomodação para cada pergunta usando os sintomas específicos da lista de sintomas do paciente.)

1 PROVENDO REASSEGURAMENTO (DANDO CONFIANÇA, TRANQUILIZANDO)

“Durante a última semana , quando o(a) (nome do paciente) demonstrou preocupação, medo ou dúvidas relacionadas a obsessões ou compulsões, você tentou tranquilizá-lo, reafirmando que ele(a) não tem que se preocupar, que não há motivos para suas preocupações ou que os rituais que já realizou resolveram suas preocupações? Exemplos podem incluir dizer ao seu familiar que ele não está contaminado, ou que ele já limpou ou verificou o suficiente.”

“Durante a última semana, em quantas ocasiões você tentou tranquilizar o(a) (nome do paciente) em razão de uma obsessão ou compulsão? (Não inclua exemplos em que você deu um apoio mais geral de que ele (a) vai superar os sintomas ou se sentir melhor logo , ou tranquilizou o(a) paciente sobre assuntos não relacionados ao TOC.)”

- [ ] 0 = Nenhuma
- [ ] 1 = 1 vez/semana
- [ ] 2 = 2-3 vezes/semana
- [ ] 3 = 4-6 vezes/semana
- [ ] 4 = Todo dia
- [ ] N/A = Não se aplica. Paciente não apresentou sintomas de TOC na última semana.

2 ASSISTINDO AOS RITUAIS DO PACIENTE

"Durante a última semana, você deliberadamente (intencionalmente) assistiu à realização completa dos rituais do(a) (nome do paciente) quando ele solicitou ou porque você imaginou que ele queria que fosse assim?"

"Durante a última semana, quantas vezes você assistiu à realização completa dos rituais do(a) (nome do paciente)? (Não inclua exemplos nos quais você casualmente o viu realizando rituais.)"

- [ ] 0 = Nenhuma
- [ ] 1 = 1 vez/semana
- [ ] 2 = 2-3 vezes/semana
- [ ] 3 = 4-6 vezes/semana
- [ ] 4 = Todo dia
- [ ] N/A = Não se aplica. Paciente não apresentou sintomas de TOC na última semana.

3 ESPERANDO PELO PACIENTE

"Durante a última semana, você esperou que o(a) (nome do paciente) completasse os comportamentos compulsivos, resultando em interferência nos planos que você tinha feito?"

"Durante a última semana, quantas vezes você esperou pelo(a) (nome do paciente) por causa do TOC?"

- [ ] 0 = Nenhuma
- [ ] 1 = 1 vez/semana
- [ ] 2 = 2-3 vezes/semana
- [ ] 3 = 4-6 vezes/semana
- [ ] 4 = Todo dia
- [ ] N/A = Não se aplica. Paciente não apresentou sintomas de TOC na última semana.

4 CONTENDO-SE PARA NÃO DIZER OU FAZER COISAS

"Durante a última semana, houve coisas que você não fez ou não disse por causa do TOC do (a) (nome de paciente)? Por exemplo, os familiares podem não entrar em algumas áreas da casa, não ter contato físico com o paciente com TOC, ou podem evitar falar algumas coisas relacionados às obsessões do paciente."

"Durante a última semana, com que frequência você teve que se reprimir para não dizer ou fazer alguma coisa por causa do TOC que o(a) (nome do paciente) tem?"

- [ ] 0 = Nenhuma
- [ ] 1 = 1 vez/semana
- [ ] 2 = 2-3 vezes/semana
- [ ] 3 = 4-6 vezes/semana
- [ ] 4 = Todo dia
- [ ] N/A = Não se aplica. Paciente não apresentou sintomas de TOC na última semana.

5 PARTICIPANDO DAS COMPULSÕES

"Durante a última semana, você se envolveu com as compulsões ou comportamentos que você considera estranhos ou sem sentido , porque o paciente pediu ou porque você pensou que o(a) (nome do paciente) iria querer que você fizesse essas coisas? Por exemplo, familiares podem lavar suas mãos mais vezes do que sentem ser necessário (ou de modo ritualizado) , ou podem verificar os queimadores (bicos) do fogão repetidamente , mesmo que eles acreditem que os queimadores (bicos) não estão acesos."

"Durante a última semana, quantas vezes você participou diretamente dos rituais do(a) (nome de paciente), ou de comportamentos que você considera estranhos ou sem sentido?"

- [ ] 0 = Nenhuma
- [ ] 1 = 1 vez/semana
- [ ] 2 = 2-3 vezes/semana
- [ ] 3 = 4-6 vezes/semana
- [ ] 4 = Todo dia
- [ ] N/A = Não se aplica. Paciente não apresentou sintomas de TOC na última semana.

6 FACILITANDO AS COMPULSÕES

"Houve vezes, na última semana, em que as suas ações tornaram possível ao(à) (nome do paciente) completar seu ritual (sem que você estivesse diretamente envolvido na facilitação dos rituais). Por exemplo, um familiar pode fornecer a um parente com TOC as coisas que ele necessita para realizar os rituais ou compulsões, tais como comprar quantidades excessivas de sabão ou produtos de limpeza. Outros exemplos: dirigir o carro de volta para que o paciente possa verificar se as portas da casa estão trancadas, ou criar um espaço extra na casa para os itens guardados do paciente."

"Durante a última semana, quantas vezes você fez alguma coisa que ajudasse o (a) (nome do paciente) a completar os rituais? (Não incluir as situações nas quais você participou diretamente dos rituais, como observado na questão anterior (número 5).)"

- [ ] 0 = Nenhuma
- [ ] 1 = 1 vez/semana
- [ ] 2 = 2-3 vezes/semana
- [ ] 3 = 4-6 vezes/semana
- [ ] 4 = Todo dia
- [ ] N/A = Não se aplica. Paciente não apresentou sintomas de TOC na última semana.

7 FACILITANDO A EVITAÇÃO

"Na última semana, você esteve envolvido nos esforços do(a) (nome de paciente) para evitar pessoas, lugares ou coisas? Ou você fez alguma coisa que permitiu a ele(a) evitar? Por exemplo, familiares podem dar desculpas porque o paciente diz que não pode assistir a uma situação social por causa de preocupações relacionadas ao TOC, ou fazem um desvio no trajeto de carro porque o familiar quer evitar uma área "contaminada", ou abrem uma porta para que o familiar não tenha que tocar numa "maçaneta contaminada".

"Durante a última semana, em quantas ocasiões você fez algo que ajudasse o(a) (nome do paciente) a evitar pessoas, lugares ou coisas? (Não incluir as situações nas quais você participou das compulsões ou fez algo que ajudasse seu familiar a completar as compulsões, como observado nas duas últimas questões (números 5 e 6).)"

- [ ] 0 = Nenhuma
- [ ] 1 = 1 vez/semana
- [ ] 2 = 2-3 vezes/semana
- [ ] 3 = 4-6 vezes/semana
- [ ] 4 = Todo dia
- [ ] N/A = Não se aplica. Paciente não apresentou sintomas de TOC na última semana.

8 TOLERANDO COMPORTAMENTOS ESTRANHOS/ROMPIMENTO DOMÉSTICO

"Durante a última semana, você tolerou comportamentos estranhos do(a) (nome de paciente) (por exemplo, ações repetitivas como entrar e sair de uma porta), ou você tolerou condições incomuns em sua casa por causa do TOC do(a) (nome de paciente) (por exemplo, deixar a casa atravancada por jornais velhos ou ignorar o repetido fechar e abrir das portas)?"

"Durante a última semana, até que ponto você tolerou comportamentos estranhos ou condições incomuns na sua casa por causa do TOC do (a) (nome de paciente)? (Esta pergunta é específica a comportamentos ou condições que você permitiu que ocorram. Não inclua exemplos nos quais você entrou em ação para participar ou facilitar compulsões ou evitações, como observado nas três últimas questões (números 5 a 7).)"

- [ ] 0 = Não.
- [ ] 1 = Leve; tolerou comportamentos/situações ligeiramente incomuns.
- [ ] 2 = Moderado; tolerou comportamentos/situações que são um tanto incomuns.
- [ ] 3 = Grave; tolerou comportamentos/situações muito incomuns.
- [ ] 4 = Extremo; tolerou comportamentos/situações extremamente aberrantes.
- [ ] N/A = Não se aplica. Paciente não apresentou sintomas de TOC na última semana.

NOTA: PONTUADO PELO AVALIADOR

9 AJUDANDO O PACIENTE COM TAREFAS DA VIDA DIÁRIA OU DECISÕES SIMPLES

"Durante a última semana, você ajudou o(a) (nome do paciente) a completar tarefas simples da vida diária ou a tomar decisões simples quando a habilidade de funcionamento dele (a) foi prejudicada pelo TOC? Por exemplo, ajudar ele(a) a se vestir, se banhar ou decidir o que comer?"

"Durante a ú ltima semana, em quantas ocasiões você ajudou o (a) (nome do paciente) com tarefas ou decisões simples porque o funcionamento dele (a) estava prejudicado pelo TOC? (Não inclua situações nas quais realizar uma tarefa para seu familiar incluiu fazer algo que o ajudou a evitar um temor relacionado ao TOC (questão 7) ou nas quais tomar uma decisão para seu familiar consistiu em tranquilizá-lo sobre uma preocupação relacionada ao TOC (questão 1).)"

- [ ] 0 = Nunca
- [ ] 1 = 1 vez/semana
- [ ] 2 = 2-3 vezes/semana
- [ ] 3 = 4-6 vezes/semana
- [ ] 4 = Todo dia
- [ ] N/A = Não se aplica. Paciente não apresentou sintomas de TOC na última semana.

10 ASSUMINDO AS RESPONSABILIDADES DO PACIENTE

"Você assume tarefas que são de responsabilidade do(a) (nome de paciente), mas que ele(a) não pode executar adequadamente por causa do TOC? Exemplos incluem pagar suas contas ou cuidar de seus filhos."

"Durante a última semana, até que ponto você assumiu responsabilidades do (a) (nome de paciente) devido ao TOC? (Não incluir a realização de tarefas simples da vida diária para seu familiar , como observado na última questão (número 9).)"

- [ ] 0 = Não.
- [ ] 1 = Leve; ocasionalmente controla uma das responsabilidades do paciente, mas não houve nenhuma mudança significativa no papel dele.
- [ ] 2 = Moderado; assumiu as responsabilidades do paciente em uma área.
- [ ] 3 = Grave; assumiu as responsabilidades de paciente em mais de uma área.
- [ ] 4 = Extremo; assumiu a maioria ou todas as responsabilidades do paciente.
- [ ] N/A = Não se aplica. Paciente não apresentou sintomas de TOC na última semana.

NOTA: PONTUADO PELO AVALIADOR

11 MODIFICANDO SUA ROTINA PESSOAL

"Você está atualmente modificando suas atividades de lazer, ou seu trabalho , ou responsabilidades familiares por causa do TOC do(a) (nome de paciente)? Exemplos de mudança da própria rotina incluem passar menos tempo em atividades de convívio social ou exercícios físicos (lazer), ou mudar a sua programação de trabalho para dedicar mais tempo atendendo a pessoa com TOC."

"Durante a última semana, até que ponto você modificou sua rotina pessoal por causa do TOC do(a) (nome de paciente)?"

- [ ] 0 = Não.
- [ ] 1 = Leve; rotina levemente modificada, mas foi capaz de cumprir com as responsabilidades da família e/ou do trabalho e de ocupar-se com atividades de lazer.
- [ ] 2 = Moderado; rotina definitivamente modificada em uma área (família, trabalho ou lazer).
- [ ] 3 = Grave; rotina definitivamente modificada em mais de uma área.
- [ ] 4 = Extremo; incapaz de atender às responsabilidades de trabalho ou da família ou de ter qualquer tempo de lazer devido ao TOC do paciente.
- [ ] N/A = Não se aplica. Paciente não apresentou sintomas de TOC na última semana.

NOTA: PONTUADO PELO AVALIADOR

12 MODIFICANDO A ROTINA DA FAMÍLIA

"Você está atualmente modificando o que considera uma rotina familiar habitual devido ao TOC do(a) (nome do paciente)? Exemplos incluem alterar os hábitos de cozinhar ou de limpeza da família."

"Durante a última semana, até que ponto você modificou a rotina familiar devido ao TOC do(a) (nome do paciente)? Em que grau o TOC do seu familiar exigiu mudanças nas atividades ou rotinas da família?"

- [ ] 0 = Não.
- [ ] 1 = Leve; a rotina familiar foi levemente modificada , mas permaneceu essencialmente inalterada.
- [ ] 2 = Moderado; a rotina familiar foi definitivamente alterada em uma área.
- [ ] 3 = Grave; a rotina familiar foi definitivamente alterada em mais de uma área.
- [ ] 4 = Extremo; a rotina familiar foi alterada na maior parte das áreas ou em todas elas.
- [ ] N/A = Não se aplica. Paciente não apresentou sintomas de TOC na última semana.

NOTA: PONTUADO PELO AVALIADOR

Copyright © 1999 by Lisa Calvocoressi, Ph.D., Carolyn M. Mazure, Ph.D., Barbara Van Noppen, Ph.D., and Lawrence H. Price, M.D.
Tradução e adaptação para o português brasileiro: Juliana Gomes, Elisabeth Meyer, Daniela Braga, Christian Kristensen e Aristides Cordioli.

Referências

Escala de Acomodação Familiar - Pontuada pelo Entrevistador. Versão em português · 12 itens. Formulário da versão apresentada.

CALVOCORESSI, Lisa; MAZURE, Carolyn M.; KASL, Stanislav V.; SKOLNICK, Jessica; FISK, Deborah; VEGSO, Stephanie J.; VAN NOPPEN, Barbara L.; PRICE, Lawrence H. Family accommodation of obsessive-compulsive symptoms: instrument development and assessment of family behavior. The Journal of Nervous and Mental Disease, v. 187, n. 10, p. 636-642, 1999. https://doi.org/10.1097/00005053-199910000-00008

GOMES, Juliana Braga; CALVOCORESSI, Lisa; VAN NOPPEN, Barbara; PATO, Michele; MEYER, Elisabeth; BRAGA, Daniela Tusi; KRISTENSEN, Christian Haag; CORDIOLI, Aristides Volpato. Translation and adaptation into Brazilian Portuguese of the Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder - Interviewer-Rated (FAS-IR). Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 32, n. 3, p. 102-112, 2010. https://www.scielo.br/j/rprs/a/3mPywytJkDWrpTGNYD9KYtw/

GOMES, Juliana Braga; CORDIOLI, Aristides; VAN NOPPEN, Barbara; PATO, Michele; WOLITZKY-TAYLOR, Kate; GONÇALVES, Francine; HELDT, Elizeth. Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder - Interviewer-Rated (FAS-IR), Brazilian Portuguese version: internal consistency, reliability, and exploratory factor analysis. Comprehensive Psychiatry, v. 57, p. 155-159, 2015. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2014.11.017