

HELENA DA SILVA PRADO

**Revisão de literatura sobre fenômenos
Sensoriais e validação preliminar da escala para avaliação
de fenômenos sensoriais da Universidade de São Paulo
(USP-SPS) no transtorno obsessivo-compulsivo**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Ciências.

Área de concentração: Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Eurípedes Constantino
Miguel Filho

SÃO PAULO
2007

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Prado, Helena da Silva

Revisão de literatura sobre fenômenos sensoriais e validação preliminar da escala para avaliação de fenômenos sensoriais da Universidade de São Paulo (USP-SPS) no transtorno obsessivo-compulsivo / Helena da Silva Prado. -- São Paulo, 2007.

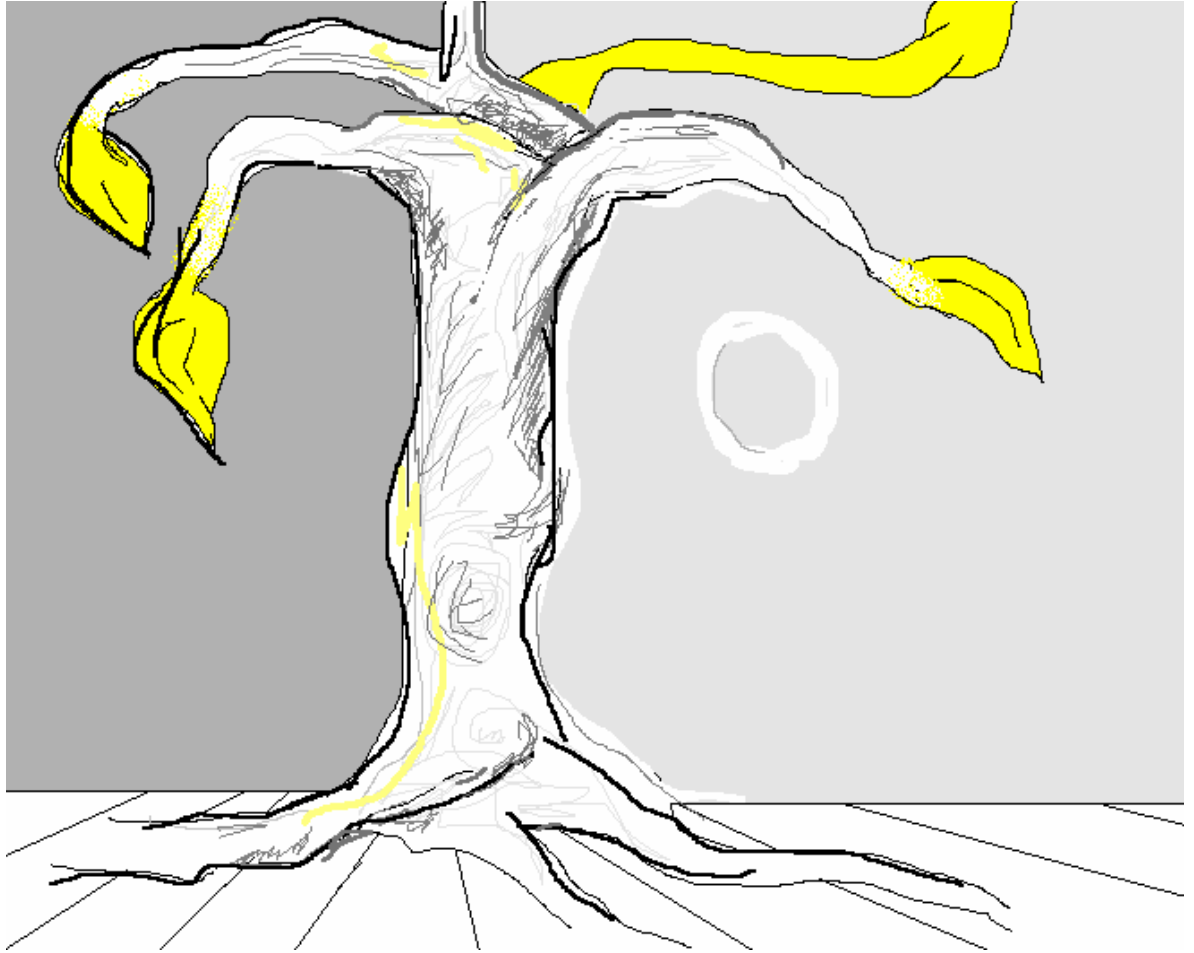
Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Departamento de Psiquiatria.

Área de concentração: Psiquiatria.

Orientador: Eurípedes Constatino Miguel Filho

Descritores: 1.Transtorno obsessivo-compulsivo/psicologia 2.Transtornos de tique
3.Transtornos das sensações 4.Escalas 5.Estudos de validação 6.Literatura de revisão

USP/FM/SBD-269/07

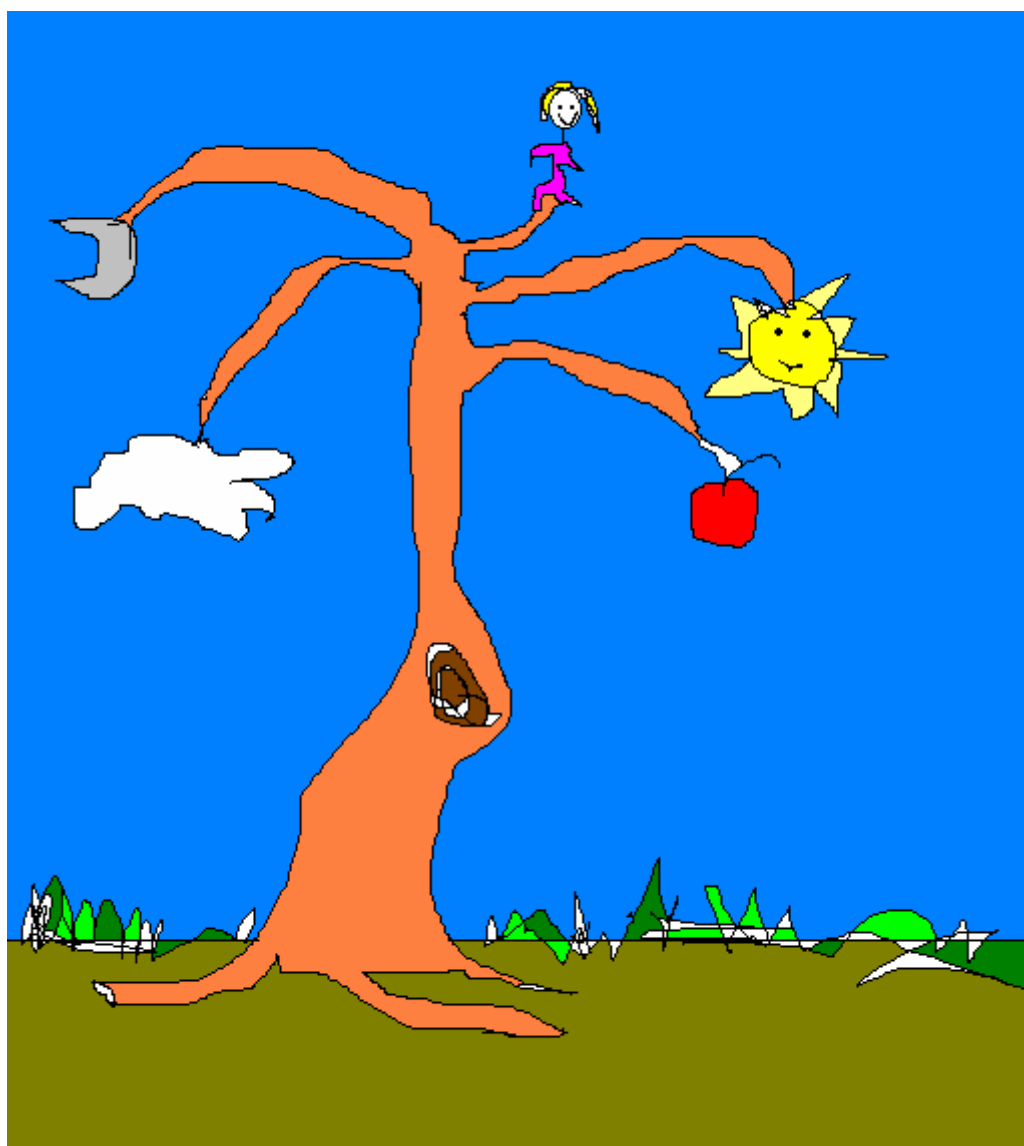


A meus pais,
Que me ensinaram a ousar,
Questionar e,
Acima de tudo,
Ser curiosa.
Muito curiosa.



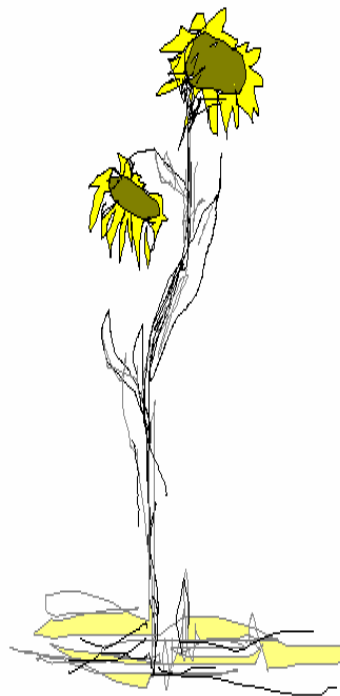
À Maria Conceição do Rosário

Palavreando metros e metros em pensamentos:
Inquieta busca.
Mãos que me conduzem em alegrias,
Por quererem.
Por perdidos.
Pelas lidas e
Pelas vidas.
No mais além.
Futuro.
Presente.



À Leleca,
De quem os frutos
São risos
De criança,
Nuvens sonhadoras,
Lua e sol.
Maçã da vida.

À
Scheila dos Santos,
Pela disciplina,
perseverança e
Companheirismo.



AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Eurípedes Constantino Miguel Filho, pela confiança, pela oportunidade de trabalhar ao seu lado e por ser o maior incentivador na superação de meus limites.

À Dra. Maria Conceição do Rosário pela infinita disponibilidade, por todos os ensinamentos e pela impecável condução deste meu trabalho.

À Sonia Borcato, verdadeira companheira de pesquisa, sempre gentil, alegre e presente.

À Maria Cristina Cassab, quem sempre me incentivou.

Aos meus GRANDES AMIGOS, Bias Arrudão e Djalma Silva.

À Dra. Ana G. Hounie, por estar sempre pronta a me ouvir, esclarecer minhas dúvidas neste meu caminhar.

À Dra. Roseli G. Shavitt, modelo de clareza, objetividade e de olhar carinhoso.

Ao Prof. James Leckman pela colaboração inestimável.

À Scheila dos Santos, pela certeza de uma revisão impar.

À Idalina T. Shimoda, pela amizade, carinho, disponibilidade: arigatô.

Aos demais amigos do PROTOC por estarem sempre presentes.

Aos 'pacientes' Prof. Dr. Carlos Pereira e Victor Fossaluzza, pela análise estatística.

À Eliza Fukushima, por cuidar de mim e de meus prazos.

À Celina Giacomelli, por todos os acolhimentos.

À Lucimar C. Oliveira, pela paciência na "fase mestrado".

À minha irmã Renée, sempre um porto.

Aos pacientes, pela delicadeza e sensibilidade no compartilhamento deste meu aprendizado.

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	1
1.1 - Relação entre o TOC e TT e as experiências subjetivas	3
1.2 - Fenômenos Sensoriais: revisão da literatura	6
1.2.1 - Possíveis mecanismos fisiopatológicos para os fenômenos sensoriais	21
1.2.2 - Escalas para a avaliação de FS	27
1.3 - Síntese	31
2 - OBJETIVOS E HIPÓTESES	33
3 - MÉTODOS	34
3.1 - Critérios de Busca de Artigos para a Revisão da Literatura	34
3.1.1 - Critérios para a inclusão/exclusão dos artigos da revisão da literatura	35
3.1.1.a - Critérios de Inclusão	35
3.1.1.b - Critérios de Exclusão	35
3.1.2 - Descrição da base de dados	36
3.2 - Validação Preliminar da Escala para Avaliação de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo (USP-SPS)	39
3.2.1 - Seleção da Amostra e Critérios Diagnósticos para os Sujeitos envolvidos na Avaliação da USP-SPS	39
3.2.2 - Instrumentos	41
3.2.2.1 - Presença e gravidade dos SOC	41
3.2.2.1.a - Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS)	41

3.2.2.1.b - Escala Dimensional para Avaliação da Gravidade dos Sintomas Obsessivo-Compulsivos (Dimensional Yale-Brown Obsessive-compulsive Scale - DY-BOCS)	41
3.2.2.2 - Presença e Gravidade de tiques	42
3.2.2.3 - Presença e gravidade dos sintomas depressivos	42
3.2.2.4 - Presença e gravidade de sintomas de ansiedade	43
3.2.2.5 - Escala de Avaliação de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo (USP-SPS)	43
3.2.2.6 - Entrevista livre	44
3.3 - Ordem das entrevistas	44
3.4 - Treinamento dos Entrevistadores	45
3.5 - Avaliação Psicométrica	45
3.5.1 - Validade	46
3.5.2 - Confiabilidade	47
3.6 - Análise estatística	48
4 - RESULTADOS	50
4.1 - Revisão da Literatura sobre os FS	50
4.2 - Dados psicométricos preliminares da USP-SPS	52
4.2.1 - Dados demográficos e clínicos da amostra estudada	52
4.3 - Medidas de Validade	54
4.3.1 - Validade de Construto e de Conteúdo	54
4.3.2 - Validade Concorrente	55
4.3.2.1 - Validade Convergente	55
4.3.2.2 - Validade Discriminante	56
4.3.2.2.a - Associação entre itens e os escores da USP-SPS e os escores da DY-BOCS	56

4.3.2.2.b - Avaliação da Concordância entre a Auto- Aplicação da USP x Aplicação da USP-SPS por um entrevistador	64
5 - DISCUSSÃO	66
5.1 - Revisão da Literatura e Validade da USP-SPS	67
5.2 - Auto-Aplicação vs. Aplicação por um Entrevistador	69
5.3 - Questões Relativas à Subjetividade dos Fenômenos Sensoriais	69
5.4 - Limitações	72
5.5 - Perspectivas Futuras	73
6 - CONCLUSÕES	75
7 - ANEXOS	76
8 - REFERÊNCIAS	200

LISTA DE FIGURAS

- Gráfico 1** - Associação entre a Dimensional Yale-Brown Obsessive-Scale (DY-BOCS) - Total e a Escala de Avaliação de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo - USP-SPS. **58**
- Gráfico 2** - Associação entre a variável Yale-Brown Obsessive-Scale (Y-BOCS) Compulsão e a Escala de Avaliação de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo - USP-SPS. **59**
- Gráfico 3** - Associação entre a variável Yale-Brown Obsessive-Scale (Y-BOCS) Obsessão e a Escala de Avaliação de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo - USP-SPS. **59**
- Gráfico 4** - Associação entre a variável Yale-Brown Obsessive-Scale (Y-BOCS) - Total e a Escala de Avaliação de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo - USP-SPS. **60**
- Gráfico 5** - Associação entre o Inventário Beck de Ansiedade (Beck-A) e a Escala de Avaliação de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo - USP-SPS. **61**
- Gráfico 6** - Associação entre o Inventário Beck de Depressão (Beck-D) e a Escala de Avaliação de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo - USP-SPS. **61**
- Gráfico 7** - Associação entre o Inventário Beck de Ansiedade (Beck-A) e Inventário Beck de Depressão (Beck-D). **62**
- Gráfico 8** - Associação entre os escores de gravidade Dimensional Yale-Brown Obsessive-Scale (DY-BOCS) - Total e os escores de gravidade da Yale-Brown Obsessive-Scale (Y-BOCS) Total. **62**

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Definições das experiências subjetivas descritas na literatura	7
Tabela 2 - Publicações sobre a patofisiologia dos TT e do TOC	22
Tabela 3 - Nosologia e Definições Subjetivas sobre Fenômenos Sensoriais Descritas na Literatura	50
Tabela 4 - Características sócio-demográficas da amostra	54
Tabela 5 - Características Clínicas da amostra	54
Tabela 6 - Concordância entre Escala de Avaliação da presença e gravidade dos Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo - USP-SPS e avaliação clínica considerada como “padrão-ouro”.	55
Tabela 7 - Comparação entre o Padrão-Ouro e a Escala de Avaliação da presença e gravidade dos Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo - USP-SPS na distribuição de pacientes com os diversos tipos de FS.	56
Tabela 8 - Associação entre a presença de Fenômenos Sensoriais e a presença de dimensão medidas pela Dimensional Yale-Brown Obsessive-Scale (DY-BOCS)	57
Tabela 9 - Resultados da regressão linear entre os escores de gravidade da Escala de Avaliação da presença e gravidade dos Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo - USP-SPS e os escores de gravidade das escalas Dimensional Yale-Brown Obsessive-Scale, Yale-Brown Obsessive Scale, Yale Global Tic Severity Scale, Inventário Beck de Depressão, Inventário Beck de Ansiedade.	63
Tabela 10 - Avaliação da Concordância entre a Auto-Aplicação da Escala de Avaliação da presença e gravidade dos Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo - USP-SPS x Aplicação da Escala de Avaliação da presença e gravidade dos Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo - USP-SPS.	65

RESUMO

da Silva Prado H. *Revisão de Literatura sobre Fenômenos Sensoriais e Validação Preliminar da Escala para Avaliação de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo (USP-SPS) no Transtorno Obsessivo-Compulsivo* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007. 214p.

Introdução: O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) acomete cerca de 1% da população mundial, independente de sexo, raça ou religião. Representa uma preocupação de saúde pública significativa, pois comumente interfere no funcionamento social e vocacional, estando associado a um risco até quatro vezes maior de desemprego. O TOC é considerado um transtorno heterogêneo e tem sido enfatizada a necessidade de identificar subgrupos mais homogêneos de pacientes com o intuito de desvendar fatores etiológicos e estabelecer estratégias terapêuticas mais eficazes. Algumas características têm se mostrado promissoras na tentativa de determinar fenótipos mais homogêneos de pacientes com TOC. Entre elas, podemos citar a idade de início precoce dos sintomas obsessivo-compulsivos (SOC) e a presença de comorbidade com os transtornos de tiques (TT). Outra característica psicopatológica proposta para avaliar pacientes com TOC associado ou não a tiques é a presença de experiências subjetivas tais como incômodo, desconforto ou mal-estar que podem preceder ou acompanhar os comportamentos repetitivos, sejam eles tiques ou compulsões. A avaliação dessas experiências tem sido limitada pela diversidade de conceitos e pela ausência de um instrumento válido para a investigação dessas experiências subjetivas. **Objetivos e Hipóteses:** O presente estudo teve como objetivos principais: 1) Realizar uma revisão da literatura sobre os diversos tipos de experiências subjetivas relatadas pelos pacientes como precedendo e/ou acompanhando os tiques e as compulsões; 2) Determinar as propriedades psicométricas iniciais da Escala para Avaliação da Presença e Gravidade de Fenômenos Sensoriais da

Universidade de São Paulo (USP-SPS). **Material e métodos:** Para a revisão de literatura, foram utilizadas as seguintes bases de dados: *Cochrane Library*; base de dados da *National Library of Medicine* dos Estados Unidos, PubMed; e a base de dados da *American Psychological Association* (PsycLit/PsycINFO). Para a validação preliminar foram avaliados 47 pacientes consecutivos adultos. Os pacientes foram submetidos a um protocolo de avaliação detalhado em que foram coletadas informações demográficas, histórico escolar e profissional, histórico médico e sobre classificação sócio-econômica. Este protocolo utilizou uma entrevista clínica semi-estruturada, a Entrevista Clínica Semi-estruturada do DSM-IV – Eixo 1 - Edição Transtorno/Pacientes (SCID-I/P, Versão 2.0), e seis escalas de avaliação: Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS); Escala Dimensional para Avaliação da Gravidade dos Sintomas Obsessivo-Compulsivos (*Dimensional Yale-Brown Obsessive-compulsive Scale - DY-BOCS*); *Yale Global Tic Severity Scale* (YGTSS); Inventário Beck de Depressão (Beck-D); Inventário Beck de Ansiedade (Beck-A) e a Escala para Avaliação de Presença e Gravidade de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo (USP-SPS). **Resultados:** A revisão da literatura demonstrou ser possível agrupar os diferentes conceitos envolvendo experiências subjetivas relacionados sob a denominação de Fenômenos Sensoriais. Dentre os pacientes entrevistados, 31 (66%) relataram a presença de FS, sendo que 21 (44,7%) tiveram início precoce. A regressão linear entre os escores de gravidade da USP-SPS e os escores de gravidade das escalas DY-BOCS Y-BOCS, YGTSS, Beck-D e Beck-A não revelou associação com nenhuma destas escalas com exceção para a Dimensão da DY-BOCS de Simetria/Ordem, Arranjo e Contagem. Ou seja, quanto maior a gravidade dos FS, maior a gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos nesta Dimensão, demonstrando que os FS se constituem como um construto independente e que a USP-SPS é um instrumento válido para avaliar a presença e gravidade dos FS. A comparação entre os dados obtidos a partir da auto-aplicação e as escalas aplicadas por entrevistador da USP-SPS revelou uma baixa concordância. Entretanto, é importante ressaltar que

apesar de ter havido mudanças consideráveis nas respostas dos pacientes após as explicações, isto não ocorreu para a presença de FS com um todo ($p=0,343$). **Conclusões:** A investigação dos Fenômenos Sensoriais é relevante para o aprofundamento do conhecimento sobre pacientes com TOC e ST; os dados preliminares para a validação da Escala para Avaliação da Presença e Gravidade de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo (USP-SPS) indicam que se trata de um instrumento válido para a avaliação da presença e gravidade de Fenômenos Sensoriais, que, no entanto, não é auto-aplicável. **Palavras-chave:** Transtorno Obsessivo-Compulsivo; Transtorno de Tiques; Fenômenos Sensoriais; Escala para Avaliação de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo; Revisão da literatura; Validação preliminar.

SUMMARY

da Silva Prado H. *Review of literature on Sensory Phenomena and Preliminary Validation of the Sensory Phenomena Scale of the University of São Paulo (USP-SPS) on Obsessive-Compulsive Disorder* [dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2007. 214p.

Introduction: Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) affects 1% of the world population, regardless of gender, race or religion. It represents a significant public health concern, since it interferes in the social and vocational functioning of affected individuals, and is associated with a risk of unemployment four times higher than average. OCD is considered a heterogeneous disorder, and the need for identifying more homogeneous subgroups has been emphasized in order to unveil etiological factors and develop more efficient therapeutic strategies. Some characteristics have been promising in the attempt to determine more homogeneous subgroups of OCD patients. Among them we may cite an early onset of Obsessive-Compulsive Symptoms (OCS) and the presence of co-morbidity with tic disorders (TD). Another characteristic proposed to evaluate OCD patients associated or not with tics is the presence of subjective experiences such as the discomfort or uneasiness that may precede or accompany repetitive behaviors. The evaluation of those experiences has been limited by the diversity of the definitions and the absence of structured instruments to evaluate these subjective experiences. **Goals and Hypothesis:** The present study had two main goals: 1) To make a review of the literature on subjective experiences reported by patients as preceding and/or accompanying the tics and compulsions; 2) To determine the preliminary psychometric properties of the University of São Paulo's Evaluation Scale for the Presence and Severity of Sensory Phenomena (USP-SPS). **Materials and Methods:** For the literature review the used databases were: the Cochrane Library; the United States National Library of Medicine, "PubMed"; and the American Psychological Association (PsycLit/PsycINFO). For the preliminary validation

47 consecutive adult OCD patients were evaluated at the Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (PROTOC). The patients were comprehensively evaluated with the following instruments: the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-Patient Edition (SCID-I/P, Version 2.0); the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS); the Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS); Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS); Beck Depression Inventory (Beck-D); Beck Anxiety Inventory (Beck-A); and University of São Paulo's Evaluation Scale for the Presence and Severity of Sensory Phenomena (USP-SPS).

Results: The literature review demonstrated that it is possible to group the different definitions of these subjective experiences under the name Sensory Phenomena (SP). Among the 47 patients interviewed, 31 (66%) related the presence of SP, and 21 (44,7%) had early-onset. In the linear regression between the scores of severity of USP-SPS and scores of severity of the DY-BOCS, Y-BOCS, YGTSS, Beck-D and Beck-A did not reveal association with these scales with an exception for DY-BOCS of Symmetry/Ordering/Arranging and Counting Dimension. In other words, the worse the SP severity, the worse the severity of the obsessive-compulsive symptoms in this Dimension. The comparison among data obtained from the self-reported and the USP-SPS administered by an interviewer revealed a low concordance. However, it is important to note that even having considerable changes in the patients' answers after the explanations, this did not occur for the presence of SP itself. ($p=0,343$).

Conclusions: The investigation of Sensory Phenomena is relevant for a better understanding of OCD and TD patients; the preliminary data for the validation of the USP-SPS indicated that it is a valid instrument for evaluating the presence and severity of Sensory Phenomena.

Key words: Obsessive-Compulsive Disorder; Tic Disorder; Sensory Phenomena; University of São Paulo's Evaluation Scale for the Presence and Severity of Sensory Phenomena; Literature review; Preliminary validation.

I N T R O D U Ç Ã O

1 - INTRODUÇÃO

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) acomete cerca de 1% (Kessler e cols., 2005) a 2,5% (Karno e cols., 1988; Rasmussen e Eisen, 1992) da população mundial, independente de sexo, raça ou religião. Representa uma preocupação de saúde pública significativa, pois comumente interfere no funcionamento social e vocacional (Leon e cols., 1995), estando associado a um risco até quatro vezes maior de desemprego (Koran e cols., 1996; Torres & Lima, 2005; Torres e cols., 2006a; Torres e cols., 2006b). A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que até o ano de 2020 o TOC estará entre as dez causas mais importantes de comprometimento por doença (Murray & Lopez, 1996).

Apesar do TOC ser definido pelo DSM-IV (APA, 1994) como uma entidade nosológica única, sua expressão é bastante heterogênea. A partir dessa heterogeneidade clínica e etiológica, diversos estudos têm enfatizado a importância de se identificar subgrupos mais homogêneos de pacientes com o intuito de desvendar fatores etiológicos e estabelecer estratégias terapêuticas mais eficazes. Entre as propostas de subgrupos mais homogêneos, a idade de início precoce dos sintomas obsessivo-compulsivos (SOC) (Geller e cols., 1998; Rosário-Campos, 1998; Rosário-Campos e cols., 2001) e a presença de comorbidade com os transtornos de tiques (TT) (Leckman e cols., 1997; Leckman e cols., 1989; Miguel e cols., 2000) têm-se mostrado como características bastante promissoras na tentativa de determinar fenótipos mais homogêneos de pacientes com TOC.

Uma das características psicopatológicas propostas para avaliar pacientes com TOC associado ou não a tiques seria a investigação de experiências subjetivas tais como incômodo, desconforto ou mal-estar que podem preceder ou acompanhar os comportamentos repetitivos, sejam eles

tiques ou compulsões (Miguel e cols. 1995; 1997b; 2000; Rosário-Campos, 1998). A capacidade de identificar essas experiências pode auxiliar o paciente no tratamento (Cohen e cols., 1992; Leckman e cols., 1993; Shavitt, 2001), além do fato que as mesmas poderiam ser utilizadas como endofenótipos em estudos genéticos e de neuroimagem.

Apesar do valor heurístico da investigação dessas experiências subjetivas, os estudos têm apresentado limitações importantes para o aprofundamento do conhecimento sobre as mesmas.

Uma limitação relevante é o fato destas experiências subjetivas terem sido definidas de formas diferentes a partir de autores diversos, tais como tiques sensoriais (*sensory tics*) (Shapiro e cols., 1988; Kurlan e cols., 1989), urgências premonitórias (*premonitory urges*) (Cohen & Leckman, 1992; Leckman e cols., 1993) percepções de “estar em ordem” (*just-right perceptions*) (Leckman e cols., 1992; 1994b; 1997) e fenômenos sensoriais (*sensory phenomena*) (Miguel e cols., 1995; 1997; 2000; Rosário-Campos, 1998). Outra limitação para o estudo dessas experiências subjetivas é a falta de instrumentos de investigação capazes de avaliá-las adequadamente.

Esta dissertação tem como objetivo principal suprir estas lacunas que dificultam o avanço do conhecimento sobre essas experiências subjetivas. Para isso, inicialmente foi realizada uma revisão da literatura na tentativa de identificar qual seria a melhor proposta para uniformizar as várias definições que essas experiências vêm tendo ao longo dos anos. Em seguida, apresentaremos a escala por nós proposta, a “Escala para Avaliação da Presença e Gravidade de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo” (USP-SPS), e os dados preliminares para sua validação.

Acreditamos que a utilização de um conceito unificado e a criação de um instrumento de avaliação específico e confiável para a investigação dessas experiências subjetivas contribuirão de forma heurística para a melhor compreensão dos pacientes com TOC.

1.1 - Relação entre o TOC e TT e as experiências subjetivas

O TOC é caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões, que causam acentuado sofrimento, consomem ao menos uma hora por dia, ou interferem significativamente na rotina, funcionamento ocupacional, atividades ou relacionamentos sociais habituais do indivíduo (APA 1994).

Obsessões são pensamentos, idéias, impulsos ou representações mentais vividas como intrusivas e sem significado particular para o indivíduo. Embora os reconheça como frutos de seu próprio “eu” (e não como de outra pessoa), o sujeito os considera como estranhos ao seu referencial próprio. Por serem um produto mental, freqüentemente se apresentam sob diversos aspectos, tais como, idéias, pensamentos, imagens, preocupações ou medos.

Compulsões são comportamentos repetitivos e intencionais, ou atos mentais, realizados com uma determinação e premência que freqüentemente ultrapassa a livre determinação do indivíduo, realizados em resposta a uma obsessão ou independente destas, de acordo com certa padronização e/ou de forma estereotipada (APA, 1994). As compulsões também podem variar, em geral envolvendo qualquer comportamento, ritual mental ou tentativa de evitar entrar em contato com determinadas situações e/ou pessoas.

Os transtornos de tiques (TT) são caracterizados pela presença de tiques vocais e/ou motores, que geralmente variam em relação à gravidade, intensidade e prejuízo no funcionamento familiar, social, escolar ou profissional (APA, 1994). De acordo com o DSM-IV, os TT são compostos pelo transtorno de tiques transitórios, transtorno de tiques motores ou vocais crônico e o transtorno de tiques motor e vocal crônico, mais conhecido pela denominação de Síndrome de Tourette (ST).

Tiques são movimentos repentinos e repetitivos que normalmente mimetizam um fragmento de um comportamento normal. Os tiques freqüentemente diminuem durante o sono ou atividades que necessitem de

concentração. Por outro lado, ansiedade, cansaço e excitação estão associados a aumento da gravidade dos tiques (Leckman e cols., 1997). Os tiques podem ser suprimidos voluntariamente, geralmente à custa de excessiva tensão emocional (Hounie e cols., 1999).

Os tiques podem ser classificados em vocais e motores e estes, por sua vez, em simples e complexos. Alguns tiques motores simples são piscar os olhos ou repuxar os lábios. Exemplos de tiques complexos são bater em partes do corpo, tocar em objetos e/ou pessoas. Exemplos de tiques vocais simples seriam coçar a garganta, fungar ou pigarrear. Exemplos de tiques vocais complexos seriam falar palavras ou frases, incluindo falar palavrões ou palavras de baixo calão (coprolalia), encontrada em até 30% dos indivíduos com ST (Hounie e cols., 1999).

A frequência dos tiques varia desde eventos raros durante a semana até pacientes que apresentam mais de 100 tiques por minuto (Leckman e cols., 1997). Para os pacientes com ST, os tiques podem ser intermitentes no início do quadro, mas eventualmente se tornam persistentes por pelo menos um ano, com intervalos menores que três meses entre esses episódios.

A idade média de início dos tiques é aos sete anos, mas pode variar entre dois a quinze anos, sendo que para o diagnóstico de ST os tiques não podem começar após os 18 ou 21 anos de idade, de acordo com o DSM-IV (APA, 1994) e a Associação de portadores e familiares dos Estados Unidos (TSA), respectivamente. Por volta dos 10 anos de idade a maioria dos pacientes com ST consegue perceber alguns estímulos ou sensações que antecedem os tiques e referem que os realizam como respostas “voluntárias” a esses estímulos desagradáveis (Leckman e cols., 1993; 1994). Estas “sensações premonitórias” podem ajudar os pacientes a suprimir os tiques por um certo período de tempo, o que normalmente leva a um aumento progressivo da ansiedade e do desconforto. Essas características de causar desconforto ou ansiedade, precedendo e/ou acompanhando os tiques, faz com que essas experiências subjetivas se assemelhem às compulsões do ponto de vista psicopatológico, reforçando a idéia de associação entre o os TT e o TOC.

Na verdade, esta associação entre o TOC e os TT tem sido descrita desde o século XIX, apesar de estar sendo mais enfatizada recentemente (Hounie e cols., 2006; Storch e cols., 2007), por vários estudos clínicos (Hasler e cols., 2005; Wahl e cols., 2007; Cullen e cols., 2007), epidemiológicos (Torres & Lima, 2005; Torres e cols., 2006), genéticos (Pauls e cols., 1995; Grados e cols., 2001; Rosário-Campos e cols., 2005), de neuroimagem (Peterson e cols., 2001; Schiepek e cols., 2007) e de tratamento (Leckman e cols., 1997; Dell'Osso e cols., 2007; Fontenelle e cols., 2007; Gava e cols., 2007; Stein e cols., 2007).

Trabalhos clínicos têm demonstrado incidências aumentadas de SOC e TOC em pacientes com ST, quando comparadas com grupos controle. Por exemplo, Leckman e colaboradores (1994a) apresentaram uma taxa de SOC de 46% e de TOC em torno de 23% em pacientes com ST, enquanto na população geral essa taxa alcança apenas 3%. De forma semelhante, freqüências de até 30% de tiques e/ou ST em pacientes com TOC também têm sido relatadas (Pitman e cols., 1987).

Estudos genético-familiares revelaram que parentes de primeiro grau de pacientes com ST têm uma prevalência de 10% para ST, 18% para Tiques Motores Crônicos e 30% para TOC, taxas essas muito mais elevadas do que na população normal (Pauls & Leckman, 1986; Pauls e cols., 1991). Já em estudos com familiares de pacientes com TOC, as taxas de tiques e ST entre eles têm sido muito mais elevadas que as encontradas na população normal ou nos familiares dos grupos controle (Pauls e cols., 1995; Grados e cols., 2001; Rosário-Campos e cols., 2005).

Estudos de neuroimagem têm reforçado a existência de um espectro ST-TOC ao relatarem áreas semelhantes comprometidas nos dois transtornos. Estas áreas cerebrais seriam os circuitos cortico-estriato-talamo-corticais envolvendo alterações em componentes comuns destes circuitos como os gânglios da base como, por exemplo, alterações na assimetria normal do núcleo caudado em pacientes com TOC, assim como o desaparecimento da assimetria normal do putamen em pacientes com ST (Singer e cols., 1992; Peterson e cols., 1993).

Resultados de tratamentos farmacológicos também contribuíram para a noção de que existe um subtipo de TOC associado à ST. Por exemplo, pacientes com TOC associado a tiques parecem beneficiar-se da associação de neurolépticos (freqüentemente utilizados para a redução dos tiques) aos ISRS, o que não acontece com os pacientes com TOC isolado (McDougle e cols., 1990; Jenike e Rauch, 1994; Mc Dougle e cols., 1994; Leckman e cols., 1997).

Em relação ao tratamento, alguns pacientes relataram que a presença de experiências subjetivas, precedendo e/ou acompanhando seus comportamentos repetitivos (sejam eles tiques ou compulsões), freqüentemente permite a supressão temporária de seus sintomas, Kurlan e cols. (1989). Conforme mencionado acima, essas experiências podem estar presentes tanto em pacientes com TT quando em pacientes com TOC, reforçando a idéia de associação entre esses dois quadros e a importância de se aprofundar o conhecimento sobre essas experiências subjetivas.

A seguir apresentaremos diversos estudos explorando essas experiências subjetivas, denominadas pelo nosso grupo de fenômenos sensoriais.

1.2 - Fenômenos Sensoriais: revisão da literatura

Não existe uniformidade na literatura sobre a definição destas experiências subjetivas que acompanham e/ou precedem comportamentos repetitivos, as quais têm recebido denominações e explicações diferentes dependendo dos pesquisadores que os estudam. A seguir apresentaremos uma revisão da literatura publicada a respeito das experiências subjetivas desde 1980 até a atualidade, em ordem cronológica. Uma parte dessa literatura encontra-se publicada na dissertação de mestrado de Rosário-Campos (1998). A Tabela 1 apresenta os diversos estudos sobre fenômenos sensoriais encontrados segundo os critérios de busca utilizados para este estudo e especificados na metodologia (tabela 1).

Tabela 1 - Definições das experiências subjetivas descritas na literatura*

Autor	Ano	N de pacientes	Tipo de estudo	Grupo controle	Diagnóstico	% de experiências subjetivas	Termos	Definição
Bliss	1980	1	Auto-relato	Não	ST	100	Sensação preliminar	Uma vontade inexorável acompanhada por uma sensação sutil e extraordinária que provoca e abastece essa vontade.
Bullen & Hemsley	1983	1	Estudo de caso	Não	ST	100	Experiências sensoriais	Uma coceira, formigamento (referenciada nas definições de Bliss).
Pitman e cols	1987	48	Caso-controle	Sim	ST e TOC	87,5	Precursores sensoriais	Ter a sensação de "estar em ordem" e sensação de pareamento.
Kurlan e cols	1989	34	Descritivo	Não	ST	76	Tiques sensoriais	Sensações somáticas, sentimento de pressão, formigamento, calor, frio e outras sensações anormais na pele, ossos, músculos e juntas.
Rodopman-Arman e cols	1989	40	Descritivo	Não	ST	80	Fenômeno sensorial	Sensações premonitórias ou de urgência que precedem, acompanham ou mesmo aparecem depois dos tiques.
Rasmussem & Eisen	1992	...	Descritivo, Prevalência	...	TOC	...	Incompletude	Uma sensação interna de imperfeição e as ações e intenções não fornecem a sensação de satisfação.

Cohen & Leckman	1992	28	Descritivo	Não	ST	82	Fenômeno sensorial (localizado)	Sensações premonitórias, locais de alta sensibilidade física e desinibição.
Leckman e cols	1993	135	Estudo de caso	Sim	TT	93	Sensações premonitórias	Necessidade de realizar um comportamento repetitivo. É uma força, uma urgência sem qualquer tipo de obsessão, medo, preocupação ou sensações físicas.
Kane	1994	1	Auto-relato	Não	ST	100	Sensações premonitórias	Necessidade de realizar um comportamento repetitivo. É uma força, uma urgência sem qualquer tipo de obsessão, medo, preocupação ou sensações físicas.
Leckman e cols	1994	177	Caso-controle	Sim	TOC, TT	92	Percepção de "estar em ordem"	Necessidade de realizar um ato compulsivo até sentir "estar em ordem" visual, auditivo ou tátil.
Miguel e cols	1995	27	Caso-controle	Sim	TOC, TT	100 (ST)	Fenômenos sensoriais	Sensações físicas (sensações desconfortáveis na pele, juntas ou músculos); ou sensações mentais (necessidade "estar em ordem" que pode ser acompanhada por estímulos sensoriais, ie, visual, auditivo ou tátil).

Jankovic	1997			Perspectiva histórica				Fenômeno premonitório	Sensações ou desconfortos localizados: queimação, tensão, constrição, secura, coceira. Não localizada: uma urgência, ansiedade, raiva e outras sensações psíquicas.
Miguel e cols	1997	61 (total) 20 (TOC)	20 (TOC+ST) 21 (ST)	Retrospectivo Caso-controle	Sim	ST	20 (TOC); 75 (TOC+ST) 24 (ST)	Fenômenos sensoriais	Sensações físicas (sensações desconfortáveis na pele, músculos, juntas e sensações físicas); sensação de "estar em ordem" que pode ser acompanhada por estímulos sensoriais, ie, visual, auditivo ou tátil, uma sensação interna de incompletude ou uma energia interna que tem que ser liberada.
Kit-Yun Chee	1997	145 (total) 50 (ST), 50 (TOC) 45 (controle)		Corte Transversal	Sim	TOC, ST	15.8 (total) 28 (ST) 10 (TOC) 8.9 (controle)	Tiques sensoriais	Padrão recorrente, involuntário, sensações somáticas na pele ou perto dela.

Rodopman-Arman e cols	1998	40	Descritivo	Sim	ST	80	Fenômenos sensoriais	Sensações físicas (sensações desconfortáveis na pele, músculos, juntas e sensações físicas); sensação de "estar em ordem" que pode ser acompanhada por estímulos sensoriais, ie, visual, auditivo ou tátil.
Evans e cols	1999	61	Descritivo	Sim	SOC	...	Percepção de "estar em ordem"	Necessidade de realizar um ato compulsivo até sentir "estar em ordem" visual, auditivo ou tátil.
Miguel e cols	2000	61 (total) 20 (TOC) 20 (TOC+ST) 21(ST)	Caso-controle	Sim	TOC+ST, ST	100 (TOC+ST) 95 (ST) 78.6 (TOC, TOC+ST, ST)	Fenômenos sensoriais	Necessidade em realizar um comportamento repetitivo. É uma força, uma urgência sem qualquer tipo de obsessão, medo, preocupação ou sensações físicas, tensão interna ou ansiedade.
Chouinard & Ford	2000	22	Estudo de caso	Não	Tiques	77,27	Sensações premonitórias	Necessidade em realizar um comportamento repetitivo. É uma força, uma urgência sem qualquer tipo de obsessão, medo, preocupação ou sensações físicas.

Miguel e cols	2000	--	Revisão	--	Tiques + TOC	--	Fenômenos sensoriais	Sensações físicas (sensações desconfortáveis na pele, músculos, juntas); ou sensações mentais (sensação de "estar em ordem" que pode ser acompanhada por estímulos sensoriais, ie, visual, auditivo ou tátil, uma sensação interna de incompletude ou uma energia interna que tem que ser liberada).
Rosário-Campos e cols	2001	42	Caso-controle	Sim	TOC	50	Fenômenos sensoriais	Sensações físicas (sensações desconfortáveis na pele, músculos, juntas); ou sensações mentais (sensação de "estar em ordem" que pode ser acompanhada por estímulos sensoriais, ie, visual, auditivo ou tátil, uma sensação interna de incompletude ou uma energia interna que tem que ser liberada).

Chien Hsin Fen	2001	58	Coorte	Não	ST	54,8	Fenômenos sensoriais	Sensações físicas (sensações desconfortáveis na pele, músculos, juntas); ou sensações mentais (sensação de "estar em ordem" que pode ser acompanhada por estímulos sensoriais, ie, visual, auditivo ou tátil, uma sensação interna de incompletude ou uma energia interna que tem que ser liberada).
Kwak e cols	2003	50	Descritivo	Não	ST	92	Sensação premonitória	Tiques sensoriais, tiques internos, um desejo, um impulso, uma coceira, uma pressão e um fenômeno de "estar em ordem".
Banaschewski e cols.	2003	254	Caso-controle	Sim	ST	37	Fenômeno de sensações premonitórias	Desconforto físico e sensações cognitivas; tensão interna, pressão, formigamento, calor ou frio nas regiões relacionadas aos tiques. Tensão interna ou ansiedade ou ambos.

Leckman	2003	--	Descritivo	Não	Tiques	--	Sensações premonitórias	Necessidade de realizar um comportamento repetitivo. É uma força, uma urgência sem qualquer tipo de obsessão, medo, preocupação ou sensações físicas.
Coles e cols	2003	Estudo 1 (119)	Corte Transversal	Não	Comunidade	95 (estudo 1)	Not just right experiences	Sensação subjetiva de que as coisas não estão como deveriam estar.
		Estudo 2 (242)	NJRE-Q			80 (estudo 2)		
Summerfeldt	2004	Revisão e estudo de caso	Descritivo	Não	TOC	100	Incompletude	Sensação de que ações ou experiências não estão "em ordem".
Verdellen e cols	2004	43	Caso-controle	Sim	ST	93	Experiências premonitórias	Sensação focal ou global e uma sensação de urgência.
Rodopman-Arman e cols	2004	13	Caso-controle	Não	CS/TT	76.9	Sensações premonitórias	Necessidade de realizar um comportamento repetitivo. É uma força, uma urgência sem qualquer tipo de obsessão, medo, preocupação ou sensações físicas.

Issler e cols	2005	15	Caso-controle	Sim	TOC + TB	100	Fenômenos sensoriais	Sensações físicas (sensações desconfortáveis na pele, músculos, juntas); ou sensações mentais (sensação de "estar em ordem" que pode ser acompanhada por estímulos sensoriais, ie, visual, auditivo ou tátil, uma sensação interna de incompletude ou uma energia que tem que ser liberada).
Woods e cols	2005	42	Escala auto-aplicada - PUTS	Não	ST	97.6	Sensações premonitórias	Urgência descrita como uma experiência que envolve uma energia, pressão, coceira ou dor antes do tique ocorrer.
Shavitt	2006	41	Caso-controle	Não	TOC	57,5	Fenômenos Sensoriais	Sensações físicas (sensações desconfortáveis na pele, músculos, juntas); ou sensações mentais (sensação de "estar em ordem" que pode ser acompanhada por estímulos sensoriais, ie, visual, auditivo ou tátil, uma sensação interna de incompletude ou uma energia que tem que ser liberada).

Whal e cols	2007	123	Caso-controle	Sim	TOC	66,6	Not just right experiences	"Stop-criteria": busca ativa em alcançar um específico estado emocional com o objetivo de decidir quando uma tarefa foi completada.
Mancini e cols	2007	Estudo (1) 104 Estudo (2) 110	Caso-controle	Sim	Comunidade	...	Not just right experiences	São sensações desconfortáveis que assinalam e representam uma percepção descompassada entre a realidade, o desempenho pessoal e os padrões individuais do sujeito.

* Inclui: tiques sensoriais, percepções "*just-right*", percepções "*not just-right*", sensações premonitórias, incompletude.

ST = Síndrome de Tourette, TT = Transtornos de Tiques,

DM = Desordens do Movimento, TOC = Transtorno Obsessivo-Compulsivo, CS = Coreia de Sydenham, TB = Transtorno Bipolar.

Em 1980, Joseph Bliss, um paciente portador da ST, publicou o que é considerado como o primeiro relato científico sobre as diversas sensações e experiências subjetivas que precediam ou acompanhavam seus tiques, fossem eles motores e/ou fônicos (Bliss e cols., 1980). Após trinta e cinco anos de auto-observação, Bliss relatou que os tiques não eram seus únicos sintomas. Havia uma série de sensações sutis que precediam ou acompanhavam os tiques motores e/ou fônicos, e a realização dos tiques compreenderia na verdade três momentos. A fase inicial corresponderia a estímulos sensoriais preliminares, os quais dariam origem a um desconforto generalizado e a uma necessidade crescente e irresistível, uma premência ou urgência de realizar os tiques. Os tiques corresponderiam a uma fase intermediária e seriam realizados com a intenção de aliviar ou eliminar estas sensações. A terceira fase corresponderia a um sentimento de alívio (mesmo que incompleto e momentâneo) ao final de execução dos tiques. Essas sensações foram denominadas pelos autores como “sensações premonitórias” (*premonitory urges*).

Bullen e Hemsley (1983) relataram um estudo de caso de uma paciente com ST que contava sobre uma sensação horrível, semelhante a uma coceira incontrolável, que sempre precedia os tiques e era aliviada por eles. Os autores consideraram essas sensações como um “gatilho” (*trigger*) para a realização dos tiques e passaram então a modificar a estratégia da terapia comportamental para focalizar a prevenção de resposta neste “gatilho sensorial”, com posterior melhora do quadro.

A partir desses relatos de casos, os pesquisadores dirigiram seus esforços para melhor compreender as características, funções e mecanismos fisiopatológicos dessas sensações preliminares.

Shapiro e cols., em 1988, definiram essas sensações como “tiques sensoriais”. Apesar deste estudo ter envolvido um número grande de pacientes, e ser bastante citado na literatura, ele correspondeu a uma análise retrospectiva dos dados, o que talvez explique a baixa frequência dos “tiques sensoriais”.

Em 1989, Kurlan e cols. questionaram um ponto importante sobre os aspectos fenomenológicos dos transtornos de tiques. Contradizendo a idéia da natureza “involuntária” descrita como típica para os tiques motores e/ou

fônicos, definiram essas sensações como “involuntárias” e que os movimentos repetitivos (tiques) seriam “voluntários” na medida em que eram realizados para aliviar o desconforto causado por estas sensações.

Culver & Gert (1982) fazem uma diferenciação entre *voluntário* e *intencional*, sugerindo que os tiques precedidos por sensações seriam *intencionais*, ou seja, teriam a intenção de aliviar o desconforto causado pelas sensações que precedem os tiques, enquanto que o ato *voluntário* seria realizado quando a pessoa decide por vontade própria realizá-la e teria a opção de não fazê-lo. Desta forma, os tiques precedidos por sensações e as compulsões seriam consideradas comportamentos “*involuntários*” e “*intencionais*”. Segundo Lang (1991), os dois termos poderiam ser usados como sinônimos, classificando como voluntárias as ações que o paciente realizava com alguma intenção, geralmente a de aliviar uma sensação desagradável. Para Lang (1991), deveriam ser chamadas de “involuntárias” apenas as ações não-intencionais, tais como acidentes, e as não-ações, tais como reflexos e convulsões (Rosário-Campos, 1998).

Com o objetivo de determinar a prevalência e as características dos “tiques sensoriais” em pacientes com ST, Kurlan e cols. (1989) realizaram um estudo onde avaliaram 33 pacientes por meio de uma pesquisa telefônica randomizada e padronizada com 33 questões. Vinte e seis pacientes (76%) descreveram que pelo menos uma sensação ou um sentimento desconfortável precedia os tiques. É importante ressaltar que quase todos os pacientes (96%) que relataram a presença dos “tiques sensoriais” também reportaram a habilidade de suprimi-los voluntariamente. Essa observação sugere que experiências sensoriais podem estar associadas com a qualidade da supressão voluntária, que é uma das características dos tiques.

Cohen & Leckman (1992) procuraram caracterizar alguns aspectos dos fenômenos sensoriais, mais especificamente as sensações premonitórias associadas aos tiques fônicos e motores, sensações exacerbadas devido a estímulos sensoriais (visual, auditivo, tátil) e comportamentos desinibitórios, isto é, comportamentos que o indivíduo sabe ser perigoso, inapropriado ou inadequado, mas sente-se incapaz de refreá-los. Nesta amostra de 28 sujeitos, 22 (79%) relataram sensações premonitórias sendo que 13 (57%) pacientes declararam que tais sensações eram piores que os tiques propriamente ditos.

Dos 20 pacientes perguntados sobre sensações exacerbadas, 13 (65%) responderam positivamente aos estímulos visuais, táteis ou auditivos. Esses autores concluíram que, corroborando com Bliss (1980) e Kurlan e colaboradores (1989), os fenômenos sensoriais são uma das características da ST e que, portanto, deveriam ser estudados de forma mais detalhada.

Leckman e cols. (1993) avaliaram 135 pacientes com o objetivo de compreender essas sensações em pacientes com ST e sua possível associação com idade de início, localização anatômica e outras características. Chamou-as de “sensações premonitórias” (*Premonitory Urges*) as quais englobam tanto sensações físicas quanto mentais, tais como uma premência, urgência, ou um sentimento de não se sentir “em ordem” até realizar os tiques. Neste estudo foi verificado que pacientes do sexo masculino tinham mais sensações premonitórias e que a idade de início das mesmas foi em média três anos posterior ao início dos tiques, isto é, por volta dos dez anos de idade. Foi questionado se este hiato pertencia à ordem maturacional do processo cognitivo ou se aconteceria em função do local ou do tipo de tique envolvido. De acordo com estudos posteriores, a hipótese mais aceita é de que antes dos dez anos seria muito difícil a criança estar consciente das sensações premonitórias devido à maturação neurobiológica (Leckman e cols., 2001; Babaschewski e cols., 2003a; Babaschewski e cols., 2003b).

Os estudos mencionados acima avaliaram pacientes com tiques. A partir das evidências da associação entre os TT e o TOC, essas experiências subjetivas passaram a ser investigadas também em pacientes com TOC, na tentativa de entender os fatores que permeiam as compulsões e de determinar subgrupos mais homogêneos a partir da presença ou ausência das mesmas (Miguel e cols., 1995; 1997; 2000; Rosário-Campos, 1998).

Por exemplo, Rasmussen & Eisen (1992), apontaram que os pacientes com TOC relataram *uma “sensação interna associada à vontade de que as coisas estejam perfeitas, absolutamente certas, ou completamente sob controle”*.

Em 1994, surgiu o conceito de “percepção de estar em ordem” (*just-right perceptions*), correspondendo à sensação que alguns pacientes referem de não se sentirem bem, equilibrados, “em ordem”, e que os leva a realizar os comportamentos repetitivos até sentirem-se “em ordem” (Leckman e cols.,

1992; 1994; 1997). Segundo estes pesquisadores, esta sensação estaria, na maioria das vezes, relacionada a estímulos sensoriais visuais, táteis e auditivos. De acordo com esses autores, estas percepções foram relatadas por até 81% dos pacientes com TOC associado à ST (Leckman e cols., 1992; 1994; 1997).

Miguel e cols. (1995) realizaram um estudo com o objetivo de compreender as diferenças de comportamento repetitivo entre pacientes com ST e TOC através da análise dessas experiências subjetivas. Estes autores concluíram que pacientes com TOC associado à ST ou com ST isolada apresentavam, mais freqüentemente, sensações desconfortáveis, físicas e/ou mentais, tais como: coceira, formigamento, pressão interna e/ou percepções “*just-right*” precedendo seus comportamentos repetitivos, do que pacientes com TOC isolado.

Estes mesmos autores propuseram a idéia da existência de um *continuum* fenomenológico entre os sintomas dos pacientes com TOC e ST e que estes fenômenos sensoriais poderiam ser a base para a identificação de possíveis subtipos dentro desse *continuum* (Miguel e cols., 1995; 1997). Eles sugerem, ainda, que estas dimensões fenomenológicas poderiam representar indicadores clínicos e fatores preditivos de resposta ao tratamento e do curso da doença em pacientes com TOC e ST.

Na tentativa de unificação dos termos e com o objetivo de aprofundar os estudos na área, estes autores propuseram a utilização do termo “fenômenos sensoriais” (FS) abrangendo todas as definições anteriores (Miguel e cols., 1995; 1997; 2000). De acordo com a revisão da literatura, acreditamos que FS corresponde ao melhor termo para as diversas descrições dessas experiências. Portanto, a partir deste momento utilizaremos esta denominação.

Outros exemplos de FS já descritos na literatura correspondem a: sensação mental de tensão ou energia crescente que precisa ser descarregada através da realização dos comportamentos repetitivos; sentimentos de incompletude, imperfeição, insuficiência (Miguel e cols., 1995). Por exemplo, Baer (1994) observou que pacientes com comportamentos de simetria e colecionismo desenvolveram estes sintomas por causa de uma sensação interna de imperfeição.

Na verdade, experiências subjetivas como estas foram descritas desde 1903, quando Janet (*apud* Pitmann, 1984) relatou os sentimentos de imperfeição e de incompletude precedendo ou acompanhando os comportamentos compulsivos em seus pacientes.

Mais recentemente, alguns estudos têm avaliado essas sensações de perfeccionismo e incompletude na tentativa de compreender melhor sua associação não apenas com TOC e tiques, mas também no transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC) ou características presentes em sujeitos sem transtornos psiquiátricos (Coles e cols., 2003; 2005).

Por exemplo, Coles e cols. (2003; 2005), descreveram pacientes com TOC que relatavam sensações percebidas como “não balanceadas” ou “pareadas”, chamadas de “Experiências de não estar em ordem” (*Not Just-Right Experiences*-NJREs). Nestes estudos os autores ponderam que estas sensações também ocorrem na população em geral, e que a diferença básica entre esses dois grupos (sujeitos com TOC e sem TOC), estaria no fato de que pacientes com TOC relatavam essas sensações de forma mais intensa. Dependendo da intensidade, estas NJREs poderiam causar um estado de ansiedade, que por sua vez, eliciaria um comportamento com o intuito de neutralizar a ansiedade, e acabava assumindo características ritualísticas e/ou supersticiosas.

Em recente estudo em uma população geral, a exemplo de Coles e cols. (2003; 2005), Mancini e cols. (2007) ponderaram, por sua vez, a hipótese de que as NJREs seriam eliciadas por sentimentos de culpa, isto é, indivíduos com fortes traços de culpa desenvolveriam mais NJREs do que indivíduos com baixos traços de culpa e que o aumento das NJREs estaria relacionado com aspectos do TOC.

Nesta mesma linha, Summerfeldt e cols. (2004) ressaltaram que a sensação mental de *incompletude* não se restringe a pacientes com TOC, mas abrange também indivíduos perfeccionistas e/ou com características de personalidade obsessivo-compulsiva. No entanto, esses pacientes não demonstraram ter ansiedade antecipatória, mas uma sensação angustiante de insatisfação. De acordo com esses autores, o que motivaria os pacientes não seria a evitação de um possível dano, como ocorre, por exemplo, em algumas obsessões ligadas à agressão, à escrupulosidade e à contaminação, mas o

imperativo desejo de corrigir profundos sentimentos de imperfeição e busca da necessidade de exatidão, mais perceptíveis em comportamentos de simetria, ordem e arranjo.

Em interessante artigo, Wahl e cols. (2007) discutem um outro aspecto das compulsões: os critérios utilizados pelos indivíduos portadores de TOC em parar as compulsões e não os desencadeantes do comportamento compulsivo.

Pode-se concluir a partir destes estudos que, tanto pacientes com tiques quanto pacientes com TOC apresentam FS. Apesar de sua existência ser inegável, ainda são poucos os estudos sobre os mesmos. Por exemplo, sabe-se muito pouco sobre a fisiopatologia dos FS. A seguir, apresentaremos alguns estudos que tentaram discutir a fisiopatologia da ST e TOC e sua possível associação com os FS.

1.2.1 - Possíveis mecanismos fisiopatológicos para os fenômenos sensoriais

Apesar de não existir nenhum estudo desenvolvido especificamente para a investigação da fisiopatologia dos FS, a seguir apresentaremos alguns estudos que avaliaram a fisiopatologia de pacientes com tiques e/ou TOC e que poderiam sugerir algumas hipóteses para a fisiopatologia dos FS (Tabela 2).

Tabela 2 Publicações sobre a patofisiologia dos TT e do TOC

Ano	Autores	Tipo de Estudo	N	Grupo Controle
1981	Obeso JÁ, Rothwell JC, Marsden CD	Clínico	6	Não
1990	Singer HS, e cols.	Análise pós-mortem	4	0
1991	Fried I e cols.	Clínico	13	Não
1991	Papa SM e cols.	Clínico	12 normal	Não
1992	Singer HS, e cols.	Clínico	19	Não
1993	Braun AR, e cols.	Clínico	16	16
1993	Ziemann U, e cols.	Clínico	10	Não
1995	Malison RT, e cols.	Clínico	5 (ST)	5
1996	Wolf SS, e cols.	Clínico	10 (5 grupos de gêmeos monozigóticos)	Não
1997	Ziemann U, e cols.	Clínico	20 (ST)	21
1996	Karp BI, Porter S, Toro C, Hallett M.	Clínico	5	Não
1997	Eidelberg D, e cols.	Clínico	10	10
1997	Liepert J, Schwenkreis P, Tegenthoff M, Malin JP	Clínico	5	Não
1997	Ziemann U, e cols.	Clínico	20	21
1998	Cira-Locatelli G, Greenberg BD, Martin J, Murphy DL.	Clínico	5	Não
1999	Ernst M, e cols.	Clínico	11 (ST)	10
1999	Dreher JC, e cols.	Clínico	11	11
2000	Stern E, e cols.	Clínico	6	Não
2000	Singer HS.	Artigo de revisão		
2000	Greenberg BD, e cols.	Clínico	16	11
2001	Peterson BS.	Capítulo em livro		
2003	Kwark Ch, Jankovic J.	Questionário	50	Não
2003	Abbruzzese G, Ferardelli A.	Artigo de revisão		
2003	Porta M, Maggioni G, Ottaviani F, Schindler A.	Clínico	30	Não

Por exemplo, a informação sensorial periférica é usada para coordenar os movimentos. Essa entrada sensorial é transmitida para o córtex motor via gânglios da base e tálamo. Assim, os gânglios da base e o tálamo integram a informação sensorial para direcionar o movimento (Abruzzese & Ferardelli, 2003). Anormalidades neste percurso podem ocorrer na entrada (*input*) sensorial periférica ou no processo central da entrada sensorial e ambos afetariam a integração sensório-motora. A maioria das evidências na literatura sugere que a não integração ocorre no processamento central e que o prejuízo da integração sensorial poderia ocorrer a nível cortical ou sub-cortical (Abruzzese & Ferardelli, 2003).

É geralmente aceito que o circuito cortico-estriato-talâmico-cortical está envolvido na ST e no TOC, e que haveria uma desinibição dos gânglios da base e do tálamo. Essa hipótese é baseada nas teorias de que os gânglios da base sejam os “porteiros” (*gatekeeper*) da iniciação dos movimentos e de que o tálamo integre a informação sensorial numa relação de troca com o córtex motor.

Acredita-se que na ST e no TOC exista um mecanismo de controle da passagem de informação que se encontra alterado, levando a uma abundância de sinais aferentes para o córtex motor resultando na inibição inadequada do controle do impulso motor (Kane, 1994).

Muitos pacientes relataram a experiência de diminuição dos tiques e da gravidade e frequência da sensação de “ter que” realizá-los quando relaxaram ou tiveram o foco de sua atenção direcionado para uma tarefa específica (Kane, 1994). Por outro lado, sob pressão ou estresse, os sintomas tendem a piorar. Esses relatos questionam a possibilidade dos tiques e/ou compulsões serem uma resposta “voluntária” para FS “involuntários”.

Kane (1994), ao citar a própria experiência, defende que, na essência, os tiques são precedidos por sensações, mas que estas sensações são comportamentos aprendidos a partir da hipervigilância das sensações somáticas, para as quais os tiques são direcionados. Segundo o autor, os tiques corresponderiam a um distúrbio inibitório da capacidade de manter o foco, e os portadores de ST seriam hipervigilantes.

Outros autores já haviam sugerido que a atenção estaria comprometida nos TT. O próprio Bliss (Bliss e cols., 1980) relatou em seu depoimento que a alteração da atenção se devia mais à hipersensibilização de um determinado local, a memória espontânea e a atenção dirigida. Trata-se da atenção-alvo que poderia explicar o fato de principalmente portadores da ST, quando concentrados em determinada tarefa, reduzirem consideravelmente os tiques (motores e/ou fônicos).

Sugere-se que o “estado tórrético” de hipervigilância/atenção seletiva, que pode depender, tanto de processos inibitórios quanto excitatórios, pode ser eliciado a qualquer momento, por qualquer situação, tanto de ordem interna (tal como um pensamento ou lembrança), ou externa, como a estimulação através do contato físico, por exemplo, por uma gravata no pescoço ou uma etiqueta

de roupa (Kane, 1994). Nesse mesmo estudo o autor levanta a hipótese, a partir de sua vivência, de um “*continuum*” entre a ST e o TOC ao relatar a existência de “tique compulsivo”, ou seja, o comportamento seria precedido por uma preocupação obsessiva, seguida por uma sensação (preocupação obsessiva→sensação→comportamento), ao invés de ser precedido por uma alteração da atenção (atenção→sensação→comportamento).

Diversos estudos de neuroimagem funcional como a tomografia por emissão de positron (PET) têm mostrado um padrão fisiológico alterado em pacientes com ST. Por exemplo, Cira-Locatelli e cols. (1998), encontraram dois padrões alterados. O primeiro padrão consistiu no aumento da atividade metabólica no córtex pré-motor lateral e no córtex motor suplementar, nas áreas de associações sensoriais e no mesencéfalo, enquanto que o segundo padrão mostrou uma diminuição da atividade metabólica nas áreas do caudado e do tálamo (Eidelberg e cols., 1997; Braun e cols., 1993).

Outro estudo com PET (Leckman e cols., 1993), em pacientes com ST, encontrou um aumento de atividade nas áreas corticais responsáveis por funções sensório-motoras, linguagem, executivas e na área subcortical frontal temporalmente relacionada com os tiques e a sensação de urgência que precedem os tiques (Stern e cols., 2000). O caudado seria a estrutura que permitiria a passagem de informação cognitiva, enquanto que o tálamo seria responsável pela passagem de informação sensório-motora. A diminuição da atividade metabólica nessas duas estruturas poderia refletir uma capacidade diminuída de regular a entrada/saída (*input e output*) da informação cognitiva e sensório-motora. O aumento da atividade no córtex sensório-motor e na área subcortical pode amparar a hipótese de um hiperfluxo de sinais aferentes para os córtices sensoriais e motores associados, causado por um mecanismo de controle de informação talâmica defeituoso. É importante ressaltar que o hipometabolismo no segundo padrão se correlacionou significativamente com a gravidade dos tiques e a incapacidade em suprimir impulsos (Eidelberg e cols., 1997; Abruzzese & Ferardelli, 2003).

Diversos estudos mediram os potenciais relacionados aos pré-movimentos registrados nos EEGs para determinar se os tiques são, verdadeiramente, voluntários ou involuntários.

O *Bereitschaftspotential* (BP) é o movimento potencial relacionado que ocorre um pouco antes do movimento auto-iniciado. Esse BP pode ser medido como uma negatividade que ocorre na linha de base do EEG (Duggal & Nizamie, 2002). A exata origem fisiológica do BP é desconhecida, mas supõe-se que a primeira das duas ondas origina-se do córtex motor suplementar, enquanto que a segunda onda e o pico de potencial originam-se do córtex motor primário (Deecke e cols., 1969; Dreher e cols., 1999). Obeso e cols. (1981) notaram a ausência do BP antes dos tiques em seis pacientes e concluíram que os movimentos de tiques são involuntários. Numa publicação posterior, Papa e cols. (1991) sugerem que nem todos os movimentos voluntários têm um potencial pré-motor e propõem dois tipos de movimentos voluntários: o intencional planejado e o intencional em resposta a estímulos externos. Segundo esses autores, o BP estaria presente somente nos movimentos intencionais planejados e ausentes em movimentos voluntários de resposta.

Em outro estudo, Karp e cols. (1996) mostraram que o BP estava presente antes dos tiques em dois de cinco pacientes avaliados com ST. O interessante é que um desses dois pacientes com BP relatou a presença de um tipo de FS, mais especificamente de uma tensão interna. A partir desse resultado eles propuseram que tiques são mais similares a movimentos de resposta, e que o estímulo para sua realização poderia ser uma sensação interna. Essa conclusão explicaria a falta de potencial pré-motor em alguns pacientes com ST. Um estudo recente confirmou esses dados ao observar BP em três pacientes, sendo que os três relataram FS antes dos tiques (Duggal e cols., 2002). Além disso, uma menor latência de início de BP foi observada nesses três pacientes, sugerindo que os tiques poderiam estar entre a voluntariedade ou involuntariedade dos movimentos. Duggal e cols. (2002) propuseram que os tiques estão mais perto de movimentos intencionais, o que difere da opinião dos autores dos dois estudos anteriores. Portanto, até o momento, estudos disponíveis sobre BP têm fornecido dados inconclusivos. Embora existam dados sugestivos de que BP possa estar associado aos FS, faz-se necessário uma confirmação mais contundente. Estudos futuros deveriam avaliar a presença do BP nos pacientes com TT e/ou TOC, com e sem FS.

Além da anormalidade neurológica central, seria possível que uma disfunção sensorial ou muscular periférica contribuísse para a desinibição motora. Entretanto, estudos têm mostrado que pacientes com ST têm potencial de excitabilidade na membrana neuronal e excitabilidade motora periférica normais. Deste modo, é improvável que a desinibição motora em ST e TOC seja devido à hiperexcitabilidade periférica na membrana ou na junção neuromuscular.

Outrossim, estudos em pacientes com tiques mostraram um funcionamento normal do sistema sensorial ao exame neurológico. Apesar dos pacientes com ST apresentarem excitabilidade normal na junção neuromuscular, injeções de toxina botulínica para tratar tiques motores e vocais focais reduziram e até eliminaram FS em alguns pacientes com ST (Porta e cols., 2003). Os FS seriam mais freqüentemente localizados nos músculos, em lugar das articulações ou pele (Kwak & Jankovic, 2003). Um mecanismo de ação proposto é que a toxina bloqueie o *input* no fuso muscular, que então alteraria a saída motora para o gânglio da base e subseqüentemente reduziria a excitabilidade cortical (Porta e cols., 2003). Alternativamente, existe a hipótese de que FS poderiam ocorrer devido às contrações isométricas musculares subclínica e a toxina aliviaria as sensações causadas pelas contrações do músculo (Kwak & Jankovic, 2003). A atividade de fuso de músculo irregular poderia contribuir para os FS e explicaria o fato de tiques localizados nos músculos poderem ser aliviados por injeções de toxina botulínica.

Resumindo, alguns estudos examinaram vários componentes fisiológicos dos tiques e compulsões, mas nenhum foi desenvolvido para avaliar especificamente a fisiopatologia dos FS.

É importante ressaltar que os FS estão intimamente ligados à ocorrência dos tiques na maioria dos pacientes com ST e das compulsões em um número grande de pacientes com TOC. Portanto, compreender melhor a fisiopatologia dos FS pode trazer conseqüências positivas e importantes para o atendimento de pacientes com TT e TOC, podendo vir a ter inclusive um papel relevante na predição da resposta ao tratamento.

Apesar dessa relevância, uma limitação importante para o estudo dos FS é a falta de instrumentos adequados e confiáveis para sua investigação.

A seguir apresentaremos algumas propostas anteriores de elaboração de instrumentos que avaliam os FS, assim como suas vantagens e limitações.

1.2.2 - Escalas para a avaliação de FS

Como mencionado anteriormente, uma grande limitação para a investigação dos FS é a falta de escalas de avaliação específicas. Até o momento, as únicas escalas desenvolvidas para a avaliação dos FS são ***Premonitory Urge for Tics Scale - PUTS*** (Woods e cols., 2005), a ***Not Just Right Experiences Questionnaire - NJREs-Q*** (Coles e cols., 2003), e a ***Repetitive Behavior Interview USP-Harvard*** - (Miguel e cols., 1995), precursora da USP-SPS.

A ***PUTS*** foi desenvolvida com o objetivo de avaliar as sensações premonitórias em pessoas com tiques. A PUTS é uma escala ordinal, composta por nove itens que refletem a presença e frequência dos FS que precedem os tiques, junto com o alívio que pode ser experienciado (ou não) depois dele ter sido efetuado. Cada item varia de acordo com a seguinte pontuação: 1 = não verdadeiro; 2 = pouco verdadeiro; 3 = levemente verdadeiro; 4 = muito verdadeiro. Originalmente, esta escala era composta por 10 itens, no entanto, na análise psicométrica o décimo item (“*eu consigo parar meus tiques mesmo que por um curto período de tempo*”) não teve boa correlação com o resto da escala e foi descartado nas análises subsequentes e excluído do escore total. O escore total é calculado somando os nove itens, com variação entre 9 e 36. Os escores mais altos indicam mais sensações premonitórias. Uma importante limitação da PUTS é o fato de ter sido desenvolvida apenas para pacientes com tiques.

Coles e cols. (2003) elaboraram o ***Not Just Right Experiences Questionnaire - NJREs-Q***, com o objetivo de investigar sensações internas de não se sentir “em equilíbrio”, ou “em ordem”, chamadas pelos autores de “Experiências de não estar em ordem” (*Not Just-Right Experiences-NJREs*). O NJREs-Q foi desenvolvido para uso na população em geral, independente de apresentar ou não diagnóstico de TOC e/ou TT. É composto por 19 itens, sendo que os 10 primeiros itens referem-se a exemplos das NJREs. Em seqüência há os itens referentes a frequência, intensidade, angústia imediata,

angústia posterior, ruminação, “ter que” (*urge*) e senso de responsabilidade associados às NJREs, numa escala variando de 1 (ausente) a 7 (extremo). Este estudo revelou que os entrevistados apresentavam NJRES praticamente todos os dias, com escores médios de freqüência (3.23, D.P.=0,73), intensidade de leve a moderada (1.35, D.P.=0,87) e importância dada a essas experiências também variando entre leve a moderada (1.31, D.P.=0,77).

A maior limitação do NJREs-Q é a própria definição de NJREs que é, na verdade, muito próxima de questões mais associadas a características encontradas em indivíduos com perfeccionismo ou com traço de personalidade obsessivo-compulsiva do que propriamente aos SOC. Outra ponderação a ser feita é o fato de não levarem em consideração a presença ou não de TT.

A Entrevista para Comportamentos Repetitivos - USP-Harvard (Anexo 1) foi desenvolvida por Miguel e cols., em 1995, e posteriormente adaptada para o português por Rosário-Campos (1998), sendo composta por quatro partes distintas. A primeira parte correspondia à escolha dos sintomas a serem estudados (compulsões e/ou tiques), feita a partir das respostas obtidas na lista de sintomas da escala *Yale-Brown* de SOC (Y-BOCS) e/ou da escala de gravidade global de tiques da Yale (YGTSS). Eram identificados os comportamentos repetitivos que mais incomodavam o paciente, baseado na sua gravidade ou interferência nas atividades diárias. Para os sintomas escolhidos eram então determinadas: a idade de início, a freqüência e a intensidade de cada sintoma durante a última semana e com que finalidade eles foram realizados. A freqüência era mensurada com escores de 0 a 4 [0 (nunca), 1 (ocorre raramente), 2 (às vezes ocorre), 3 (ocorre a maior parte do tempo) ou 4 (sempre ocorre)]. Da mesma forma, a intensidade dos sintomas era medida com escores de 0 a 4 [0 (nenhuma), 1 (leve), 2 (moderada), 3 (grave) ou 4 (muito grave ou extrema)].

A segunda parte investigava as experiências subjetivas relatadas pelos pacientes como precedendo ou acompanhando os sintomas escolhidos (compulsões e/ou tiques). Compreendia questões sobre fenômenos cognitivos, de ansiedade autonômica ou fenômenos sensoriais.

Os fenômenos cognitivos eram descritos como pensamentos, idéias, imagens, medos ou preocupações, correspondendo, portanto, a definição de obsessões pelo DSM-IV (APA, 1994).

Os fenômenos de ansiedade autonômica eram definidos a partir dos dez sintomas de hiperatividade autonômica listados nos critérios diagnósticos do DSM-IV para ataques de pânico (APA, 1994). São eles: palpitação ou ritmo cardíaco acelerado (taquicardia); sudorese; tremor ou abalos; falta de ar (dispnéia) ou sensações de asfixia; sufocamento; dor ou desconforto no peito; náusea ou desconforto abdominal; vertigem, sentimentos de instabilidade ou sensação de desmaio; anestesia ou formigamento (parestesias); ondas de calor ou calafrios. Ansiedade autonômica era considerada presente quando pelo menos três destes sintomas eram relatados pelo paciente precedendo os comportamentos repetitivos ou surgindo quando o mesmo tentava evitá-los.

Como não existia uniformidade sobre a definição de FS, optou-se por incluir todas as descrições e definições da literatura, dividindo-as em dois grupos:

1. Sensações físicas: presentes quando os pacientes relataram sensações físicas, que podiam ser locais (sensações de coceira, formigamento, picada ou paralisia em determinada parte do corpo), generalizadas (sensações de formigamento ou queimação em todo o corpo) ou ambas, que os levavam a realizar os comportamentos repetitivos. Podiam ser sensações na pele, codificadas como táteis ou nos ossos e músculos, codificadas como músculo-viscerais.

2. Sensações mentais: presentes quando os pacientes relataram as seguintes experiências subjetivas precedendo e/ou acompanhando seus comportamentos repetitivos:

- a. Sensação de energia - os pacientes referiram uma tensão crescente ou uma energia mental que precisava ser descarregada por meio da realização dos comportamentos repetitivos.
- b. Sensação de incompletude - os pacientes referiram sentirem-se incompletos, imperfeitos, insuficientes. Esta sensação causava tanto incômodo que os levava a realizar os comportamentos até diminuir o desconforto.
- c. Necessidade de “estar em ordem” - os pacientes referiram um mal-estar ou desconforto que os levava a realizar os comportamentos até sentirem-se “em ordem”. Apesar desta sensação de desconforto assemelhar-se à descrita acima, os pacientes a descreveram de forma diferenciada, pois além da diminuição do desconforto citada pelos pacientes acima, estes

relataram realizar o comportamento repetitivo até sentirem-se bem, “em ordem” (*just-right*).

- d. “Estar em ordem” em termos visuais - os pacientes referiram a necessidade de realizar os comportamentos para organizarem seus espaços ou objetos de uma maneira que estes ficassem em ordem visualmente. Sem esta ordem visual eles sentiam-se incomodados, desconfortáveis.
- e. “Estar em ordem” em termos auditivos - os pacientes referiram a necessidade de realizar os comportamentos até ouvirem um determinado som que os fizessem sentir-se em ordem.
- f. “Estar em ordem” em termos táteis - os pacientes relataram a necessidade de realizar os comportamentos até obterem uma determinada sensação tátil que fizesse com que eles se sentissem em ordem.
- g. Sensação de urgência - os pacientes referiram uma necessidade imperiosa, uma urgência, um “ter que” inexplicável ou uma necessidade incontrolável de realizar o comportamento repetitivo, sem outros tipos de fenômenos associados.

A terceira parte correspondia à avaliação da frequência e intensidade de cada tipo de fenômeno descrito pelo paciente (cognitivo, de ansiedade autonômica e sensorial), com escores que variavam de 0 (ausente) a 4 (extrema gravidade).

A quarta parte da entrevista correspondia a questões sobre experiências subjetivas relatadas pelos pacientes após a realização dos comportamentos repetitivos. Investigou-se, por exemplo: se o paciente tinha sensação de alívio, prazer ou aumento da ansiedade após a realização dos comportamentos; se os pacientes tentavam, em algum momento, resistir à realização dos comportamentos e se conseguiam ter controle sobre eles; se existiam fatores externos que desencadeavam os comportamentos; se os pacientes percebiam-se mais sensíveis a estímulos sensoriais (tais como etiqueta de roupas, textura dos objetos, sons, cheiros, gosto) do que a maioria das pessoas.

Concluindo, as três escalas descritas acima apresentam limitações importantes. A PUTS e o NJRES-Q avaliam apenas alguns tipos de FS, em populações específicas (portadores de TT e comunidade, respectivamente). A USP-Harvard, apesar de abranger todas as definições de FS descritos na literatura, era uma escala de grande complexidade, que levava cerca de 2 a 3

horas para ser completada e só podia ser aplicada por clínicos altamente treinados. Sendo assim, permanecia a grande lacuna da ausência de um instrumento confiável e capaz de avaliar FS em pacientes com comportamentos repetitivos, fossem eles tiques ou SOC.

Este estudo foi desenvolvido para tentar suprir essa lacuna. O presente projeto visa apresentar os dados preliminares de validação da Escala para avaliação de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo (USP-SPS).

1.3 - Síntese

Esse estudo é composto por duas etapas. A primeira etapa foi apresentada na Introdução dessa Dissertação e corresponde à revisão da literatura existente até o momento sobre os FS. A partir desta revisão foi possível chegar às seguintes conclusões:

- A denominação fenômeno sensorial (FS) abrange todas as descrições anteriores de experiências subjetivas precedendo e/ou acompanhando comportamentos repetitivos (tais como tiques e compulsões);
- Os FS são freqüentes, tanto em pacientes com ST quanto em pacientes com TOC (Miguel e cols., 1995; 1997; 2000);
- Pacientes com FS muitas vezes relatam que esses FS podem causar mais incômodos que as compulsões ou os tiques propriamente ditos (Cohen & Leckman, 1992);
- A presença de FS pode ser uma característica importante para a identificação de pacientes com TOC de início precoce (Rosário-Campos, 1998) ou de TOC associado a tiques (Leckman e cols., 1997; Miguel e cols., 2000);
- A percepção de sua presença pode ampliar a habilidade dos pacientes para suprimirem os sintomas (Cohen e cols., 1992;). Existe também a hipótese de que o tratamento farmacológico possa alterar estes FS (Leckman e cols., 1993);
- É possível que sua presença possa ser um fator preditivo de resposta ao tratamento (Miguel e cols., 2000). Por exemplo, Shavitt (2002) relatou que a presença de FS representava fator positivo na resposta ao tratamento do TOC com clomipramina;

- Para melhorar a investigação dos FS seria necessária a elaboração de instrumentos de avaliação eficazes, confiáveis e de fácil aplicação.

A segunda etapa deste estudo corresponde ao desenvolvimento da “Escala para avaliação da presença e gravidade de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo (USP-SPS)”. Este instrumento foi desenvolvido a partir de outro instrumento também elaborado por membros da nossa equipe, a USP-Harvard *Repetitive Behavior Interview*. Considerando a relevância dessa escala, esse projeto teve também como um dos objetivos a avaliação preliminar de suas propriedades psicométricas.

O B J E C T I V O S & H I P Ó T E S E S

2 - OBJETIVOS E HIPÓTESES

O presente estudo teve como objetivos principais:

1. Realizar uma revisão da literatura sobre as experiências subjetivas relatadas pelos pacientes como precedendo e/ou acompanhando os tiques e as compulsões;
2. Determinar as propriedades psicométricas iniciais (validade) da Escala para avaliação da presença e gravidade de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo (USP-SPS).

Mais especificamente, pretende-se investigar as seguintes hipóteses:

1. É possível agrupar todas as descrições anteriores das experiências subjetivas que precedem e/ou acompanham os comportamentos repetitivos (tiques ou compulsões) relatados na literatura sob um mesmo conceito geral de fenômeno sensorial.
2. A “Escala para avaliação da presença e gravidade de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo (USP-SPS)” é um instrumento válido para a avaliação da presença e gravidade de Fenômenos Sensoriais.

MÉTODOS

3 - MÉTODOS

Este projeto foi aprovado pela Comissão de Normas Éticas e Regulamentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). A seguir descreveremos as metodologias utilizadas nas duas etapas desse estudo.

3.1 - Critérios de Busca de Artigos para a Revisão da Literatura

Nessa parte do estudo, o objetivo foi investigar os relatos das experiências subjetivas que precedem e/ou acompanham os SOC, assim como seus possíveis mecanismos fisiopatológicos, por meio de uma revisão da literatura.

A pesquisa, realizada através da Internet, abrangeu o período de janeiro/1980 até maio/2007, por meio de três fontes principais:

- *The Cochrane Controlled Trials Register da Cochrane Library* - base de dados da *Cochrane Library* contendo referências de ensaios clínicos randomizados e ensaios clínicos controlados na área de saúde (Clarke & Oxman, 2000). No momento estão cadastradas mais de 160.000 referências (Soares, 1997). O acesso foi através da internet utilizando-se o site da BIREME (BIREME, 2006).
- MEDLINE (PubMed) - base de dados constituída por mais de 11 milhões de referências a artigos publicados em mais de 4.000 jornais ou periódicos das áreas médica e biomédica, desde 1966. A pesquisa foi realizada pela Internet por meio de acesso gratuito ao endereço da "PubMed", da *National Library of Medicine* dos Estados Unidos (*National Library of Medicine*, 2006).
- Psychinfo - PsycLit/PsycINFO: base de dados da *American Psychological Association*. Composta de 1300 jornais ou periódicos em Psicologia ou ciências do comportamento. Cerca de 44% das referências provém de outros países, que não os Estados Unidos (Soares, 1997).

Os termos utilizados foram: *premonitory urges; sensory tics; just-right perceptions; sensory phenomena; sensory experiences; incompleteness; “not just-right phenomena”; obsessive-compulsive disorder; and Tourette’s Syndrome*. Foram também pesquisadas as referências bibliográficas de cada artigo identificado anteriormente, que se referisse especificamente aos termos citados.

3.1.1 - Critérios para a inclusão/exclusão dos artigos da revisão da literatura

3.1.1.a - Critérios de Inclusão

Foram incluídos todos os artigos que se referiam aos FS ou suas diferentes nomenclaturas e que os mesmos estivessem relacionados especificamente aos TT e TOC, e às hipóteses dos possíveis mecanismos patofisiológicos e neurobiológicos dos FS, do TOC e/ou dos TT.

Foram incluídos estudos cujos participantes tiveram o diagnóstico de TOC e/ou TT, qualquer que fosse o critério diagnóstico adotado, independentemente da idade, gênero, nacionalidade, evolução da doença ou comorbidade.

3.1.1.b - Critérios de Exclusão

Foram excluídos os artigos nos quais havia a citação de FS, porém os mesmos não se referiam aos termos utilizados na busca, bem como não se relacionavam aos TT e ao TOC.

Os estudos relacionados às experiências subjetivas no TOC e TT foram escolhidos e classificados de acordo com a metodologia empregada e foram distribuídos da seguinte maneira:

- Estudos Observacionais, prospectivos e retrospectivos:

Neste item foi avaliado se o desenho do estudo incluía grupo controle ao grupo de pacientes com TOC e TT. Caso houvesse, foi verificado se existia equiparação entre os grupos, através da presença ou não de emparelhamento

entre eles, de acordo com certas variáveis demográficas (idade, sexo, tempo do distúrbio ou gravidade). Foram encontrados os seguintes artigos:

- Caso-Control: 15
 - Descritivo: 7
 - Coorte: 1
 - Estudo de Caso: 3
 - Auto-relato: 2
 - Capítulos em Livro: 1
 - Perspectiva Histórica: 1
 - Revisão: 1
 - Validação de Escala Auto-aplicada: 1
- Estudos Experimentais:
 - Nenhum

Normalmente, em revisões sistemáticas, utilizam-se os Critérios do Manual da Colaboração *Cochrane* (Clarke & Oxman, 2000). Entretanto, nossos estudos referem-se, sobretudo, aos aspectos fenomenológicos e patofisiológicos, quando a maioria dos trabalhos da *Cochrane* tem por objetivo aspectos de tratamento. Como esperávamos, não foi encontrado nenhum artigo que tivesse as características necessárias para nosso estudo.

3.1.2 - Descrição da base de dados

Criou-se uma base de dados geral contendo todas as possíveis citações sobre experiências subjetivas no TOC, Tiques e ST e seus substratos neurobiológicos. Desta forma, foram encontrados os seguintes números de referências:

- *Cochrane Library (The Cochrane Controlled Trials Register)*: 23 referências;
- MEDLINE: 214 referências;
- PsycLit/PsycINFO: 499 referências.

Do total de 736 artigos, incluindo o cruzamento das referências nos textos, apenas 32 artigos concernente às experiências subjetivas puderam ser incluídos, adotando-se os critérios de inclusão e exclusão de estudos.

Concernente ao mecanismo patofisiológico do TOC e dos TT foram encontrados 27 artigos que se relacionaram diretamente com a patofisiologia dos fenômenos sensoriais.

É importante ressaltar que em todos os estudos procuramos buscar informações sobre quais foram os critérios diagnósticos adotados nos diferentes grupos de pacientes e a existência ou não do consentimento informado, assinado pelos participantes dos estudos e/ou seus responsáveis legais quando pertinente. Há que se fazer a ressalva de que o emprego do consentimento informado tornou-se obrigatório apenas a partir da década de 90. Assim sendo, somente 14 (60,8%) publicações relataram a utilização do consentimento informado.

Segundo alguns autores, somente se justifica a realização de uma meta-análise entre ensaios clínicos randomizados, adequadamente agrupados de acordo com características metodológicas semelhantes, e apresentando dados suficientes para cálculo (Lopes, 2001). Portanto, seria inadequado realizar meta-análise quando os dados nas publicações fossem insuficientes para o cálculo estatístico, ou quando o desenho de estudo não permitisse este cálculo, em decorrência do elevado risco de vieses (por exemplo, em estudos observacionais sobre intervenções). Portanto, não realizamos a meta-análise. Todavia, mesmo sem a pretensão de fazer uma metanálise, apresentamos a seguir os principais resultados dos oito estudos que utilizaram a Entrevista para Comportamentos Repetitivos USP-Harvard, instrumento desenvolvido pelo nosso grupo especificamente para avaliar presença e gravidade dos FS em pacientes com TOC e/ou TT.

O primeiro estudo desenvolvido por Miguel e cols. (1995) avaliou dois grupos de pacientes, um composto por 27 pacientes sendo 15 com TOC apenas e 12 com ST. Os autores relataram que os FS estavam presentes nos dois grupos de pacientes, sendo que os pacientes com TOC tiveram maior capacidade de resistir aos FS do que os pacientes com ST.

Em um estudo posterior, Miguel e cols. (1997) incluíram um terceiro grupo, TOC+ST, totalizando 61 pacientes em três grupos distintos: TOC=20; ST=21; TOC+ST=20. Os autores relataram que os grupos com ST apenas e com TOC+ST apresentavam mais FS do que os pacientes com TOC apenas. Interessantemente, os FS eram mais freqüentes no pacientes que

apresentavam compulsões semelhantes a tiques ("*tic-like compulsions*"), e com início precoce dos SOC, corroborando com estudos anteriores (Pitman e cols., 1987; Robertson e cols., 1988; George e cols., 1993; Holzer e cols., 1994). Em 2000, Miguel e colaboradores revisaram as diversas definições de FS na literatura e as organizaram em dois grupos distintos, os FS físicos e os FS mentais. Estes autores propuseram que os FS poderiam ser aspectos clínicos válidos para diferenciar TOC dos TT.

Fen e cols., (2001), num estudo com 58 pacientes com o diagnóstico de ST, encontraram que 23 pacientes (39,6%) também apresentavam TOC. Interessantemente, dos 42 pacientes que responderam a USP-Harvard, 23 (54,8%) relataram a presença de FS. Esses resultados confirmaram achados prévios de que as taxas de TOC entre pacientes com ST é muito maior do que na população geral e que os FS têm alta incidência nesse subgrupo de pacientes (Miguel e cols., 2000).

Estudos adicionais que reforçam a hipótese de que os FS poderiam auxiliar na busca de subgrupos mais homogêneos correspondem aos estudos comparando pacientes com início precoce dos SOC aos pacientes com início tardio. Por exemplo, um estudo avaliando 42 pacientes adultos com TOC revelou que os FS eram freqüentes em toda a amostra (83,3% dos pacientes relataram presença de FS precedendo suas compulsões) e que essa taxa era significativamente maior nos pacientes com início precoce do quadro (Rosário-Campos e cols., 2001). É importante ressaltar que nessa amostra cerca de 85% dos pacientes apresentavam também compulsões "*tic-like*", reforçando a hipótese de que haveria ao menos um subgrupo de pacientes com TOC associado a início precoce e com aumento da freqüência de tiques e FS (Miguel e cols., 1997; Rosário-Campos e cols., 2001).

Em recente estudo, Diniz e cols. (2006), avaliaram 159 pacientes divididos em três grupos: TOC sem Tiques (TOC-tiques, N=98); TOC+Tiques Motores ou Vocais (TOC+TMVC, N=31); e TOC+Síndrome de Tourette (TOC+ST, N=30). Encontraram que os FS estavam presentes nos três grupos, mas que sua freqüência variava, sendo maior nos subgrupos de TOC+ST e intermediária no subgrupo de TOC+TMVC.

Na busca de fatores clínicos que poderiam estar associados à resposta ao tratamento dos SOC, Shavitt e cols. (2006) notaram que de um total de 41

pacientes, 27 (66%) tiveram uma redução do Y-BOCS em pelo menos 35%, após tratamento com Clomipramina. É interessante notar que os FS estavam presentes em nove (64,3%) dos 14 pacientes com TOC associado a tiques e em nove pacientes (50%) dos 18 com TOC de início precoce. Utilizando um modelo de regressão, os autores encontraram que a presença de FS precedendo as compulsões era um fator preditivo de melhor resposta ao tratamento. Contradizendo esses achados, Ferrão e cols. (2006) encontraram que a presença de FS era um fator preditivo de pior resposta ao tratamento.

Resumindo, os artigos que fizeram uso sistemático da USP-Harvard, como parte do desenho metodológico de suas pesquisas (Miguel e cols. 1995; 1997; 2000; Fen e cols., 2001; Rosário-Campos e cols., 2001; Diniz e cols., 2006; Ferrão e cols., 2006; Shavitt e cols., 2006) relataram que parte dos comportamentos repetitivos realizados pelos pacientes com TOC e tiques são eliciados pelos FS, independente da gravidade dos sintomas. Pacientes com ST apresentaram mais FS mentais e o grupo TOC+ST tem mais FS do que TOC puro, sendo que as diferenças dos FS entre o grupo ST puro e TOC+ST não foram significantes. Os grupos Tique+TOC e TOC de início precoce+Tique têm alta frequência de FS, e podem representar subgrupos mais homogêneos de pacientes.

Por fim, segundo esses diversos autores, FS pode ser um elo entre a ST e o TOC considerando-se o aspecto de *continuum* no espectro obsessivo-compulsivo e como tal podem ser úteis para a caracterização de subgrupos de pacientes com TOC.

3.2 - Validação Preliminar da Escala para Avaliação de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo (USP-SPS)

3.2.1 - Seleção da Amostra e Critérios Diagnósticos para os Sujeitos envolvidos na Avaliação da USP-SPS

Foram avaliados neste estudo 47 pacientes consecutivos adultos, que procuraram o Projeto Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (PROTOC), do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade

de Medicina da Universidade de São Paulo (Ipq-HC-FMUSP) e que preencheram os seguintes critérios de inclusão:

- a. Diagnóstico de TOC de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais, 4ª edição, da Associação Psiquiátrica Americana, o DSM-IV (APA, 1994);
- b. Pacientes com idade igual ou superior a 18 anos.

Foram considerados como critérios de exclusão:

- a. Antecedente de traumatismo crânio-encefálico com amnésia pós-traumática;
- b. Deficiência mental moderada ou grave;
- c. Diagnóstico atual de dependência de álcool ou outras drogas, de acordo com os critérios do DSM-IV;
- d. Diagnóstico atual de esquizofrenia ou transtorno esquizofreniforme de acordo com os critérios do DSM-IV;
- e. Antecedente de outras doenças sistêmicas ou neurológicas, ou de uso de medicamentos capazes de induzir manifestações psicopatológicas que pudessem interferir na qualidade da entrevista.

Todos os pacientes entrevistados tiveram ciência da pesquisa por meio de contato com a Associação dos Familiares e Portadores da Síndrome de Tourette e Transtorno Obsessivo-Compulsivo (ASTOC); do PROTOC; do Projeto de Desordens Afetivas (PRODAF), da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); ou da mídia (jornais, televisão e rádio).

O processo de recrutamento incluiu uma entrevista preliminar por telefone, realizada por uma psicóloga treinada e experiente no contato com pacientes com TOC (Sonia Borcato), com perguntas específicas sobre presença de SOC. De acordo com as respostas, o indivíduo era então convidado a participar de uma entrevista com um dos psiquiatras clínicos do PROTOC (Juliana Belo Diniz, Roseli Gedanke Shavitt, Raquel Chilvarquer ou André Seixas) para confirmar o diagnóstico de TOC.

Após esclarecimento sobre os objetivos, metodologia do estudo e da garantia de que a decisão de participar ou não do estudo não influenciaria na possibilidade de tratamento no PROTOC, todos os pacientes assinaram termo de consentimento informado.

3.2.2 - Instrumentos

Uma vez sendo comprovado o diagnóstico de TOC e o paciente tendo concordado em participar do projeto de pesquisa, os pacientes foram submetidos a um protocolo de avaliação detalhado, utilizado pelo Consórcio Brasileiro de Pesquisa em Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (C-TOC). Além da coleta sobre informações demográficas, histórico escolar e profissional, histórico médico e sobre classificação sócio-econômica, este protocolo utiliza uma entrevista clínica semi-estruturada e cinco escalas de avaliação descritas a seguir. Este protocolo de avaliação encontra-se na íntegra no Anexo 2.

3.2.2.1 - Presença e gravidade dos SOC

3.2.2.1.a - Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS)

O Y-BOCS é um instrumento clínico, semi-estruturado, para avaliação da presença e gravidade dos SOC. Apresenta características psicométricas bem estabelecidas, tanto em crianças quanto em adultos (Goodman e cols., 1989a, 1989b). O Y-BOCS tem escores máximos de 20 pontos para obsessões e 20 para compulsões, com um escore total máximo de 40.

Este instrumento foi traduzido para o português por Asbahr (1999), porém não se encontra validado para o português.

3.2.2.1.b - Escala Dimensional para Avaliação da Gravidade dos Sintomas Obsessivo-Compulsivos (*Dimensional Yale-Brown Obsessive-compulsive Scale - DY-BOCS*)

Esta escala é uma extensão da escala para Sintomas Obsessivo-Compulsivos Yale-Brown (Y-BOCS) original, apresentando, no entanto, algumas modificações importantes para que os SOC sejam avaliados de forma dimensional. Sendo assim, os SOC (obsessões e/ou compulsões) são investigados de acordo com dimensões específicas, com a gravidade de cada

uma delas quantificada independentemente. Comportamentos de evitação, rituais mentais, rituais de repetição e de checagem também são investigados para cada uma das dimensões.

O DY-BOCS apresenta um escore parcial máximo de 15 pontos para cada uma das dimensões, além de um escore para a gravidade global dos SOC, também variando de 0 a 15. O escore de gravidade dos SOC é somado ao escore de comprometimento causado pelos SOC na vida do paciente (variação de 0 a 15). Sendo assim, o DY-BOCS tem um escore total máximo de 30 pontos. A DY-BOCS é uma escala validada tanto em inglês quanto em português, para uso em crianças e adultos (Rosário-Campos e cols., 2006).

3.2.2.2 - Presença e Gravidade de tiques

A *Yale Global Tic Severity Scale* (YGTSS) - é um instrumento que apresenta suas características psicométricas bem estabelecidas, tanto em crianças quanto em adultos (Leckman e cols., 1989). Trata-se de uma entrevista semi-estruturada, desenvolvida para avaliação da presença e gravidade dos tiques motores e vocais, avaliados de acordo com seu número, frequência, intensidade, complexidade e interferência, com escore máximo para tiques de 50 pontos e escore máximo para comprometimento causado pelos tiques de 50. Portanto, o escore total máximo do YGTSS é de 100 (25 para tiques motores, 25 para tiques vocais e 50 para comprometimento).

A YGTSS foi traduzida para o português em 1995 pela equipe do PROTOC (Maria Conceição do Rosário-Campos, Marcos Tomanik Mercadante, Ana Gabriela Hounie e Eurípedes Constantino Miguel Filho), mas não foi validada para o português.

3.2.2.3 - Presença e gravidade dos sintomas depressivos

Para a identificação e quantificação dos sintomas depressivos foi utilizado o Inventário Beck de Depressão (Beck-D) (Beck, 1961), composto de 21 questões com variação de 0 a 3 e pontuação máxima de 63 pontos. Este instrumento já foi validado para o português (Gorenstein & Andrade, 1996).

3.2.2.4 - Presença e gravidade de sintomas de ansiedade

Composto por 21 questões, o Inventário Beck de Ansiedade (Beck-A), apresenta sintomas de ansiedade usualmente descritos. Cada questão varia de 0 (sintoma ausente) a 3 (sintoma muito grave), com pontuação máxima de 63 pontos (Beck, 1988). Este instrumento já foi validado para o português (Gorenstein & Andrade, 1996).

3.2.2.5 - Escala de Avaliação de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo (USP-SPS)

A Escala para Avaliação de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo - USP-SPS é uma escala semi-estruturada que tem como objetivo avaliar a presença e gravidade dos Fenômenos Sensoriais.

É importante ressaltar que a USP-SPS foi elaborada a partir de uma versão revisada de outra escala elaborada pelo nosso grupo, a USP-Harvard *Repetitive Behavior Interview* (descrita na página 29). Apesar da USP-Harvard ter se mostrado eficaz para a avaliação de FS, a sua aplicação era limitada, pois da maneira como foi estruturada era bastante subjetiva e só podia ser utilizada por entrevistadores altamente qualificados. Mesmo no PROTOC, um centro de referência para avaliação de portadores de TOC e tiques, apenas alguns pesquisadores estavam capacitados para sua aplicação. Além disso, a USP-Harvard era uma entrevista muito longa, com tempo médio de aplicação de cerca de três horas, podendo em alguns casos demorar até cinco horas, tornando sua utilização inviável, uma vez que na maior parte das pesquisas, pacientes são submetidos a um grande número de entrevistas.

Portanto, eliminando essas limitações, o nosso grupo decidiu elaborar a USP-SPS, composta por duas partes. A primeira parte da USP-SPS investiga os diferentes tipos de FS, divididos em sensações físicas e/ou mentais. Caso o sujeito apresente FS, avalia-se se os mesmos estiveram presentes apenas no passado ou se são atuais e a idade de início que o paciente tinha quando primeiro ocorreu o FS específico. Para cada tipo de FS são fornecidos exemplos. Nesta parte não há nenhuma pontuação. Os exemplos seguem as mesmas definições utilizadas pela USP-Harvard.

A segunda parte da USP-SPS corresponde a avaliação da gravidade dos FS, de acordo com a frequência dos mesmos, o incômodo e o prejuízo que causam ao paciente, com escores que variam de 0 a 5. Portanto, o escore total da USP-SPS varia de 0 a 15.

Apesar da USP-SPS ter sido desenvolvida utilizando as mesmas definições da USP-Harvard (escala que vem sendo utilizada pelo nosso grupo desde 1994), nenhuma das duas escalas teve suas propriedades psicométricas testadas até o momento. Com o objetivo de superar esta limitação este projeto foi elaborado.

3.2.2.6 - Entrevista livre

Como não existe nenhum instrumento considerado padrão-ouro para a avaliação da presença e gravidade dos FS, optou-se por comparar a aplicação da USP-SPS (realizada por Sonia Borcato), uma psicóloga experiente no contato com pacientes com TOC com uma entrevista clínica livre, não estruturada, realizada pela mestranda (HSP), considerada como padrão-ouro. A mestranda participou da elaboração das primeiras versões da USP-Harvard e trabalha com pacientes com TOC e tiques há mais de 12 anos. A mestranda entrevistava os pacientes de forma livre, questionando sobre a presença de FS, e caso estivessem presentes, pedindo ao paciente para descrevê-los de forma detalhada e para avaliar sua gravidade de acordo com o tempo, incômodo e interferência que o paciente sentia. No entanto, embora fosse uma entrevista de característica livre, os principais itens que compunham a USP-Harvard norteavam de forma sistemática o seu desenrolar.

3.3 - Ordem das entrevistas

Cada sujeito foi entrevistado duas vezes. Uma avaliação foi realizada por meio de entrevista clínica livre, não estruturada. Essa entrevista foi realizada pela mestranda. A segunda entrevista corresponde à entrevista com a aplicação da USP-SPS, sendo que essa escala foi, inicialmente, preenchida pelo sujeito, e logo após o entrevistador revisou (sempre o mesmo, ou seja, a psicóloga Sonia Borcato) as respostas, confirmando ou não a presença e

avaliação da gravidade dos FS. Cada entrevista teve duração de duas sessões de 90 minutos, considerando todos os instrumentos aplicados.

Com o objetivo de evitar viés na coleta dos dados, a ordem da entrevista foi randomizada de acordo com a hora de chegada das entrevistadoras e dos probandos.

3.4 - Treinamento dos Entrevistadores

O treinamento das entrevistadoras foi realizado por meio de um terceiro avaliador (MCR), um dos autores da escala, que observou tanto a aplicação ao vivo das duas entrevistadoras quanto por meio de três fitas de vídeo feitas sobre a aplicação da entrevista clínica e da aplicação da escala, devidamente autorizadas pelo paciente.

Os coeficientes de correlação entre a Entrevista Clínica (padrão-ouro) e a USP-SPS encontram-se nos resultados da validação da USP-SPS.

Como os conceitos em psicometria podem variar de autor para autor, achamos conveniente descrever, de forma sucinta, alguns conceitos utilizados nesta dissertação para descrever a avaliação psicométrica.

3.5 - Avaliação Psicométrica

Em Psicologia, o termo *Psicometria* diz respeito ao registro e à medida de fenômenos psíquicos por meio de métodos experimentais padronizados. A psicometria é responsável pela teoria e técnica de mensuração educacional e psicológica, a qual inclui a mensuração de conhecimentos, habilidades, atitudes e traços de personalidade (Silva, 2006).

Esse campo preocupa-se primariamente com o estudo das diferenças entre indivíduos e entre grupos de indivíduos. Envolve duas tarefas principais: o desenvolvimento de instrumentos e procedimentos de mensuração; e o desenvolvimento e refinamento de abordagens teóricas para a realização da mensuração (Silva, 2006).

Cientificamente, as medidas das propriedades e qualidades de natureza psicológica começaram a ocorrer de forma mais sistemática no início do século XX em função da necessidade de se estabelecer diferenças entre indivíduos,

dadas as suas características e especificidades, visando seus atributos para objetivos clínicos, educacionais ou de trabalho (Silva, 2006).

A *psicometria* trabalha com a validação e confiabilidade de testes, escalas e questionários. Usa métodos quantitativos como os conhecimentos da estatística no seu dia-a-dia (Silva, 2006).

Tradicionalmente, os conceitos-chave em psicometria são “confiabilidade” e “validade”. Um instrumento confiável mensura algo sempre da mesma forma, enquanto um instrumento válido mensura aquilo que ele se dispõe a mensurar. Ou seja, uma medida confiável pode medir algo de forma consistente sem necessariamente ser válida. Por exemplo, uma régua quebrada pode sempre medir, todas as vezes, o mesmo espaço com um valor menor que a realidade. Apesar das diversas medidas serem realizadas de mesma forma, elas estarão erradas, ou seja, não serão válidas. Tanto a “confiabilidade quanto a “validade” podem ser avaliadas matematicamente. Segundo Myers e Winters (2002), entende-se que a confiabilidade envolve a consistência na replicação e a constância dos escores de um instrumento. A validade, por sua vez, visa à consistência da mensuração dos construtos ao longo do tempo. (Myers & Winters, 2002; Silva, 2006)

3.5.1 - Validade

Mais detalhadamente, a "validade" é a propriedade principal de uma escala, é a verdadeira medida dos construtos da escala. Verifica, entre outras coisas, se a escala mede o que se propõe a mensurar. Apesar dos conceitos gerais serem semelhantes, os autores podem variar em relação às definições das diferentes formas de investigação da validade dos instrumentos. Para maior clareza, utilizaremos nessa dissertação as definições de Silva (2006) e Myers & Winters (2002), descritas abaixo:

⇒ Validade de construto - reflete a extensão com que um instrumento mede uma construção teórica. É a avaliação de se os pressupostos teóricos utilizados na elaboração da estrutura de um determinado instrumento se correlacionam, de fato, com o modelo teórico no quais esses pressupostos se originaram (Myers & Winters, 2002).

- ⇒ Validade de conteúdo – avalia se os itens da escala avaliam o construto que a escala se propôs a mensurar. A validade de conteúdo corresponde a simples demonstração de que os itens do instrumento foram desenvolvidos a partir dos domínios que estão sendo mensurados (Myers & Winters, 2002).
- ⇒ Validade concorrente - tem por objetivo verificar se os resultados do novo instrumento se relacionam ou variam conforme outras aferições simultâneas do mesmo fenômeno. Para tanto, ela inclui as seguintes validades:
 - Validade convergente - também definida como a extensão da correlação da escala com algum instrumento importante de um postulado teórico, geralmente chamado de "padrão-ouro" de avaliação. Na maior parte das vezes, para cada construto, já existe uma escala reconhecida como "padrão-ouro", ou que suas propriedades psicométricas já tenham sido bem definidas (Martinez & Louzada-Neto, 2000).

No presente estudo, como não existe nenhum instrumento considerado como "padrão-ouro" para a avaliação de fenômenos sensoriais, a validade convergente da USP-SPS foi investigada por meio de uma entrevista clínica administrada por um clínico altamente experiente em TOC e fenômenos sensoriais (HSP).

- Validade discriminante - capacidade de diferenciar escores de um grupo do outro (Myers & Winters, 2002).

No presente estudo a validade discriminante da USP-SPS foi investigada a partir da sua comparação com outros instrumentos padrões utilizados na avaliação de SOC, como a *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* - Y-BOCS, e a *Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* - DY-BOCS). Com o mesmo objetivo, comparou-se a USP-SPS com instrumentos que não medem TOC, mas sintomas frequentes entre estes pacientes, como os sintomas ansiosos (Beck-A), depressivos (Beck-D) e tiques (YGTSS).

3.5.2 – Confiabilidade

A confiabilidade é avaliada por meio das medidas de consistência interna, medidas de teste-reteste e as medidas entre avaliadores.

Consistência interna tem por objetivo medir a correlação entre os itens internos da escala. Alguns métodos usados para medir a consistência interna são a “correlação intra-classes – ICC”; e o índice de α de Cronbach (equivalente à média de todos os possíveis itens das escalas). Considera-se um bom resultado quando o coeficiente encontrado é de 0.80, o que implica numa probabilidade de erro randomizado de 20% (Myers & Winters, 2002).

O teste-reteste visa medir a estabilidade da escala num determinado espaço de tempo, isto é, os escores têm que ser semelhantes, dado um intervalo de tempo. Se o intervalo for de quinze dias, entre a primeira e a segunda aplicação, espera-se que a correlação seja maior que 0.80. Se o intervalo ultrapassar um mês, espera-se uma correlação de 0.70 (Myers & Winters, 2002).

Confiabilidade inter-aplicadores corresponde a análise da concordância dos escores da escala entre os vários aplicadores em um mesmo sujeito. Considera-se como aceitável uma correlação acima de 0.80 (Myers & Winters, 2002).

No presente estudo, a consistência interna da USP-SPS foi investigada com o coeficiente α de Cronbach ($\alpha=0,5851$). Não foi objetivo deste projeto investigar outras medidas de confiabilidade, tais como a avaliação teste-reteste ou a confiabilidade interavaliadores.

3.6 - Análise estatística

Trata-se de um estudo de corte transversal, no qual foram avaliados 47 pacientes com diagnóstico de TOC. A análise estatística foi feita utilizando-se o programa SPSS para Windows, versão 11.0.

A validade convergente foi determinada por meio do cálculo de coeficientes de correlação entre a USP-SPS e a Entrevista-Clínica livre (padrão-ouro) realizada pela mestranda.

A validade divergente foi determinada por meio do cálculo de coeficientes de correlação entre a USP-SPS e os instrumentos que avaliam a presença de outros fenômenos que podem preceder ou acompanhar os comportamentos repetitivos. Os fenômenos mais descritos na literatura são as obsessões (pensamentos, medos, idéias ou imagens) ou sintomas de

ansiedade autonômica. Portanto, calculamos coeficientes de correlação entre a gravidade dos FS da USP-SPS e a gravidade das obsessões e compulsões (utilizando o Y-BOCS e o DY-BOCS), e dos sintomas de ansiedade utilizando a Beck-A. Como sintomas depressivos e tiques têm uma prevalência comórbida muito freqüente em pacientes com TOC, calculamos também coeficientes de correlação entre a USP-SPS e a Beck-D e a YGTSS.

Para melhor visualizarmos a relação entre os escores de gravidade das diversas escalas e os escores de gravidade da USP-SPS foram feitos gráficos descritivos (gráficos de dispersão), com os escores padronizados.

O nível de significância considerado nos testes estatísticos foi de 5%.

RESULTS

4 - RESULTADOS

4.1 - Revisão da Literatura sobre os FS

Os resultados da revisão da literatura sobre os FS já foram apresentados na Introdução desta dissertação. Na Tabela 3 apresentamos um resumo dos conceitos mostrados anteriormente, agrupados conforme proposto pelos autores.

Tabela 3 Nosologia e Definições Subjetivas sobre Fenômenos Sensoriais Descritas na Literatura*

Autores	Termos*	Definição
Summerfeldt (2004).	Incompletude	Uma sensação interna de imperfeição e as ações e intenções não fornecem a sensação de satisfação.
Bliss (1980); Bullen & Hemsley (1983); Shapiro e cols (1988); Kurlan e cols (1989); Kit-Yun Chee (1997); Woods e cols (2005); Kwac e cols (2003).	Tiques Sensoriais	Padrão recorrente, involuntário, sensações somáticas nas juntas, ossos, músculos e outras partes do corpo. É um movimento intencional ou voluntário para aliviar essa sensação. Percebido como aversivo e desprazeroso. A urgência tem sido descrita como uma experiência que envolve uma energia, pressão, coceira ou dor antes do tique ocorrer.

<p>Cohen & Leckman (1992); Jankovic (1997); Leckman (2003); Rodopman-Arman (1998, 2004); Banaschewski e cols (2003); Verdellen e cols (2004); Chouinard & Ford (2005).</p>	<p>Sensações - experiências premonitórias</p>	<p>Necessidade de realizar um comportamento repetitivo. É uma força, uma urgência sem qualquer tipo de obsessão, medo, preocupação ou sensações físicas.</p>
<p>Rasmussen & Eisen (1992); Leckman e cols (1994); Evans e cols (1999); Coles e cols (2003, 2005); Mancini e cols, (2007); Wahl e cols (2007).</p>	<p>Percepção de "estar em ordem" (<i>just-right</i>); percepção de "não estar em ordem" (<i>not just-right experiences</i>)</p>	<p>Uma vontade interna, um desejo em ter as coisas perfeitas, absolutamente certas e completamente sob controle. Necessidade de realizar um ato compulsivo até se sentir "estar em ordem" visual, auditivo ou tátil.</p>
<p>Rodopman-Arman e cols (1989); Leckman e cols (1993); Kane (1994).</p>	<p>Sensação de Urgência</p>	<p>É uma necessidade em realizar um comportamento repetitivo. É uma força, uma urgência sem qualquer tipo de obsessão, medo, preocupação ou sensações físicas.</p>
<p>Miguel e cols (1995, 1997, 2000, 2001); Rosário-Campos e cols (2001); Chien Hsin Fen e cols (2001); Diniz e cols (2006); Shavitt e cols. (2006).</p>	<p>Fenômenos Sensoriais</p>	<p>Sensações físicas (sensações desconfortáveis na pele, músculos, ou articulações); necessidade das coisas ou de si próprio estarem "em ordem". Esta percepção pode ser acompanhada por estímulos sensoriais, ie, visual, auditivo ou tátil; sensação interna de incompletude ou uma energia interna que tem que ser liberada.</p>

* Inclui: tiques sensoriais, percepções "*just-right*", percepções "*not just-right*", sensações premonitórias, incompletude.

É importante ressaltar que o conceito de FS proposto por nosso grupo e utilizado na USP-SPS agrupou todas as descrições anteriores das experiências subjetivas propostas pelos diversos autores.

4.2 - Dados psicométricos preliminares da USP-SPS

4.2.1 - Dados demográficos e clínicos da amostra estudada

Dos 47 pacientes estudados, 44 (93,6%) corresponderam a pacientes que procuraram, consecutivamente, avaliação médico-psiquiátrica gratuita no PROTOC. Dois pacientes avaliados estavam sendo atendidos no Projeto de Desordens Afetivas (PRODAF), da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. Outro paciente, também diagnosticado com TOC foi encaminhado para o estudo pela Associação dos Familiares e Portadores de Síndrome de Tourette e Transtorno Obsessivo-Compulsivo (ASTOC). Com exceção desses três pacientes, todos os outros fazem parte de outro projeto de pesquisa em desenvolvimento no PROTOC.

Tomou-se o cuidado de verificar se o fato desses três pacientes oriundos do PRODAF e da ASTOC influenciou os resultados encontrados. Análises estatísticas demonstraram que não havia diferenças importantes no perfil destes pacientes em relação aos outros 44, em relação a qualquer variável estudada.

A idade média dos 47 pacientes foi de 36,57 anos (D.P.=12.12), sendo que a idade mínima foi de 18 anos e a máxima de 59 anos. Quanto ao gênero da população estudada, 25 (53,2%) eram homens e 22 (46,8%) mulheres. A idade média de início dos SOC foi de 14,5 anos (D.P.=9.4). Os demais dados sócio-demográficos e as características clínicas estão apresentados na Tabela 4 e Tabela 5 respectivamente.

Tabela 4 Características sócio-demográficas da amostra

Variáveis		
Estado civil	N	(%)
Solteiro/separado	31	66,2
Casado/amasiado	16	34
Nível Sócio-econômico	N	(%)
A/B	27	57,4
C/D	18	38,3
E	2	4,3
	média	dp
Escolaridade (anos de estudo)	13,96	±4.70

dp=desvio padrão

Tabela 5 Características Clínicas da amostra

Variáveis	Média	dp
Idade de início dos SOC (anos)	14,51	±9.43
	N	%
Início precoce (<10 anos)	21	44,7
Início tardio (>17 anos)	15	31,9
Intermediário (11>16)	11	23,4
YBOCS	Média	dp
Total	23,6	±6.77
Obsessão	11,6	±3.62
Compulsão	12,02	±3.71
Fenômenos Sensoriais	N	%
Total	31	66
Masculino	16	34
Feminino	15	31,9
	Média	dp
Inventário Beck de Ansiedade	16,18	±12.87
Inventário Beck de Depressão	18,09	±13.88

SOC = Sintomas Obsessivo-Compulsivos; desvio padrão = dp

Y-BOCS = Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale

4.3 - Medidas de Validade

4.3.1 - Validade de Construto e de Conteúdo

A revisão da literatura apresentada demonstrou que vários autores têm descrito diversos tipos de FS ao longo dos anos, reforçando a existência dos mesmos como parte integrante da sintomatologia do TOC. A revisão da literatura também demonstrou que a USP-SPS utiliza definições coerentes, englobando as diferentes descrições existentes na literatura. Portanto, pode-se concluir que a USP-SPS tem validade de construto adequada.

Da mesma forma, os diversos itens que compõem a USP-SPS contemplaram todos os tipos de FS que os autores se propuseram a avaliar. Portanto, os itens da USP-SPS apresentam boa validade de conteúdo. Seus itens estão descritos a seguir:

- **Sensações Físicas:** sensações desconfortáveis na pele (táteis), músculos ou ossos (músculo-esquelético) e/ou nas vísceras (órgãos internos). Você pode ter a necessidade de realizar um comportamento repetitivo até obter alívio ou se livrar (eliminar) desta sensação física.
- **“Estar em ordem” (“*just-right*”)** relacionado a estímulos sensoriais visuais, auditivos e táteis. Visuais: necessidade dos objetos parecerem visualmente “em ordem”; Auditivas: necessidade de objetos ou sons “soarem de uma determinada maneira” ou “em ordem”; Táteis: necessidade de tocar em pessoas ou objetos até obter uma sensação tátil de estar “em ordem” nas mãos ou em outra parte do corpo.
- **Sensação de incompletude ou necessidade de sentir-se “em ordem” (“*just-right*”):** sensação interna de desconforto, que pode desencadear a necessidade de realizar os comportamentos até sentir alívio. Sensação interna de não estar “em ordem”, que desencadeia ou acompanha a necessidade de realizar o comportamento até sentir que “está legal”, que está “em ordem”.
- **Sensação de energia interna:** sensação generalizada de tensão ou energia que cresce e precisa ser descarregada pela realização de comportamentos repetitivos.

- “**Ter que fazer**”: os comportamentos não são precedidos por nenhuma obsessão nem por nenhum tipo de Fenômeno Sensorial ou percepção.

4.3.2 - Validade Concorrente

4.3.2.1 - Validade Convergente

Esta medida psicométrica foi realizada a partir da comparação entre a entrevista clínica (considerada como padrão ouro) e a USP-SPS. Não houve diferenças significativas entre as avaliações de presença ou ausência dos FS entre a USP-SPS e a entrevista clínica, demonstrando ótima concordância entre as duas entrevistas (Tabela 6).

Tabela 6 Concordância entre Escala de Avaliação de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo - USP-SPS e avaliação clínica considerada como “padrão-ouro”.

		Entrevista Clínica			
USP-SPS (presença ou ausência de FS)		Não	Sim		p-valor
	Não	16	1	16	
	Sim	2	28	31	0,5
		18	29	47	
		Sensações Físicas Entrevista Clínica			
Sensação Física USP-SPS		Não	Sim		p-valor
	Não	32	2	16	
	Sim	5	8	31	0,226
		37	10	47	
		Sensações Mentais Entrevista Clínica			
Sensação Mental USP-SPS		Não	Sim		p-valor
	Não	16	7	16	
	Sim	3	21	31	0,171
		19	28	47	

FS (fenômeno sensorial)

A distribuição de pacientes com os diversos tipos de FS, agrupados em sensações físicas e sensações mentais, encontra-se descrita na tabela 7.

Tabela 7 - Comparação entre o Padrão-Ouro e a Escala de Avaliação de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo - USP-SPS na distribuição de pacientes com os diversos tipos de FS.

Fenômenos Sensoriais	Padrão-Ouro		USP-SPS	
	N	%	N*	%
Sensações Físicas (tátil, músculo-esquelética)	12	23,5	14	21,5
Sensações Mentais (<i>jr</i> auditivo, <i>jr</i> tátil, <i>jr</i> visual incompletude, energia interna, ter que)	39	76,5	51	78,5

*Pacientes podem ter mais que um tipo de fenômenos sensorial
FS= Fenômenos Sensoriais

4.3.2.2 - Validade Discriminante

4.3.2.2.a - Associação entre itens e os escores da USP-SPS e os escores da DY-BOCS

A Tabela 8 apresenta o estudo sobre a associação entre as frequências dos FS e das dimensões de SOC de acordo com a DY-BOCS.

Tabela 8. Associação entre a presença de Fenômenos Sensoriais e a presença de dimensão medidas pela Dimensional Yale-Brown Obsessive-Scale (DY-BOCS) *

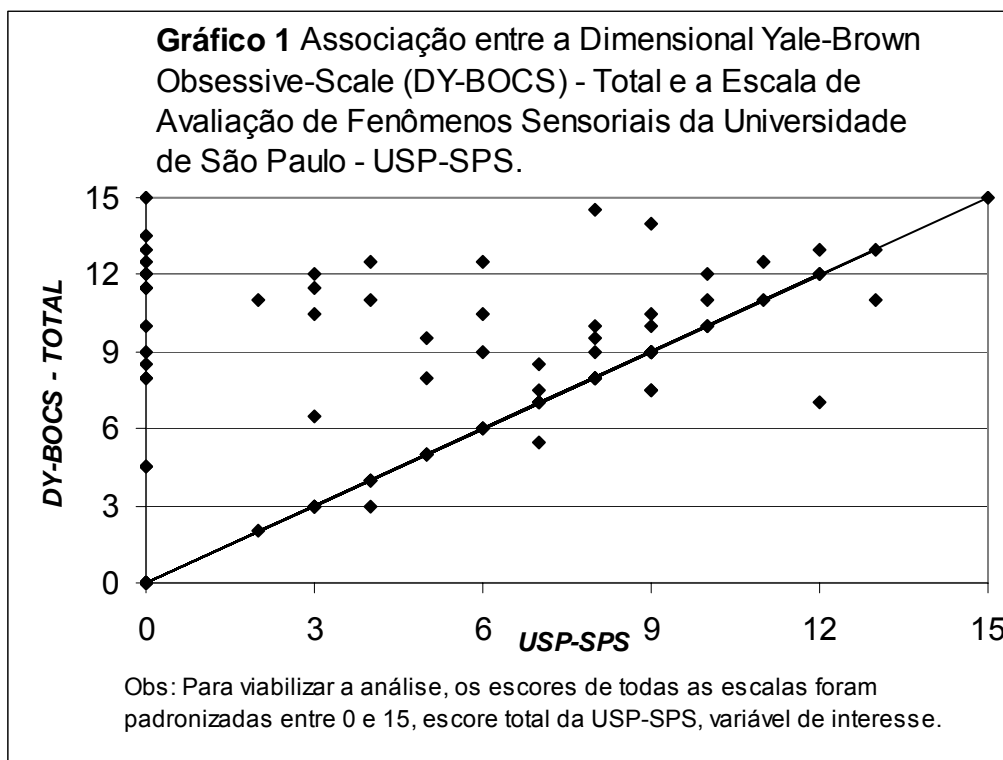
Dimensões do DY-BOCS	Com Fenômenos Sensoriais		Sem Fenômenos Sensoriais		p-valor
	N*	%	N	%	
Obs/Comp de Contaminação e Limpeza	24	51,1	13	27,7	1,000*
Obs/Comp de Coleccionismo	15	31,9	4	8,5	0,209*
Obs/Comp de Simetria, Ordem, Arranjo e Contagem	28	59,6	7	14,9	0,001*
Obs/Comp de Agressão e Violência	21	44,7	7	14,9	0,113**
Obs/Comp Sexuais e Religiosas	12	25,5	6	12,8	0,936**
Obs/Comp Diversas	27	57,4	11	23,4	0,239*

N=47, * um paciente pode ter mais do que um tipo de dimensão na DY-BOCS

* teste exato de Fisher ** teste qui-quadrado Obs=obsessão Comp= compulsão

Não houve associação entre a presença de FS medidos pela USP-SPS e a presença das dimensões *Contaminação, Coleccionismo, Religião/sexual, Agressão e Diversas* medidas pela Escala DY-BOCS, com exceção da dimensão de simetria/ordenação/arranjo. Ou seja, houve uma frequência significativamente aumentada dos FS nos pacientes que apresentaram SOC na Dimensão do DY-BOCS de simetria/ordenação/arranjo.

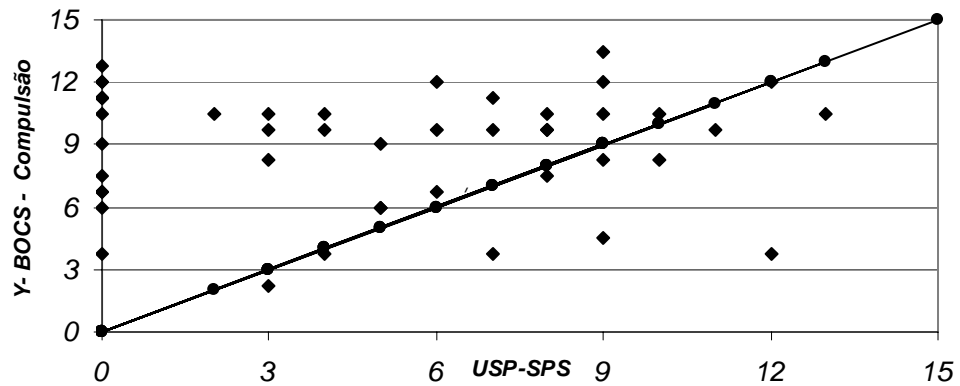
Resultados nestas mesmas direções são encontrados quando comparamos os escores destas escalas (ao invés de simplesmente presença ou ausência) (Gráfico 1), ou seja, não houve associação entre os escores de gravidade do DY-BOCS (total) e os escores de gravidade da USP-SPS (Gráfico 1). Coerente com o que apresentamos acima, no estudo de regressão linear (ver Tabela 9), onde se avalia a relação entre cada dimensão do DY-BOCS, e a USP-SPS, percebe-se um comportamento diferenciado entre a dimensão de Simetria/Ordem-Arranjo/Contagem e a USP-SPS.



Também foram feitas análises para verificar a associação entre os escores de gravidade das escalas Y-BOCS, Y-GTSS, Beck-D e Beck-A e o escore de gravidade da USP-SPS. Para tanto, fez-se uma padronização dos escores das escalas (variáveis), variando de 0 a 15 - valor dos escores da USP-SPS (0-15), variável de interesse.

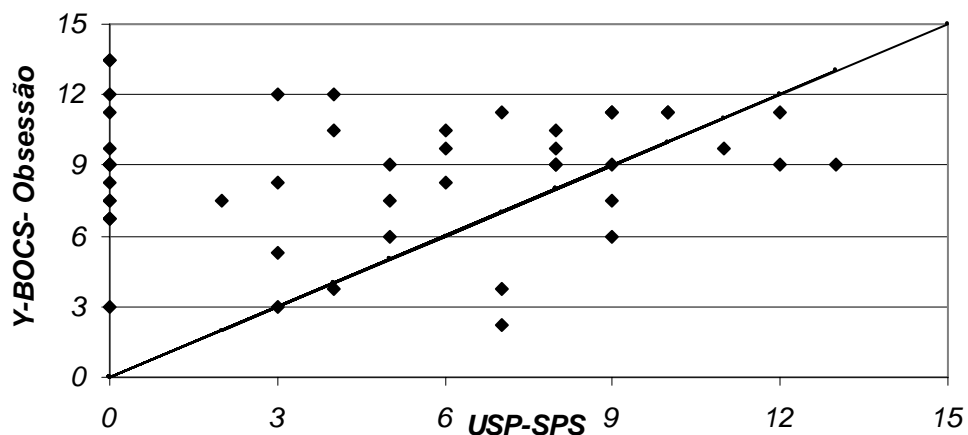
Os gráficos 2, 3 e 4, revelam não haver associação entre os escores de gravidade dos sintomas obsessivo e/ou compulsivo medidos pela Y-BOCS e os escores da USP-SPS.

Gráfico 2 Associação entre a variável Yale-Brown Obsessive-Scale (Y-BOCS) Compulsão e a Escala de Avaliação de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo - USP-SPS.

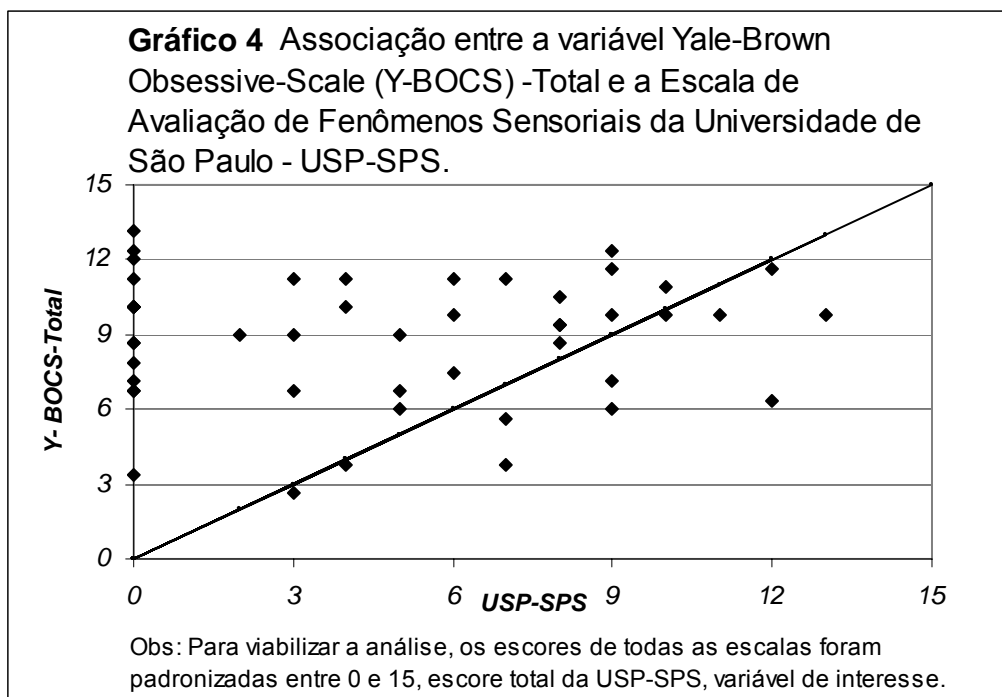


Obs: Para viabilizar a análise, os escores de todas as escalas foram padronizadas entre 0 e 15, escore total da USP-SPS, variável de interesse.

Gráfico 3 Associação entre a variável Yale-Brown Obsessive-Scale (Y-BOCS) Obsessão e a Escala de Avaliação de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo - USP-SPS.

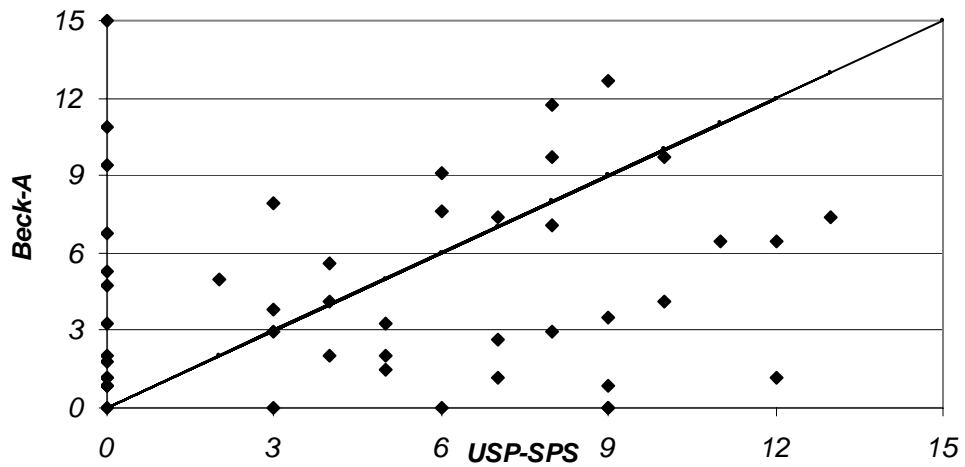


Obs: Para viabilizar a análise, os escores de todas as escalas foram padronizadas entre 0 e 15, escore total da USP-SPS, variável de interesse.



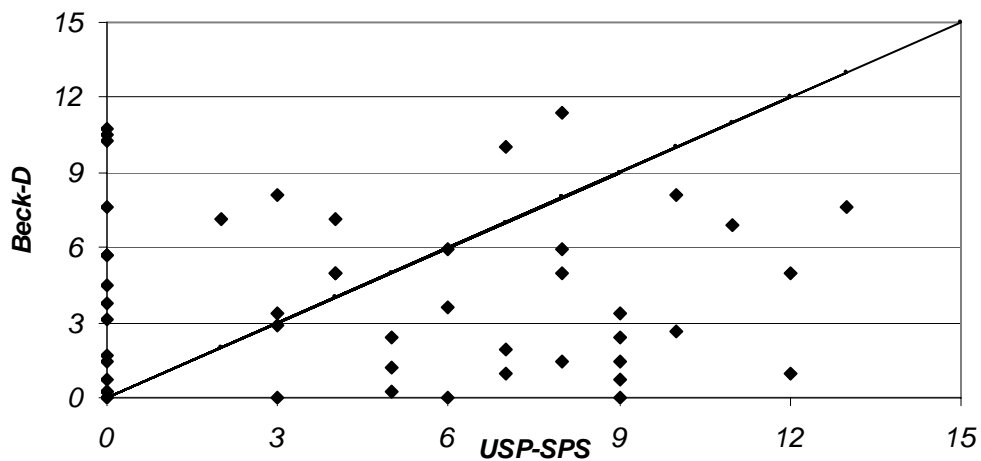
Nos Gráficos 5 e 6, onde se avalia a associação entre os escores de gravidade da escala Beck-A e os escores de gravidade da USP-SPS, bem como os escores de gravidade da escala Beck-D e os escores de gravidade da USP-SPS, também não foi constatada nenhuma associação entre elas, mesmo havendo uma forte associação entre as escalas Beck-A e Beck-D, conforme Gráfico 7. Assim, embora seja notória a associação do TOC com as escalas de ansiedade e de depressão, essa associação não influenciou nos resultados da associação da USP-SPS com essas escalas.

Gráfico 5 Associação entre o Inventário Beck de Ansiedade (Beck-A) e a Escala de Avaliação de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo - USP-SPS.

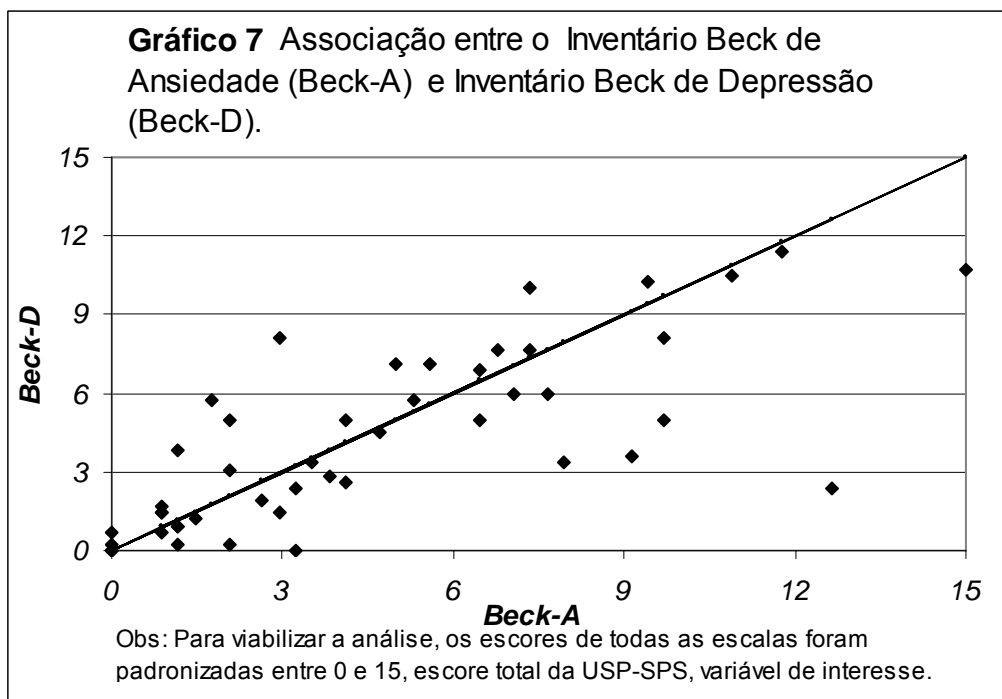


Obs: Para viabilizar a análise, os escores de todas as escalas foram padronizadas entre 0 e 15, escore total da USP-SPS, variável de interesse.

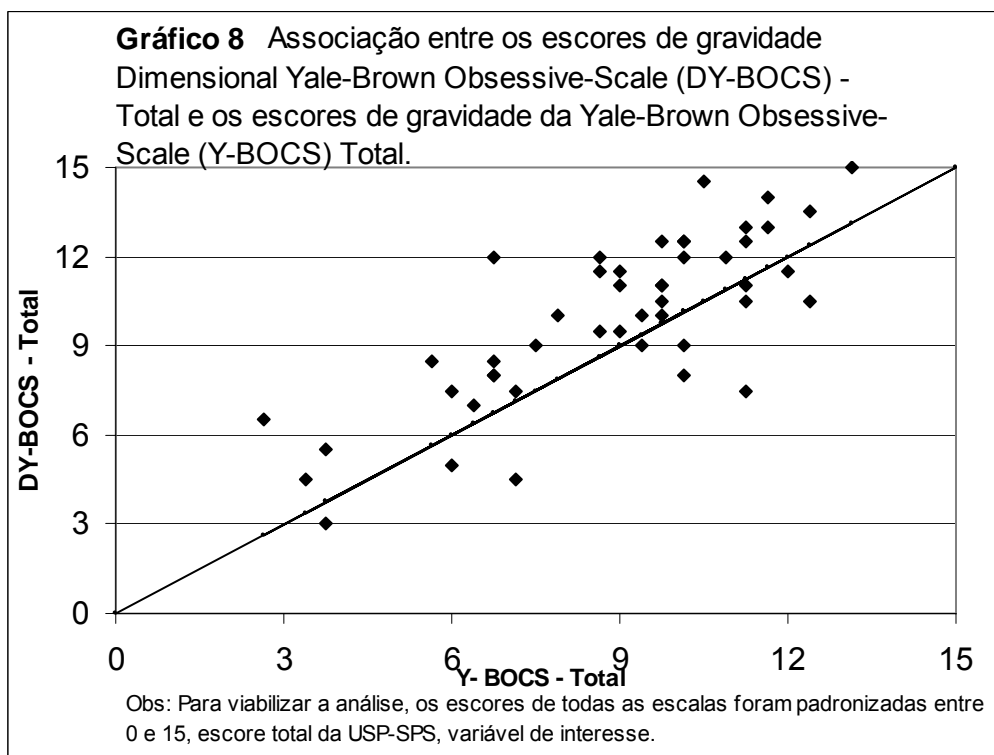
Gráfico 6 Associação entre o Inventário Beck de Depressão (Beck-D) e a Escala de Avaliação de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo - USP-SPS.



Obs: Para viabilizar a análise, os escores de todas as escalas foram padronizadas entre 0 e 15, escores total da USP-SPS, variável de interesse



O Gráfico 8 aponta uma forte associação entre os escores de gravidade da DY-BOCS (total) e os escores de gravidade da Y-BOCS (total), ratificando resultados apresentados na validação da DY-BOCS (Rosário-Campos e cols., 2006).



Confirmando todos os achados acima, a regressão linear entre os escores de gravidade da USP-SPS e os escores de gravidade das escalas DY-

BOCS, Y-BOCS, Y-GTSS, Beck-D e Beck-A constatou a convergência apenas entre os FS e a Dimensão da DY-BOCS de Simetria/Ordem, Arranjo e Contagem, isto é, quanto maior a gravidade dos FS, maior a gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos nesta Dimensão. Os resultados estão apresentados na Tabela 9.

Tabela 9 Resultados da regressão linear entre os escores de gravidade da Escala de Avaliação de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo - USP-SPS e os escores de gravidade das escalas Dimensional Yale-Brown Obsessive-Scale, Yale-Brown Obsessive Scale, Yale Global Tic Severity Scale, Inventário Beck de Depressão, Inventário Beck de Ansiedade.

DY-BOCS	Variável explicativa	Coefficiente	Erro Padrão	p-valor
Dimensão I	Intercepto	7,014	1,078	0
Contaminação/Limpeza (Gravidade)	FS (Gravidade)	-0,034	0,172	0,844
Dimensão II	Intercepto	2,857	0,956	0,005
Colecionismo (Gravidade)	FS (Gravidade)	-0,01	0,152	0,947
Dimensão III	Intercepto	5,096	1,007	0
Simetria/Ordem, Arranjo, Contagem (Gravidade)	FS (Gravidade)	0,393	0,171	0,026
Dimensão IV	Intercepto	4,342	1,191	0,001
Agressão/Violência, Desastres Naturais (Gravidade)	FS (Gravidade)	0,186	0,189	0,33
Dimensão V	Intercepto	4,01	1,075	0,001
Sexual, Religiosa (Gravidade)	FS (Gravidade)	-0,113	0,171	0,511
Dimensão VI	Intercepto	6,545	1,025	0
Diversas (Gravidade)	FS (Gravidade)	0,215	0,163	0,194
DY-BOCS Avaliação GLOBAL	Intercepto	19,173	1,27	0
	FS (Gravidade)	0,029	0,202	0,887
Y-GTSS	Intercepto	0,25	0,097	0,013
Gravidade Geral dos tiques	FS (Gravidade)	-0,003	0,015	0,827
Y-BOCS				
Escore Y-BOCS compulsão	Intercepto	12,112	0,844	0
	FS (Gravidade)	-0,019	0,134	0,888
Escore Y-BOCS obsessão	Intercepto	11,136	0,821	0
	FS (Gravidade)	0,096	0,131	0,465
Escore Y-BOCS Total	Intercepto	23,24	1,54	0
	FS (Gravidade)	0,074	0,245	0,763
Inventário Beck de Depressão	Intercepto	18,032	3,169	0
	FS (Gravidade)	0,012	0,51	0,981
Inventário Beck de Ansiedade	Intercepto	13,742	2,897	0
	FS (Gravidade)	0,522	0,466	0,269

FS = Fenômenos Sensoriais, D-YBOCS= Dimensional-Yale-Brown Obsessive-Scale, Y-Bocs= Yale-Brown Obsessive Scale, YGTSS= Yale Global Tic Severity Scale.

4.3.2.2.b - Avaliação da Concordância entre a Auto-Aplicação da USP x Aplicação da USP-SPS por um entrevistador

Buscou-se avaliar também se a USP-SPS poderia ser utilizada como uma escala auto-aplicável. Para tanto solicitamos aos pacientes que preenchessem a escala USP-SPS antes da entrevista clínica, ou antes da aplicação da USP-SPS, conforme a randomização. Na continuidade do processo foi percebida, por ambas as pesquisadoras, uma grande divergência entre os resultados coletados através do autopreenchimento e das avaliações clínicas, principalmente para os subitens da escala. Assim sendo, foi realizada a análise estatística preliminar dos dados referentes à auto-aplicação com os 33 pacientes que haviam preenchido a USP-SPS, e a impressão acima foi confirmada. Decidiu-se não continuar com a auto-aplicação, pois a análise estatística demonstrou que os resultados não mudariam caso o número de pacientes entrevistados chegasse a 47.

A Tabela 10 apresenta a comparação entre os dados obtidos a partir da auto-aplicação e as escalas aplicadas por entrevistador (USP-SPS ou entrevista clínica). Os resultados sugerem que os subitens da USP-SPS são complexos e subjetivos, o que dificulta a compreensão dos mesmos por parte dos pacientes. Entretanto, é importante ressaltar que apesar de ter havido mudanças consideráveis nas respostas dos pacientes após as explicações, isto não ocorreu para a presença de FS com um todo ($p=0,343$).

Tabela 10 Avaliação da Concordância entre a Auto-Aplicação da Escala de Avaliação de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo - USP-SPS x Aplicação da Escala de Avaliação de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo - USP-SPS.

USP-SPS Auto-aplicada	USP-SPS Aplicada pelo clínico			p-valor
	Fenômenos Sensoriais	Não	Sim	
Não	6	2	8	0,343
Sim	4	21	24	
	10	23	33	
Física Tátil	Não	Sim		0,059
Não	6	11	17	
Sim	4	12	16	
	10	23	33	
Músculo-esquelético	Não	Sim		0,000
Não	9	17	26	
Sim	1	6	7	
	10	23	33	
Just-Right Auditivo	Não	Sim		0,006
Não	7	16	23	
Sim	3	7	10	
	10	23	33	
Just-Right Visual	Não	Sim		0,028
Não	7	11	18	
Sim	3	12	15	
	10	23	33	
Just-Right Tátil	Não	Sim		0,059
Não	6	11	17	
Sim	4	12	16	
	10	23	33	
Incompletude	Não	Sim		0,000
Não	8	17	25	
Sim	2	6	8	
	10	23	33	
Energia Interna	Não	Sim		0,000
Não	8	18	26	
Sim	2	5	7	
	10	23	33	
Ter Que	Não	Sim		0,073
Não	7	9	16	
Sim	3	14	17	
	10	23	33	

Total de pacientes= 33

D I S C U S S I O N

5 - DISCUSSÃO

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo é um transtorno heterogêneo. Diversos estudos apontam para a necessidade da identificação de subgrupos mais homogêneos de pacientes com TOC. Acredita-se que a partir da identificação desses subgrupos será possível estabelecer intervenções terapêuticas mais precisas, além de elucidar os papéis dos fatores genéticos e ambientais na etiologia do TOC e a interação entre eles (Miguel e cols., 2005).

Várias estratégias têm sido usadas para a investigação de subgrupos mais homogêneos de pacientes. Entre os possíveis subgrupos, os dois com mais evidências clínicas, genéticas, de neuroimagem e de resposta ao tratamento são: pacientes com início precoce dos SOC (Geller e cols., 1998; Rosário-Campos, 1998; Rosário-Campos e cols., 2001) e pacientes com TOC associado aos tiques (Leckman e cols., 1997; Leckman e cols., 1989; Miguel e cols., 2000).

De acordo com o DSM-IV, a presença dos FS não é critério nem para o diagnóstico de TOC nem para o diagnóstico dos TT. Entretanto, uma das características psicopatológicas apresentadas tanto por pacientes com tiques (com ou sem TOC), quanto por pacientes com início precoce dos SOC é uma frequência aumentada de FS precedendo e/ou acompanhando os comportamentos repetitivos desses pacientes (sejam eles tiques ou compulsões). Alguns autores já demonstraram que esses FS poderiam diferenciar pacientes com TOC associado ou não a tiques, já que apresentaram frequências diferentes nesses subgrupos. Outra característica importante desses FS é o fato de que alguns pacientes relatam que os mesmos causam mais incômodo do que as próprias compulsões ou tiques. Outros estudos relataram também que esses FS podem auxiliar o paciente no tratamento (Cohen e cols., 1992; Leckman e cols., 1993; Shavitt, 2001).

Apesar do valor heurístico da investigação desses FS, os estudos têm utilizado conceitos diferentes dos FS de acordo com os diversos autores, além

do fato de que existe uma escassez de instrumentos de investigação capazes de avaliá-las adequadamente.

Desenvolver um instrumento capaz de investigar de forma adequada todos os tipos de FS é de extrema relevância tanto para a prática clínica quanto para desenvolvimento de pesquisas relativas aos Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (TEOC).

5.1 - Revisão da Literatura e Validade da USP-SPS

Iniciamos esse projeto com uma revisão da literatura na tentativa de organizar os diversos estudos já publicados na literatura sobre os diversos conceitos propostos para os FS. A partir dessa revisão foi possível reforçar a validade do termo FS como um conceito que engloba todas as definições propostas até o momento (Miguel e cols., 1995; 1997). Mais ainda, foi possível reforçar a proposta de subdividir os FS em sensações físicas e sensações mentais (Miguel e cols., 2000; Rosário-Campos e cols., 2001).

Na segunda parte do estudo, foram entrevistados 47 pacientes com TOC, com o objetivo de analisar as propriedades psicométricas iniciais da “Escala para avaliação da presença e gravidade de fenômenos sensoriais da Universidade de São Paulo” (USP-SPS).

É importante ressaltar que dentre os pacientes entrevistados, 31 (66%) relataram a presença de FS. Entre os pacientes com início precoce dos SOC (< 10 anos), essa taxa foi de 44,7% (N=21), comparada com uma taxa de 31,9% (N=15) de início tardio (> 17 anos) e 23,4% (N=11) de início intermediário (11 a 16 anos) nos demais pacientes. Essas taxas são semelhantes às encontradas em estudos anteriores, confirmando a hipótese de que os FS são mais freqüentes no TOC de início precoce (Miguel e cols., 1995; 1997; 2000; Rosário-Campos e cols., 2001).

Ao avaliarmos as características sócio-demográficas da amostra estudada, não houve diferenças significativas em relação ao gênero dos pacientes que relataram FS (masculino=34% e feminino=31,9%).

Foi encontrada uma preponderância de indivíduos solteiros/separados (66,2%) em relação aos casados/amasiados, corroborando com resultados de

estudos anteriores (Shavitt, 2002) que relataram que portadores de TOC têm maior dificuldade de estabelecer relações estáveis.

Como parte das análises das propriedades psicométricas, foram analisadas as validades de construto, conteúdo e concorrente. Esta última envolvendo a validade de convergência e discriminante.

Foi possível concluir que a USP-SPS tem uma boa validade de convergência com a entrevista clínica considerada como padrão-ouro. O nível de significância considerado nos testes estatísticos foi de 5% e foi constatada uma concordância significativa entre ambas as entrevistas ($p=0,5$).

É importante ressaltar que houve divergência entre a USP-SPS e o DY-BOCS e o Y-BOCS, o que reforça a hipótese de que, apesar de fazer parte das características psicopatológicas do TOC, os FS são distintos dos sintomas obsessivo-compulsivos descritos nessas duas escalas, constituindo-se, assim, como um construto independente. Da mesma forma, não é possível prever a gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos a partir dos escores da USP-SPS.

No estudo da regressão linear entre os escores de gravidade da USP-SPS e os escores de gravidade das escalas DY-BOCS, Y-BOCS, Y-GTSS, Beck-D e Beck-A foi constatada a convergência somente entre os Fenômenos Sensoriais e a Dimensão de Simetria/Ordem, Arranjo e Contagem no DY-BOCS. Esta última associação foi confirmada também a partir de análises utilizando-se estas variáveis de forma categórica ou contínua.

Esta associação entre Fenômenos Sensoriais e a Dimensão de Simetria/Ordem, Arranjo faz um sentido clínico. Ao lado dos FS, essa dimensão tem sido associada com o TOC de início precoce dos SOC e aquele associado a tiques.

Interessantemente, a associação do TOC com as escalas de ansiedade e de depressão, já devidamente descrita na literatura, não se correlacionou com os escores da USP-SPS, acrescentando mais uma evidência de que esta escala mede características particulares.

Apesar de não termos comparado estas escalas entre si, pela sua abrangência, é possível sugerir que a USP-SPS apresenta vantagens em relação às duas únicas outras escalas que avaliam FS, a PUTS e o NJRES-Q. Por exemplo, a PUTS foi desenvolvida para avaliar apenas os TT, em

crianças e adolescentes, mas não em adultos ou em portadores de TOC. O NJREs-Q foi desenvolvido para avaliar especificamente a “*percepção de não estar em ordem*” em sujeitos da comunidade e não necessariamente portadores de TOC e Tiques, e as compara com os aspectos dos SOC e do Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva (TPOC).

5.2 - Auto-Aplicação vs. Aplicação por um Entrevistador

Ao tentarmos responder se a USP-SPS é uma escala que tem condições de ser auto-aplicada, verificamos que, apesar dos pacientes terem sido capazes de reconhecer adequadamente a existência ou não dos FS, tiveram grande dificuldade em responder qual seria o tipo de FS. Os prováveis motivos seriam a falta de conhecimento e percepção espontânea dos pacientes sobre as características de seus FS; a complexidade dos conceitos, independente do nível social e grau de escolaridade; além de existirem termos que em português podem sugerir duplos significados.

Portanto, pode-se concluir que a USP-SPS não deve ser utilizada como um instrumento auto-aplicável e indica a necessidade de entrevistadores bastante treinados nos conceitos de FS e com experiência clínica.

5.3 - Questões Relativas à Subjetividade dos Fenômenos Sensoriais

Uma das limitações apresentada por Miguel e cols. (2000) na utilização de instrumentos como este se refere à dificuldade que os pacientes relatam para encontrar o termo exato para descrever as sensações que precedem e/ou acompanham seus comportamentos repetitivos.

Cabe aqui discutirmos um pouco cada um desses conceitos com o objetivo de uma maior compreensão dos resultados apresentados.

Por exemplo, as “sensações físicas” foram geralmente os FS que os pacientes compreenderam com mais facilidade, provavelmente por serem as definições menos subjetivas. Os pacientes conseguiram, com uma certa facilidade, apontar o *locus* de seu desconforto, quer fossem eles coceira, sensação de formigamento, queimação ou outros.

Em relação às percepções “*just-right*” (ou de “estar em ordem”), quer fossem elas associadas a estímulos sensoriais auditivos, táteis ou visuais, pode-se especular que corresponderiam a um binômio físico/mental, mas que o fator de orientação do paciente seria a interpretação mental dada ao estímulo físico. Apesar de não termos entrevistado sujeitos controle (sem TOC), outros autores já relataram a presença dessas percepções de “estar em ordem” também na população em geral (Coles e cols., 2003; 2005; Mancini e cols., 2007), o que reforça a idéia de um “*continuum*” fenomenológico para esses FS, com manifestações mais leves em alguns sujeitos sem nenhum TEOC. A presença dessas percepções na população em geral também levanta a hipótese de que deve haver outros fatores que permeiam sua apresentação. Por exemplo, o comportamento de arrumar alguma coisa até estar “visualmente em ordem” poderia ser orientada pelo olhar estético/cultural e o mesmo não causar incômodo nem prejuízo ao sujeito.

Concernente ao FS “Incompletude”, devemos levar em consideração a hipótese de haver dois tipos de “Incompletude”. Um que envolveria aspectos psicodinâmicos da “falta essencial” que todo ser humano apresentaria. Essa sensação poderia ser definida como uma sensação cuja amplitude seria inerente à condição humana, independente das circunstâncias e, seria, portanto, atemporal. A expressão deste sentimento seria percebida como uma sensação cruciante de insatisfação ou angústia. Com perfil egosintônico, uma das maneiras que o indivíduo teria para lidar com essa percepção seria, na maioria das vezes, a busca incessante pelo “se sentir-se completo”, “em paz”. Esses indivíduos poderiam apresentar traços tanto perfeccionistas quanto traços de personalidade obsessivo-compulsiva, depressivas ou melancólicas.

A outra compreensão para a percepção de “Incompletude” estaria associada a uma situação circunstancial, ansiogênica, egodistônica onde o indivíduo busca a extinção da ansiedade antecipatória causada pela situação em si. Esta não envolveria uma reflexão existencial, mas sim a realização ou conclusão de uma ação percebida como imperfeita que, por sua vez, geraria a sensação de incompletude e, assim, os comportamentos se repetiriam quantas vezes fossem necessárias para se obter esta satisfação, mesmo que temporária, o que implicaria em desgaste, estresse, prejuízo e/ou interferência significativa no desempenho cotidiano do indivíduo. É preciso ressaltar que

esses dois tipos de “Incompletude” citados acima podem não ser mutuamente exclusivos.

Alguns autores definem essas sensações de “incompletude”, ou de que estaria faltando algo em si próprios como “experiências de não estar em ordem”, ou “*not just-right experiences*” (Coles e cols., 2003; 2005). Recentemente, Mancini e cols. (2007) hipotetizaram que essas “*not just-right experiences*” poderiam ser influenciadas por “sentimentos de culpa”. Todavia, é importante lembrar que o “sentimento de culpa”, na civilização ocidental e judaico-cristã, está claramente relacionado às questões de moralidade e escrupulosidade e é percebido pela população em geral, em maior ou menor grau, de acordo com aspectos da personalidade de cada indivíduo. Assim é que, se um sujeito tem uma personalidade com características de “neuroticismo”, a probabilidade de haver uma significação distorcida de um determinado evento e, conseqüentemente, desenvolver “sentimentos de culpa” estaria potencialmente aumentado. Acreditamos que essas “experiências de não estar em ordem” (*not just-right experiences*) poderiam corresponder a fenômenos mentais diferentes dos FS, mais próximos das descrições de Janet de psicastenia ou de características do transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva. Outra hipótese seria que essas “experiências de não estar em ordem” (*not just-right experiences*) eliciadas por “sentimentos de culpa”, poderiam ser consideradas como uma fase intermediária entre o pensamento e o comportamento, mas o eliciador, de fato, seria o pensamento e não a sensação. Tal afirmação é sustentada a partir do Modelo Cognitivo (Salkovskis, 1999; 2005) o qual postula que não são os pensamentos intrusivos *per se* que causam o desconforto ou as ações compulsivas, mas sim o significado que o indivíduo atribui a eles.

Em outro estudo, Wahl e cols. (2007) afirmaram que os FS poderiam funcionar não como eliciadores de um comportamento, mas como um “alerta” com o objetivo de parar os comportamentos. Os autores postularam que a repetição de comportamentos não estaria embasada no déficit de memória, mas sim conseqüência de três fatores interligados: o baixo nível de confiança na memória; uma dificuldade em tomar decisões; e à incerteza de que o comportamento realizado foi desempenhado a contento ou não (Wahl e cols., 2007).

Outro tipo de FS que freqüentemente gera dúvidas no paciente é o termo “ter que”, em inglês, o termo utilizado é “*urge*”, que poderia ser traduzido como “urgência”, mas é uma expressão pouco utilizada no português coloquial para caracterizar a premência que antecede um comportamento específico. Até o momento, o melhor termo coloquial é o “ter que”. Todavia, este termo “ter que” é largamente empregado pela população geral com o propósito de “explicar” uma ação cuja justificativa, ou não é conhecida ou é sigilosa. Por exemplo, um paciente relatou: “*Eu “tenho que” arrumar as coisas até elas parecerem visualmente em ordem*”. Neste exemplo podemos observar que o indivíduo usa o termo “ter que” para explicar o FS “estar visualmente em ordem” que é, de fato, o desencadeador do comportamento repetitivo em questão. Para um estudo futuro seria importante investigar se outro termo em português, tal como “Necessidade”, represente o mesmo conteúdo de forma mais clara.

Apesar das limitações associadas com a subjetividade das definições de FS e as limitações do próprio português, podemos afirmar que a USP-SPS contemplou todas as definições existentes na literatura sobre FS e que estes conceitos são reais e válidos na prática clínica, ou seja, têm boa validade de construto e de conteúdo.

5.4 - Limitações

Apesar dos resultados promissores, esse estudo apresentou algumas limitações importantes. Entre elas podemos citar:

1) O número de pacientes foi bastante reduzido (N=47) e os pacientes foram recrutados em um só centro, FMUSP-IPq, ambulatório do Projeto de Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo - PROTOC (com exceção de três pacientes, descritos na metodologia).

2) As avaliações foram conduzidas apenas em pacientes com TOC, não havendo um grupo específico com diagnóstico de TT ou um grupo controle.

3) Por não haver ainda uma escala padrão-ouro referente aos FS, a entrevistadora da Entrevista Clínica (HSP) foi o padrão-ouro, e é ao mesmo tempo co-autora da escala o que pode sugerir algum comprometimento na aplicação da Entrevista Clínica.

No entanto, apesar de terem sido analisadas apenas algumas das suas propriedades psicométricas, os resultados promissores podem incentivar outros grupos interessados na investigação de FS a utilizar a USP-SPS para o desenvolvimento ou replicação de estudos que venham somar um conhecimento maior sobre as características da USP-SPS.

Apesar das limitações, este estudo revelou que os FS são um conceito válido e abrangente para caracterizar as experiências subjetivas que precedem e/ou acompanham os comportamentos repetitivos. Podemos afirmar também que a USP-SPS é um instrumento válido para avaliar a presença e gravidade dos FS.

5.5 - Perspectivas Futuras

A melhor compreensão dos FS pode trazer conseqüências positivas e importantes para o atendimento de pacientes com TOC e TT, podendo vir a ter um papel relevante na predição da resposta ao tratamento seja ele medicamentoso e/ou psicoterapêutico.

Muito há que se fazer para que a USP-SPS possa assumir o status de um instrumento válido e confiável. Por exemplo, na versão em português pretende-se rever alguns conceitos tais como “Incompletude” e o “Ter Que”, com o objetivo de evitar ambigüidades que acabam por dificultar a auto-aplicação. Pretende-se também realizar os estudos de confiabilidade, tais como teste/reteste, além de investigar a validade preditiva da escala.

A comprovação de que os FS podem ser características importantes na identificação de subgrupos de pacientes com TOC trará resultados adicionais no processo de validação da escala.

Por exemplo, a USP-SPS está sendo utilizada em estudos genético-epidemiológicos para verificar se os FS se agregam em famílias. Pretende-se analisar a interação entre o fenótipo e o genótipo a partir de estudos genético-moleculares, o que corresponderá a grande ajuda na identificação de genes ligados a expressão deste fenótipo. Também estão em andamento estudos clínicos que vão poder responder à pergunta se os FS poderiam ser utilizados como fatores preditivos de resposta ao tratamento de pacientes com TOC ou se poderiam ser desenvolvidas abordagens específicas para o alívio deste tipo

de expressão psicopatológica. Estudos neurobiológicos também estão sendo realizados para verificar a possibilidade de existência de substratos neurobiológicos específicos subjacentes a expressão destes sintomas.

Concluindo, apesar das limitações, acreditamos que a USP-SPS é um instrumento original e que tem em seu bojo grande potencial para contribuir na compreensão de novos paradigmas em estudos futuros na área dos TEOC.

CONCLUSIONS

6 - CONCLUSÕES

A investigação dos Fenômenos Sensoriais é relevante para o aprofundamento do conhecimento psicopatológico (expressão fenotípica) do TOC e ST.

A partir da revisão da literatura verificou-se ser possível agrupar os diferentes conceitos envolvendo experiências subjetivas relacionados sob a denominação de FS.

Os dados preliminares para a validação da “Escala para avaliação de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo (USP-SPS)” indicaram que a mesma é um instrumento válido para a avaliação da presença e gravidade dos FS.

A N E X O S

ANEXO 1

**ENTREVISTA PARA COMPORTAMENTOS REPETITIVOS
USP-HARVARD:**

NOME:

DATA:

Nós agora vamos tratar de uma relação de comportamentos, pensamentos, ou sensações que você possivelmente já tenha experimentado. Estes podem ser tiques, que podem ser genericamente descritos como movimentos, sons ou comportamentos involuntários ou semi-voluntários. Outros tipos de sintoma são as obsessões, que podem ser descritas como pensamentos repetitivos ou intrusivos, geralmente desagradáveis, os quais se podem tentar suprimir ou ignorar. Estes freqüentemente são acompanhados de rituais, os quais podem ser descritos como comportamentos repetitivos que são executados de maneira semelhante e interminável; por exemplo, sempre realizar uma série de comportamentos na mesma seqüência.

Vamos agora rememorar os tiques / movimentos / ruídos / compulsões / rituais, que você nos descreveu anteriormente. Eu gostaria de saber se você já experimentou algum desses sintomas (na última semana). Se você não estiver executando atualmente o/s comportamento/s (ou seja, durante a última semana), favor indicar há quanto tempo e com que idade você se lembra de ter executado esse/s comportamento/s pela última vez. Também indicar com que idade você executou o/s comportamento/s pela primeira vez.

Resumo dos sintomas:

Favor descrever seus comportamentos repetitivos (movimentos coréicos/ tiques/ barulhos/ compulsões/ rituais/ comportamento) incluindo idade de início de cada um destes, colocando em ordem de severidade, baseando-se no sofrimento que estes causam ao paciente, freqüência e interferência socio-funcional. Inclua o sintoma mais severo associado ao Distúrbio Dismórfico do Corpo ou Tricotilomania, se presentes.

Comportamentos RepetitivosIdade de InícioSeveridade (0-4)

0. nenhuma

- 1. leve
- 2. moderada
- 3. grave
- 4. extrema

1* _____	_____	_____
2 _____	_____	_____
3 _____	_____	_____
4 _____	_____	_____
5**tique motor _____	_____	_____
6. (tique vocal) _____	_____	_____

*1= comportamento mais severo

** só para pacientes com Síndrome de Tourette: 5 = tique não intencional mais severo

Para as questões seguintes, considere todos os comportamentos repetitivos (tiques/ movimentos coréicos/ barulhos/compulsões/ rituais) que tenha experienciado.

DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Favor responder para cada um dos comportamentos repetitivos.

AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A INTENCIONALIDADE DE SEUS COMPORTAMENTOS REPETITIVOS.

1) O quanto você sente que seus comportamentos repetitivos são realizados intencionalmente?

(isto é: você determina mentalmente a necessidade de realizar determinado comportamento; ou você tem algum tipo de pensamento que vem antes de ter que realizar seu comportamento repetitivo)

Codifique um número da lista abaixo para cada comportamento:

0= completamente não intencional

1= mais não intencional do que intencional

2= igualmente intencional e não intencional

3= mais intencional do que não intencional

4= completamente intencional

Comportamento	Número
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	

SE RESPONDER 4 NA QUESTÃO 1, PULE PARA A QUESTÃO 2.

1.1) Com que frequência são realizados intencionalmente?

(isto é: os mesmos são precedidos por um pensamento ou idéia ou uma sensação ou ansiedade autonômica)

Frequência	Severidade
0) nunca	0) não tem mais
1) raramente	1) leve
2) às vezes	2) moderado
3) a maior parte das vezes	3) severo
4) sempre	4) extremo

Comportamento	Número
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	

2) Estes comportamentos repetitivos têm alguma função? Em outras palavras, eles têm um propósito?

SIM NÃO **SE NÃO, VÁ PARA A PRÓXIMA PÁGINA.**

2.1) Se sim, qual o propósito destes comportamentos?

Comportamento	Número
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	

2.2) Se sim, com que frequência?

Frequência	Severidade
0) nunca	0) não tem mais
1) raramente	1) leve
2) às vezes	2) moderado
3) a maior parte das vezes	3) severo
4) sempre	4) extremo

Comportamento	Número
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	

AGORA, VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE EXPERIÊNCIAS QUE VOCÊ PODE TER TIDO ANTES DE COMEÇAR A TER COMPORTAMENTOS REPETITIVOS.

3) Você já teve alguma sensação corporal que vem antes de você iniciar os comportamentos repetitivos? Sim Não.

Se não, você realiza algum comportamento repetitivo para obter alguma sensação corporal? SIM NÃO SE NÃO, SALTE PARA A QUESTÃO 4 NA PÁGINA ?

3.1) SE SIM, favor descrever o que sente em cada comportamento, baseando-se na lista abaixo (considere a última semana) 0= nunca

1. Sensação em alguma parte ou área do corpo (sensação específica anormal; sensação “estranha” em alguma parte do corpo; coceira; formigamento ou paralisia de determinada parte do corpo).

2. Sensação em todo corpo (formigamento ou sensação de queimação em todo corpo ou pele, energia física que precisa ser descarregada).

3. AMBOS (às vezes sensação em todo corpo e às vezes em partes do corpo).

Comportamento	Número
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	

3.2) Que tipo de sensação ocorre?

1=visão;

2=sensação na pele;

3= sensação nos ossos/músculos ou dentro do corpo;

4=audição;

5=olfato;

6=outros

Comportamento	Tipo de sensação
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	

3.4) Com que frequência estas sensações vêm antes dos comportamentos repetitivos?

Frequência	Severidade
0) nunca	0) não tem mais
1) raramente	1) leve
2) às vezes	2) moderado
3) a maior parte das vezes	3) severo
4) sempre	4) extremo

Comportamento	Número
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	

3.5) Quando os comportamentos repetitivos ocorreram pela primeira vez, as sensações começaram antes, depois ou ao mesmo tempo?

- 0= não havia sensação alguma
- 1= sensações começaram antes dos comportamentos
- 2= sensações e comportamentos repetitivos começaram ao mesmo tempo
- 3= sensações começaram menos do que um ano depois do início dos comportamentos repetitivos
- 4= sensações começaram mais do que um ano depois do início dos comportamentos repetitivos

Comportamento	Número
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	

4.0) Você tem algum pensamento, idéias, imagens ou obsessões que ocorrem antes dos comportamentos repetitivos? SIM NÃO (considere a última semana).

SE NÃO, VÁ PARA A QUESTÃO 5.

4.1) Se sim, descreva os pensamentos, idéias e obsessões.

4.2) Se sim, estes pensamentos ocorrem antes dos comportamentos repetitivos? Com que freqüência?

Freqüência	Severidade
0) nunca	0) não tem mais
1) raramente	1) leve
2) às vezes	2) moderado
3) a maior parte das vezes	3) severo
4) sempre	4) extremo

Comportamento	Número
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	

5.0) Você sente aflição (desconforto) no corpo (algum tipo de pressão para fazer o movimento) antes dos comportamentos repetitivos? Você já teve algum dos sintomas abaixo, antes de realizar os comportamentos repetitivos? SIM NÃO

5.0.1) Se sim no item 5.0, quais sintomas você tem ou pode ter tido? (circule)

1. Boca seca
2. Sudorese
3. Rubor ou calafrios
4. Ficar pálido
5. Tontura
6. Arrancar os cabelos
7. Palpitação ou coração bateu mais rápido
8. Dificuldade de respirar
9. Tremor ou hábito de sacudir parte do corpo
10. Sufocamento
11. Náusea ou mal estar abdominal
12. Sensação de paralisia ou formigamento de parte(s) do corpo
13. Urina com freqüência (vai sempre ao banheiro)
14. Problemas para engolir ou sentir um “caroço na garganta”
15. Outros: _____

Comportamentos	Número de sintomas	Pior sintoma (recorrentes)	Frequência	Severidade
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Frequência	Severidade
0) nunca	0) não tem mais
1) raramente	1) leve
2) às vezes	2) moderado
3) a maior parte das vezes	3) severo
4) sempre	4) extremo

SE SIM NA QUESTÃO 5.0, PULE PARA A QUESTÃO 6.0

5.1) Se *não* no item 5.1, seu corpo apresenta sensações de aflição quando você é impedido de realizar seus comportamentos repetitivos? SIM NÃO

5.1.1) Se você respondeu sim em 5.1, quais sintomas que você apresenta?

(Circule)

1. Boca seca
2. Sudorese
3. Rubor ou calafrios
4. Ficar pálido
5. Tontura
6. Arrancar os cabelos
7. Palpitação ou coração bateu mais rápido
8. Dificuldade de respirar
9. Tremor ou hábito de sacudir parte do corpo
10. Sufocamento
11. Náusea ou mal estar abdominal
12. Sensação de paralisia ou formigamento de parte(s) do corpo
13. Urina com frequência (vai sempre ao banheiro)
14. Problemas para engolir ou sentir um “caroço na garganta”
15. Outros: _____

Número de sintomas = _____

Piores sintomas (atuais) = _____

Comportamento	Pior sintoma
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	

5.2) Se SIM nos itens 5.0 ou 5.1, qual freqüência?

- 0) nunca
- 1) raramente
- 2) às vezes
- 3) a maior parte das vezes
- 4) sempre

Comportamento	Número
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	

5.3) Se SIM nos itens 5.0 ou 5.1., qual a severidade?

- 0) não tem mais
- 1) leve
- 2) moderado
- 3) severo
- 4) extremo

Comportamento	Número
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	

6.0) Você sente **medos ou preocupações** ANTES de iniciar os comportamentos repetitivos? SIM NÃO

6.1) Se *não*, você sente (ou sentiria) medo ou preocupação caso fosse impedido de realizar seus comportamentos repetitivos? SIM NÃO

Se você respondeu *sim* nos itens 6.0 ou 6.1, favor descrever.

Por exemplo, lembre seus comportamentos repetitivos:

6.2 Antes de você realizar seu comportamento repetitivo, você sente ou se preocupa que algo de MAL irá acontecer se você não fizer corretamente ou a coisa certa? SIM NÃO **Se não, PULE para questão 6.3**

Se SIM, por favor, descreva:

1. medo ou preocupação; 2. medo de perder o controle; 3. medo de fazer algo terrível; 4. medo de críticas; 5. medo de parecer feio; 6. sentimento de pavor e terror; 7. sentimento de morte (circule a resposta relevante)

Comportamento	Tipo	Frequência	Gravidade (intensidade)
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
6)			
7)			

Frequência	Severidade
0) nunca	0) não tem mais
1) raramente	1) leve
2) às vezes	2) moderado
3) a maior parte das vezes	3) severo
4) sempre	4) extremo

6.3) Você tem sensações ou sentimentos desconfortáveis (além do medo) que ocorrem antes de você realizar os movimentos repetitivos ?

SIM NÃO **Se não, PULE para questão 7**

(relembre: se o desconforto geral for medo, não responda esta questão, e sim a (6.2)

Se SIM, por favor descreva:

1. sentimento vago ou generalizado como “desejo”, “desconforto”, “frustração”, tensão crescente, pressão (circule); 2. sentimento geral de não “estar legal” que leva você a realizar os movimentos repetitivos até “sentir-se legal”; 3. “sentimento de imperfeição, insuficiência ou incompletude”; 4. “energia mental que precisa ser descarregada” (circule).

Comportamento	Tipo	Freqüência	Gravidade (intensidade)
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
6)			
7)			

Freqüência

- 0) nunca
- 1) raramente
- 2) às vezes
- 3) a maior parte das vezes
- 4) sempre

Severidade

- 0) não tem mais
- 1) leve
- 2) moderado
- 3) severo
- 4) extremo

AGORA, PERGUNTAREI ALGUMAS QUESTÕES SOBRE EXPERIÊNCIAS QUE VOCÊ PODE TER TIDO APÓS A REALIZAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS REPETITIVOS.

7. Você sente mais **ansiedade** (mental ou física; circule) depois de realizar seus tiques / movimentos / barulhos / compulsões / rituais?

SIM NÃO (Relembre a última semana) **Se não pule para a questão 8**

7.1) Se SIM, qual a freqüência?

- 0) nunca
- 1) raramente
- 2) às vezes
- 3) a maior parte das vezes
- 4) sempre

7.2) Se SIM, qual a intensidade (quanto)?

- 0) nenhuma
- 1) leve
- 2) moderada
- 3) grave
- 4) extrema

7.3) Se SIM, é relacionado com sentimento de vergonha ou timidez? (Relembre a última semana)

- 0) nunca
- 1) raramente
- 2) às vezes
- 3) a maior parte das vezes
- 4) sempre

Comportamento	Tipo	Frequência	Gravidade (intensidade)
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
6)			
7)			

8) Você sente um alívio (contente por ter acabado) durante ou logo após a realização dos movimentos repetitivos?

SIM NÃO

Se SIM, por favor, descreva

8.1) Se SIM, qual a frequência?

- 0) nunca
- 1) raramente
- 2) às vezes
- 3) a maior parte das vezes
- 4) sempre

Comportamento	Número
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	

9) Você sente prazer ou sentimentos bons durante ou após ter realizado movimentos repetitivos? SIM NÃO

Se SIM, por favor, descreva.

9.1) Se SIM, qual a frequência?

- 0) nunca
- 1) raramente
- 2) às vezes
- 3) a maior parte das vezes
- 4) sempre

Comportamento	Número
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	

10. Quando sozinho quanto esforço você faz para resistir, ignorar ou suprimir seus comportamentos repetitivos? Não considere situações sociais (Y-Bocs). Relembra a última semana.

- 0) se entrega prontamente a todos os sintomas
- 1) se entrega à maioria dos sintomas sem tentar controlá-los, mas o faz com alguma relutância
- 2) faz algum esforço para resistir
- 3) tenta resistir a maioria das vezes
- 4) sempre faz esforço para resistir

11) Você é capaz de controlar ou parar os movimentos repetitivos?
SIM NÃO (Relembra a última semana)

11.1) Se SIM, qual a frequência?

- 0) nunca
- 1) raramente
- 2) às vezes
- 3) a maior parte das vezes
- 4) sempre

Comportamento	Número
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	

11.2) Se SIM, qual a dificuldade para isto?

- 0) sem dificuldade
- 1) dificuldade leve
- 2) dificuldade moderada
- 3) grave dificuldade
- 4) extrema dificuldade

Comportamento	Número
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	

14) Você sente que é tão sensível a determinadas coisas que elas te aborrecem (sensações de pele, vestimentas, sons, cheiros)? (você acredita que se preocupa mais que os outros?).

SIM NÃO

Se SIM, quais?

Sensações táteis (vestido muito duro, esticado, etc.)	Sim	Não
Sons	Sim	Não
Cheiros	Sim	Não
Visual (coisas vistas erradas, etc.)	Sim	Não
Gosto	Sim	Não
Outros	Sim	Não

- 0) nenhuma
- 1) leve
- 2) moderada
- 3) grave
- 4) extrema

15) Existe alguma coisa ou desencadeante que causa (leva) você a fazer movimentos repetitivos?

SIM NÃO

Se não, pule para a questão 16

15.1) Se Sim, por favor, descreva (ansiedade, concentração, relaxamento, medicação, álcool, ficar excitado, ficar cansado):

15.2) Se SIM, com que frequência desencadeiam seus comportamentos?

- 0) nunca
- 1) raramente
- 2) às vezes
- 3) a maior parte das vezes
- 4) sempre

Comportamento	Número
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	

16) Como você sabe quando pode parar de fazer movimentos repetitivos?

- 1. quando os pensamentos, idéias ou imagens desaparecem;
- 2. quando o desconforto geral de sentimentos/sensações, ou desejo desaparece;
- 3. quando os desconfortos específicos de sentimento ou sensações desaparecem;
- 4. quando você fica realmente exausto ou cansado;
- 5. quando você se “sente legal”;
- 6. outros

Comportamento	Número
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	

17) Existe algo a mais em seu movimento repetitivo que você acha importante falar?

Entrevista Suplementar para TOC e distúrbios relacionados:

Questões acessórias para TT e TOC

1) Como iniciam suas sensações / tiques / movimentos / barulhos / compulsões / rituais / obsessões?

Qual dos seus sintomas começa primeiro? Por favor, descreva em ordem cronológica seus sentimentos / tiques / movimentos / barulhos / compulsões / rituais / obsessões? (inclua a idade)

0

5 anos

10 anos

15 anos

17 anos

Protocolo USP-SPS

Helena da Silva Prado

PACIENTE: _____

RG PROJETO Nº _____

PROJETO: “Validação Preliminar da Escala para Avaliação de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo (USP-SPS) no Transtorno Obsessivo-Compulsivo”.

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: _____

DATA DO 1º ATENDIMENTO: ____ / ____ / ____

DATA DO 2º ATENDIMENTO: ____ / ____ / ____

CHECK LIST

Para o **entrevistador** somente.

Verificar se o paciente completou corretamente as seguintes sessões:

Caso não tenha preenchido, completar junto com o paciente.

Parte Paciente

SIM

Identificação / Termo de Consentimento

Dados Demográficos

Histórico Escolar

Histórico Profissional

Classificação Sócio-econômica

Entrevista Clínica

Dy-bocs

Y-Bocs

USP-SPS

Inventário Beck de Depressão

Inventário Beck de Ansiedade

**Hospital das Clínicas Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo**

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO
(OBRIGATÓRIO PARA PESQUISAS CIENTÍFICAS EM SERES HUMANOS -
RESOLUÇÃO N^o 01 DE 13/6/1988 - CNS)

Dados de identificação do paciente ou responsável legal

- 1) Nome do paciente: _____
 Documento de identidade n^o: _____ Sexo: F M
 Data Nasc: ___/___/___
 Endereço: _____ n^o: ___ Apto: ___
 Bairro: _____ Cidade: _____
 CEP: _____ Tel.:DDD(____) _____
 E-mail: _____
- 2) Responsável legal: _____
 Natureza (grau de parentesco, tutor, curador): _____
 Documento de identidade n^o: _____ Sexo: F M
 Data Nasc: ___/___/___
 Endereço: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____
 CEP: _____ Tel.:DDD(____) _____
 E-mail: _____

Dados sobre a pesquisa científica

- 1) **Título do protocolo de pesquisa:** Escala para avaliação da presença e gravidade de fenômenos sensoriais da Universidade de São Paulo (USP-SPS)
- 2) **Pesquisadora:** Psic. Helena da Silva Prado
- 3) **Cargo/Função:** psicóloga, mestranda
 Inscrição Conselho Regional de Psicologia – CRP 08/0895-2
 Unidade do HCFMUSP: Departamento de Psiquiatria
- 4) **Avaliação do risco da Pesquisa:** X sem risco risco mínimo
 risco médio risco maior

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

Proposta da Pesquisa

A proposta deste trabalho é compreender os diferentes aspectos envolvidos nos Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (TEOC) (questões clínicas fenomenológicas, laboratoriais e terapêuticas).

Eu estou sendo convidado a participar do projeto por apresentar manifestações que estão envolvidas com os TEOC.

Procedimentos

Caso eu aceite participar deste estudo, terei que responder a uma série de entrevistas semi-estruturadas e escalas de avaliação psiquiátricas que podem durar de 4 a 6 horas para seu total preenchimento. Quando necessário poderá ser colhido material sangüíneo ou de outra espécie, desde que não estejam envolvidos riscos para a minha saúde. O material poderá ser congelado para eventuais análises em projetos futuros. Caso a utilização desse material seja enquadrada em algum projeto que necessite de aprovação específica, estou ciente de que poderei ser novamente contatado para dar meu novo consentimento.

Riscos e Inconveniências

As tarefas a serem realizadas para a conclusão deste projeto não possuem riscos para o paciente. O único inconveniente é o tempo de duração da entrevista, por vezes demorada. Quando necessária a coleta de algum material, o sofrimento estará relacionado ao procedimento, sendo que serei devidamente informado.

Benefícios

O potencial benefício para a sociedade é que este estudo pode incrementar o conhecimento sobre estes transtornos e os sintomas psiquiátricos a eles associados. Também estarei recebendo uma detalhada avaliação psiquiátrica que poderá ser útil na clarificação de meu diagnóstico.

Alternativas para participação

Eu entendo que minha participação é voluntária. Eu posso receber atendimento neste mesmo hospital ou na rede de saúde da comunidade, caso eu decida não participar. Caso eu tenha interesse em receber uma avaliação psiquiátrica, ainda que não tenha sido escolhido para participar do estudo, eu posso procurar esta avaliação no próprio serviço de Psiquiatria.

A seguir, as considerações usuais envolvidas com estudos de pesquisa envolvendo seres humanos, que devem constar de todos os consentimentos:

Uso de material

Eu entendo que células, tecidos, sangue e outros espécimes de material, colhidos de mim, durante o curso da pesquisa, podem ser utilizados para avaliações científicas, pesquisa e ensino, ou mesmo para o desenvolvimento de novos produtos, os quais podem ser distribuídos comercialmente. Eu autorizo o PROTOC e os profissionais envolvidos com seu trabalho de pesquisa a utilizar minhas células, tecidos, sangue ou outros espécimes para estes propósitos.

Sigilo e privacidade

Eu entendo que as informações produzidas nesta tarefa serão mantidas em lugar seguro, codificadas e a identificação só poderá ser realizada pelo pessoal envolvido diretamente com o projeto.

Caso o material venha a ser utilizado para publicação científica ou atividades didáticas, não serão utilizados nomes que possam vir a me identificar. Vídeos, fotos e outros materiais audiovisuais serão utilizados para fins didáticos ou científicos, e só serão utilizados após minha permissão por escrito, sendo que poderei apreciar este material antes de assinar o consentimento.

Estudos com drogas ainda não liberadas pelos órgãos oficiais constarão de outro consentimento, porém admito participar de estudos clínicos com drogas já liberadas.

Demais informações

Eu entendo que poderei obter mais informações com a Psicóloga Helena da Silva Prado, pelo telefone 3069-7896, que está apto a solucionar minhas dúvidas. Aceito que serei informado de qualquer conhecimento significativo descoberto durante este projeto o qual poderá influenciar a minha participação na sua continuidade.

Eu compreendo que poderei solicitar meu desligamento do presente projeto a qualquer momento.

São Paulo, _____ de _____ de 200__ .

Paciente

Pesquisador que obteve o consentimento

Projeto Espectro Obsessivo-Compulsivo

Investigadores: Euripedes C. Miguel, Marcos T. Mercadante, Maria Conceição do Rosário-Campos, Roseli G. Shavitt, Ana Gabriela Hounie, Antônio Carlos Lopes, Juliana B. Diniz, Priscila Chacon; Maria Alice de Mathis; Maria Eugênia de Mathis, Sonia Borcato, Helena da Silva Prado.

1. DADOS DEMOGRÁFICOS

Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____ Sexo: M F
 Estado Civil: _____ Adotado? Sim Não
 Números de Filhos: _____ Não Tem Filhos

Naturalidade (Cidade e Estado): _____

Procedência (onde mora): _____

Religião: Católico Espírita
 Protestante Ateu
 Evangélico Sem religião
 Outra, qual: _____

Ocupação Atual: Trabalhando Desempregado
 Aposentado/ afastado Do lar
 Estudante Outro, qual: _____

Etnia: Branca Negra Amarela Parda/mulata Outros: _____

Se você for casado(a), você é parente do seu cônjuge? Sim Não

Seus pais são parentes? Sim Não

Você é gêmeo? Sim Não

Como você ficou sabendo desta pesquisa? _____

Quem/qual serviço **encaminhou** você para esta pesquisa? _____

2. HISTÓRICO ESCOLAR

Qual o seu grau de escolaridade?

() Analfabeto () Primeiro Grau Incompleto () Primeiro Grau Completo

() Segundo Grau Incompleto () Segundo Grau Completo () Terceiro Grau Incompleto

() Terceiro Grau Completo () Pós-Graduação: área / grau obtido: _____

Você já repetiu algum ano? Sim Não

Se sim, qual (quais) o(s) ano(s)? _____

E por quais razões? _____

Total do número de anos que já estudou: _____

3. HISTÓRICO PROFISSIONAL

Qual sua Profissão? _____

Ocupação Atual: Nunca trabalhei Trabalhando
 Desempregado Aposentado/ afastado
 Do lar Estudante
 Outro, qual: _____

Quantos empregos já teve? _____ Quanto tempo foi o de maior duração? _____

Sua ocupação é compatível com sua profissão? Sim Não

Se não, por que isso ocorre? _____

Se você está trabalhando, há quanto tempo está empregado? _____

Se você está desempregado, porque motivo você acha que não consegue emprego?

4. CLASSIFICAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

Para a classificação sócio-econômica dos entrevistados, estamos utilizando o critério: ABIPEME. Este critério é baseado na soma de pontos, conforme segue.

Por favor, circule o grau de instrução do chefe da família, ou seja, da pessoa que traz renda para a família do paciente.

a) Instrução do chefe da família	ABIPEME
Analfabeto	0
Primário incompleto	
Primário completo	5
Ginásial incompleto	
Ginásial completo	10
Colegial incompleto	
Colegial completo	15
Superior incompleto	
Superior completo	21

Itens de conforto familiar - critério ABIPEME

Os pontos estão no corpo da tabela abaixo:

Itens de posse	Não tem	Quantidade possuída					
		1	2	3	4	5	6 e+
Automóvel		4	9	13	18	22	26
Televisor em cores		4	7	11	14	18	22
Banheiro		2	5	7	10	12	15
Empregada mensalista		5	11	16	21	26	32
Rádio (excluindo o do carro)		2	3	5	6	8	9
Máquina de lavar roupa		8	8	8	8	8	8
Vídeo cassete		10	10	10	10	10	10
Aspirador de pó		6	6	6	6	6	6
Geladeira comum ou com freezer		7	7	7	7	7	7

Os limites de classificação ficaram assim definidos:

Classes	critério ABIPEME
A -	89 e +
B -	59/88
C -	35/58
D -	20/34
E -	0/19

Entrevista Clínica

Fale-me um pouco sobre o seu TOC. Como começou, quando você sentiu que estavam te causando problemas; o que veio primeiro: as obsessões ou as compulsões, ou se vieram juntas. Você tem algum comportamento que não seja precedido por obsessões, medo, preocupações, idéias ou imagens?

Se você tem tanto obsessões quanto fenômenos sensoriais, você consegue distinguir quando a compulsão é resultado de um ou de outro?

Escala Dimensional de Avaliação da Gravidade de Sintomas Obsessivo-Compulsivos (DY-BOCS)

1. Questionário Auto-Aplicável sobre Sintomas Obsessivo-Compulsivos de acordo com dimensões;

2. Avaliação Clínica da Gravidade Atual dos Sintomas Obsessivo-Compulsivos de acordo com dimensões;

- Obsessões Sobre Agressão, Violência, Desastres Naturais e Compulsões Relacionadas
- Obsessões Sexuais e Religiosas e Compulsões relacionadas
- Obsessões e Compulsões de Simetria, Ordem, Contagem e Arranjo
- Obsessões de Contaminação e Compulsões de Limpeza
- Obsessões e Compulsões de Colecionismo
- Obsessões e Compulsões Diversas

3. Avaliação Clínica da Gravidade Global Atual dos Sintomas Obsessivo-Compulsivos

Janeiro 2004

Este questionário foi baseado em parte em itens da Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Goodman et al., 1989; Rosenfeld et al., 1993), em resultados das análises fatoriais anteriores (Leckman et al., 1997; Mataix-Cols et al., 1999; Summerfeldt et al., 1999) e no Trabalho de campo do DSM-IV para TOC (Foa et al, 1995).

Versão 11.1

Pesquisadores que queiram utilizar esse questionário, favor entrar em contato com o Projeto Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (PROTOC): Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, s/n, Instituto de Psiquiatria, sala 4025, 3 andar, HCFMUSP.

Cerqueira César – São Paulo, SP. Fone: 11 30696972

Caro Paciente e/ou Familiar,

Por favor, leia esta introdução com atenção.

Neste questionário você fornecerá respostas sobre você mesmo ou sobre algum membro de sua família. As questões referem-se a sintomas obsessivo-compulsivos. Se você tem dúvidas sobre como responder algo ou não está 100% certo de uma resposta, nós recomendamos que você dê sua “melhor resposta” e então faça anotações sobre por quê você tem dúvidas, ou por quê você respondeu a questão da maneira como respondeu (faça anotações em qualquer lugar: nas margens, no verso das páginas ou em uma página anexa). Não se preocupe com respostas certas ou erradas. **Isto não é um teste.**

Se alguma resposta for “nunca” ou não, por favor, marque-a como tal, não a deixe em branco. Se você deixar em branco nós não saberemos se você queria dizer “nunca/não”, ou se você pulou a questão. Para complementar a verificação de categorias em nossas listas de sintomas, por favor, circule ou sublinhe palavras específicas nos exemplos que descrevem seus comportamentos. Circulando ou sublinhando palavras em nossos exemplos, você estará nos fornecendo uma valiosa informação sobre o que você ou seu familiar tem experienciado.

Conforme você for avançando, verá que cada sessão possui um título, e que há orientações no início de cada uma delas. No início de cada sessão, por favor, dê-se um tempo para refrescar a memória. Nós incluímos algumas definições para ajudar-lhe em suas respostas.

Este instrumento deve ser completado por um indivíduo com sintomas obsessivo-compulsivos ou por alguém que o conheça bem. No caso de uma criança, é geralmente melhor que um dos pais complete o instrumento, consultando a criança. Um adulto pode querer fazer perguntas ao cônjuge ou outro familiar próximo para ajudar-lhe nas respostas.

Nós recomendamos o uso de um lápis. Não pense que deve completar todo o instrumento de uma só vez. Trabalhe em um ritmo que seja confortável para você. Obrigado (a) pelo extenso trabalho para completar este questionário.

É provável que após a entrega do questionário preenchido alguém que esteja familiarizado com o TOC entre em contato com você, para que possa conversar sobre algumas de suas respostas.

Obrigado(a)!

Parte I: Lista de Sintomas Obsessivo-Compulsivos

NOTA: Este questionário refere-se aos sintomas obsessivo-compulsivos.

Pedimos para que você complete todo o questionário.

Quando estiver completando o questionário, considere as seguintes definições:

Obsessões são pensamentos, medos ou imagens intrusivos e repetitivos. Exemplos incluem o pensamento recorrente de dúvida sobre se a luz foi acesa ou a porta foi trancada. Outros exemplos incluem preocupações sobre germes e doenças. Estes pensamentos ou imagens persistem mesmo que a pessoa tente ignorá-los ou suprimi-los.

Compulsões são atos repetitivos, comportamentos ou rituais mentais que a pessoa sente que “tem que” realizar. Por exemplo, verificar repetitivamente se a porta está fechada, ou se aparelhos elétricos estão desligados. Outros exemplos incluem lavagem repetitiva de mãos ou a necessidade de colocar as coisas em uma determinada ordem.

Nota: Frequentemente o conteúdo de pensamentos obsessivos e imagens envolvem “agressão” a si mesmo ou outros, especialmente familiares. Neste questionário gostaríamos que você considerasse cuidadosamente a natureza específica da agressão. Por exemplo, na primeira sessão você será perguntado sobre agressão especificamente relacionada a acidentes, violência, outras formas de comportamento agressivo e desastres naturais ou catástrofes. Na segunda dimensão, você será perguntado sobre preocupações obsessivas relacionadas a agressão secundária a pensamentos ou ações sobre sexo ou religião. Mais adiante, pediremos para concentrar-se em preocupações obsessivas relacionadas a contaminação com sujeira ou germes. Por favor, seja cuidadoso (a) para assinalar apenas os itens que melhor representam suas obsessões lendo os exemplos que são fornecidos em cada questão.

Marque uma vez ✓ em uma ou mais células em cada linha apropriada (“passado” significa que o sintoma esteve presente no passado, mas não durante a última semana). Se um sintoma tiver estado presente (atual ou passado), indique a idade de início. Para crianças, os pais devem completar este instrumento com a ajuda de seu filho.

Dimensão I - Obsessões de Contaminação e Compulsões de Limpeza**Lista de Sintomas**

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Preocupações com Contaminação e Compulsões de Limpeza
				1. Tenho obsessões com sujeira ou micróbios. Por exemplo, medo de pegar germes sentando em determinadas cadeiras, cumprimentando alguém, tocando em maçanetas.
				2. Tenho preocupação excessiva com, ou nojo de excrementos ou secreções do corpo (ex.: urina, fezes, saliva, vômito). Por exemplo, medo de entrar em contato com vômito, urina, fezes, sêmen, secreção vagina, suor (de si próprio ou de outra pessoa).
				3. Tenho preocupação excessiva com contaminações provenientes do ambiente (ex.: resíduos tóxicos, radiações). Por exemplo, medo de ser contaminado por asbestos ou radônio; medo de substâncias radioativas (por exemplo, o cézio 137); medo de coisas associadas com cidades contendo lixo atômico. Medo de ser contaminado por poluição.
				4. Tenho obsessões com insetos ou animais. Por exemplo, medo de ser contaminado por moscas ou ao entrar em contato com cachorros, gatos ou outros animais.
				5. Fico incomodado com substâncias viscosas ou resíduos. Por exemplo, nojo de fitas adesivas, cola ou substâncias pegajosa que possam conter ou não contaminantes.
				6. Fico preocupado em pegar doenças por contaminação. Por exemplo, medo de ficar doente como um resultado direto de ser contaminado. Isto pode incluir medo de contrair doenças específicas como AIDS ou câncer, especificamente por causa de contaminação.
				7. Tenho lavagem excessiva ou ritualizada das mãos. Por exemplo, necessidade de lavar repetidamente as mãos por causa de preocupações com sujeira ou germes ou porque você não sente que suas mãos estão limpas o suficiente. Frequentemente, se esta seqüência de lavagem de mãos é interrompida, todo o processo tem que ser reiniciado. O ritual pode envolver a necessidade de lavar as mãos um certo número de vezes ou ter que lavá-las de uma maneira específica.

				8. Tomo duchas, banhos, escovação dos dentes ou rotinas diárias de higiene pessoal compulsivas ou excessivas. Por exemplo, as atividades de higiene no banheiro podem precisar ser realizadas de acordo com uma ordem específica. Você pode precisar de uma quantidade excessiva de papel higiênico. Frequentemente, caso a rotina de lavagem ou limpeza seja interrompida, é preciso começar tudo de novo.
				9. Tenho preocupação excessiva ou nojo de itens na casa ou objetos inanimados. Por exemplo, preocupação ou medo de ser contaminado (a) por torneiras, vasos sanitários, pisos, utensílios de cozinha, produtos de limpeza e solventes. Além disso, sentir nojo da idéia de entrar em contato com qualquer um destes itens.
				10. Tenho compulsões que envolvem limpeza excessiva de móveis da casa ou de objetos inanimados. Por exemplo, limpeza excessiva de brinquedos, roupas, material escolar, torneiras, cozinha, banheiros, chão e utensílios domésticos.
				11. Tenho rituais mentais além de verificação. Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz “na sua cabeça”. Por favor, marque este item somente se estes rituais estiverem especificamente relacionados com preocupações com contaminação.
				12. Tomo medidas para prevenir ou evitar/remover o contato com substâncias que podem causar contaminação. Evito fazer certas coisas ou ir a certos lugares por causa das preocupações com contaminação. Por exemplo, pedir para membros da família que removam inseticidas, lixo, latas de gasolina, carne crua, tintas, verniz, medicamentos do armário de remédios, ou limpem a sujeira dos animais domésticos se você não pode evitar estas coisas. Pedir para os familiares abrirem portas, ou usar luvas ou lenços de papel ou toalhas de mão para evitar o contato direto com certas coisas. Não utilizar banheiros públicos, não usar toalhas de hotéis ou não apertar as mãos de outras pessoas (cumprimento).

B. Avaliação de gravidade das Obsessões de Contaminação e Compulsões de Limpeza

Primeiro verifique se você marcou qualquer um dos itens do número 1 ao número 12 na lista de sintomas.

Você marcou algum destes itens (1 a 12)? Sim Não (Circule um)

Se você circulou "não", passe para a próxima sessão (dimensão II), em “Obsessões e Compulsões de colecionismo”.

Se você circulou “sim”, qual destes sintomas mais lhe incomodou durante a última semana?
_____ (Escreva o número do item)

Agora tente pensar *somente* nestas obsessões e compulsões relacionadas sobre contaminação e compulsões de limpeza (itens 1 a 12) enquanto responde as próximas questões.

1. Quão grave estas obsessões e compulsões foram na última semana? Avalie a gravidade dos sintomas de 1 a 10, sendo “10” o mais grave e “1” o melhor (menos grave) desde que você começou a ter estes sintomas. _____ Avaliação (1-10)

2. Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões? Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões (itens 1 a 12).

3. Quanto de seu tempo é ocupado por estas obsessões e compulsões? Ou quão freqüentemente estes pensamentos e compulsões ocorrem? Certifique-se de que incluiu o tempo gasto com comportamentos de evitação.

Pior fase	Atual	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 = Nenhum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 = Raramente , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 = Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia - intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 = Freqüentemente, 1 a 3 horas/dia – freqüente intrusão, necessidade de realizar compulsões, ou comportamentos de evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia, mas muitas horas do dia são livres destas obsessões, compulsões ou comportamentos de evitação).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 = Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia – Intrusão muito freqüente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 = Sempre, mais do que 8 horas/dia – Intrusão quase constante de obsessões, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (muitos sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem varias obsessões, compulsões e/ou evitação)

4. Quanto incômodo (ansiedade, culpa, um grande sentimento de medo ou um sentimento de exaustão) estas obsessões e compulsões relacionadas causam? Pode ser útil perguntar: quanto incômodo você sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Quanto incômodo você sente por ter que repetir suas compulsões várias vezes? Como você se sentiria se encontrasse algo (pessoa, lugar ou coisa) que estivesse evitando? Considere somente incômodo ou desconforto que pareça relacionado aos sintomas (obsessões, necessidade de realizar compulsões ou ao incômodo associado a evitação) dessa dimensão (obsessões de contaminação e compulsões de limpeza).

Pior fase	Atual	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 = Nenhum incômodo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 = Mínimo – quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 = Médio – algum incômodo presente, mas não muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 = Moderado – incomoda, mas ainda é tolerável
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 = Grave – incomoda muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 = Extremo – incômodo quase constante e muito intenso.

5. Quanto estas obsessões e compulsões relacionadas interferem em sua vida familiar, relações com amigos ou habilidade de realizar bem suas atividades no trabalho ou na escola? Há alguma coisa que você não possa fazer por causa dessas obsessões ou compulsões relacionadas? Quanto esses sintomas incomodam outras pessoas e afetam suas relações com elas? Se você evita coisas por causa destes pensamentos, por favor inclua a interferência resultante desta evitação. Se você não está atualmente estudando ou trabalhando, quanto sua performance seria afetada se você estivesse trabalhando ou estudando?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| Pior fase | Atual | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 0 = Nenhuma interferência |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 = Mínima , leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 = Média , alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3 = Moderada , interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4 = Interferência Grave , causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5 = Interferência Extrema , incapacitante. |

Dimensão II - Obsessões e Compulsões de Coleccionismo

A. Lista de Sintoma

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Colecionismo
				13. Tenho obsessões sobre a necessidade de colecionar e guardar coisas para o futuro. Por exemplo, medo de jogar coisas fora (papéis, documentos, recibos, etc.) pela possibilidade de precisar delas no futuro.
				14. Tenho obsessões sobre jogar coisas fora. Por exemplo, manter muitas coisas guardadas por seus valores sentimentais, ou por causa de uma necessidade incontrolável de colecionar as coisas.
				15. Tenho obsessões sobre perder coisas. Por exemplo, preocupações sobre perder um objeto insignificante ou sem importância como um pedaço de papel.
				16. Tenho dificuldade em decidir quando guardar ou não algo. Por exemplo, pego objetos sem nenhuma razão em especial e guardo-os porque não consigo decidir se devo ou não jogá-los fora.

				17. Tenho compulsões de guardar ou colecionar objetos. Por exemplo, ter quartos cheios de jornais velhos, anotações, latas, toalhas de papel, embalagens e garrafas vazias. Não conseguir jogar estas coisas fora por medo de que possa precisar delas algum dia. Você também pode pegar objetos da rua ou de lixeiras.
				18. Tenho rituais mentais referentes a guardar ou colecionar objetos. Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz “em sua cabeça” como pensar um bom pensamento após um “mau” pensamento ou necessidade de manter listas que tem de ser lembradas em uma determinada ordem. Por favor, marque este item somente se estes rituais estiverem especificamente relacionados com obsessões de colecionismo.
				19. Evito certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir compulsões de colecionismo. Por exemplo, não passar por certas lojas ou supermercados, ou não ler o jornal. Pedir a outra pessoa para limpar seu armário e/ou jogar suas coisas fora.

B. Avaliação de gravidade de Sintomas de Colecionismo

Primeiro verifique se você marcou qualquer um dos itens do número 13 ao número 19 na lista de sintomas.

Você marcou algum destes itens (13 a 19)? Sim Não (Circule um)

Se você circulou "**não**", passe para a próxima sessão (dimensão III), em “Obsessões e Compulsões de simetria, ordem, contagem e arranjo”.

Se você circulou "**sim**", qual destes sintomas mais lhe incomodou durante a última semana?
_____ (Escreva o número do item)

Agora tente pensar **somente** nestas obsessões e compulsões relacionadas a colecionismo (itens 13 a 19) enquanto responde as próximas questões.

1. Quão grave estas obsessões e compulsões foram na última semana? Avalie a gravidade dos sintomas de 1 a 10, sendo “10” o mais grave e “1” o melhor (menos grave) desde que você começou a ter estes sintomas. _____ Avaliação (1-10)

2. Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões? Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões (itens 13 a 19).

3. Quanto de seu tempo é ocupado por estas obsessões e compulsões? Ou quão freqüentemente estes pensamentos e compulsões ocorrem? Certifique-se de que incluiu o tempo gasto com comportamentos de evitação.

Pior fase	Atual	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 = Nenhum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 = Raramente , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 = Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia - intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 = Frequentemente, 1 a 3 horas/dia – freqüente intrusão, necessidade de realizar compulsões, ou comportamentos de evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia, mas muitas horas do dia são livres destas obsessões, compulsões ou comportamentos de evitação).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 = Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia – Intrusão muito freqüente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 = Sempre, mais do que 8 horas/dia – Intrusão quase constante de obsessões, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (muitos sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem varias obsessões, compulsões e/ou evitação)

4. Quanto incômodo (ansiedade, culpa, um grande sentimento de medo ou um sentimento de exaustão) estas obsessões e compulsões relacionadas causam? Pode ser útil perguntar: quanto incômodo você sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Quanto incômodo você sente por ter que repetir suas compulsões várias vezes? Como você se sentiria se encontrasse algo (pessoa, lugar ou coisa) que estivesse evitando? Considere somente incômodo ou desconforto que pareça relacionado aos sintomas (obsessões, necessidade de realizar compulsões ou ao incômodo associado a evitação) dessa dimensão (obsessões e compulsões de colecionismo).

Pior fase	Atual	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 = Nenhum incômodo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 = Mínimo – quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 = Médio – algum incômodo presente, mas não muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 = Moderado – incomoda, mas ainda é tolerável
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 = Grave – incomoda muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 = Extremo – incômodo quase constante e muito intenso.

5. Quanto estas obsessões e compulsões relacionadas interferem em sua vida familiar, relações com amigos ou habilidade de realizar bem suas atividades no trabalho ou na escola? Há alguma coisa que você não possa fazer por causa dessas obsessões ou compulsões relacionadas? Quanto esses sintomas incomodam outras pessoas e afetam suas relações com elas? Se você evita coisas por causa destes pensamentos, inclua a interferência resultante desta evitação. Se você não está atualmente estudando ou trabalhando, quanto sua performance seria afetada se você estivesse trabalhando ou estudando?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| Pior fase | Atual | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 0 = Nenhuma interferência |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 = Mínima , leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 = Média , alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3 = Moderada , interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4 = Interferência Grave , causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5 = Interferência Extrema , incapacitante. |

Dimensão III - Obsessões e Compulsões de Simetria, Ordem, Contagem e Arranjo

A. Lista de Sintomas

Nunca	Passado	Atual (Última semana)	Idade de Início	Ordem, Simetria, Contagem, Fazer e Refazer e Necessidade de que as coisas “estejam legais”
				20. Tenho obsessões sobre a necessidade das coisas estarem perfeitas ou exatas. Por exemplo, preocupação ou sentimentos desconfortáveis sobre o alinhamento correto de papéis e livros, preocupação com a realização de cálculos, com a necessidade de fazê-los corretamente ou necessidade de escrever de forma perfeita.
				21. Tenho obsessões sobre simetria. Por exemplo, estar extremamente preocupado se certas sensações, pensamentos ou coisas não estão simétricas.
				22. Verifico se não cometi erros. Por exemplo, verificação repetida enquanto lê, escreve ou faz simples cálculos para certificar-se que não cometeu um erro. Isto pode envolver fazer listas de coisas para fazer, assim como checá-las obsessivamente.
				23. Releio ou reescrevo. Por exemplo, levar horas para ler poucas páginas de um livro ou para escrever uma pequena carta porque você fica lendo e relendo. Isto pode também envolver a procura por uma palavra ou frase “perfeita”, ou preocupar-se por não ter realmente entendido o significado do que você leu, ou ficar preocupado com o formato de algumas letras.

				24. Tenho necessidade de repetir atividades rotineiras. Por exemplo, entrar/sair de casa várias vezes; sentar/ levantar várias vezes de uma cadeira. Repetir atividades rotineiras como ligar e desligar aparelhos, colocar e tirar um objeto da mesa, pentear o cabelo ou olhar para determinado local. Você pode não se sentir bem até fazer essas coisas um determinado número de vezes ou até que uma certa sensação de simetria seja alcançada. Tente distinguir esse item da repetição realizada como atividades secundárias a um pensamento de conteúdo agressivo, sexual ou religioso, ou de contaminação ou de colecionismo.
				25. Tenho compulsões de contagem. Por exemplo, contar coisas como azulejos no teto ou no chão, brinquedos, janelas, telhas, pregos na parede, livros em uma estante ou até mesmo grãos de areia na praia.
				26. Tenho rituais de ordenação e arranjo. Por exemplo, endireitar papéis ou canetas sobre a mesa ou livros na estante. Você pode gastar horas arrumando as coisas na sua casa numa determinada "ordem" ficando muito chateado se esta "ordem" é alterada.
				27. Tenho compulsões que envolvem tocar simetricamente ou realizar ações ou movimentos simétricos. Por exemplo, após tocar ou fazer algo no lado direito, precisar tocar ou fazer a mesma coisa no lado esquerdo.
				28. Tenho necessidade de tocar, esfregar ou dar pancadinhas. Por exemplo, sentir o impulso de tocar superfícies ásperas como madeira ou superfícies quentes, como o fogão. Sentir o impulso de tocar outras pessoas, ou de tocar um objeto. Necessidade de esfregar ou pegar algo como o telefone para evitar que alguém da família adoença.
				29. Tenho medo de não dizer exatamente o correto. Por exemplo, medo de ter dito coisas erradas, preocupação de não encontrar a palavra ou frase perfeita antes de dizer algo ou responder a alguém.
				30. Tenho rituais mentais além de verificação ou balanceamento. Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz "em sua cabeça". Por favor, marque este item somente se estes rituais mentais estiverem especificamente relacionados a obsessões de simetria, exatidão ou percepções de "estar-legal".
				31. Evito certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir a ocorrência de obsessões e compulsões sobre simetria ou exatidão. Por exemplo, não olhar para certas coisas na casa porque elas certamente irão desencadear obsessões ou compulsões de ordenação/arranjo ou exatidão.

B. Avaliação de gravidade das Obsessões e Compulsões de Simetria, Ordem, Contagem e Arranjo.

Primeiro verifique se você marcou qualquer um dos itens do número 20 ao número 31 na lista de sintomas.

Você marcou algum destes itens (20 a 31)? Sim Não (Circule um)

Se você circulo "não", passe para a próxima sessão (sessão IV), em "Obsessões sobre agressão, violência, desastres naturais e Compulsões relacionadas" .

Se você circulo "sim", qual destes sintomas mais lhe incomodou durante a última semana? (Escreva o número do item)

Agora tente pensar *somente* nestas obsessões e compulsões relacionadas a simetria, ordem, contagem e arranjo (itens 20 a 31) enquanto responde as próximas questões.

1. Quão grave estas obsessões e compulsões foram na última semana? Avalie a gravidade dos sintomas de 1 a 10, sendo "10" o mais grave e "1" o melhor (menos grave) desde que você começou a ter estes sintomas. _____ Avaliação (1-10)

2. Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões? Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões (itens 20 a 31).

3. Quanto de seu tempo é ocupado por estas obsessões e compulsões? Ou quão freqüentemente estes pensamentos e compulsões ocorrem? Certifique-se de que incluiu o tempo gasto com comportamentos de evitação.

Pior fase	Atual	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 = Nenhum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 = Raramente, presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 = Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia - intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 = Frequentemente, 1 a 3 horas/dia – freqüente intrusão, necessidade de realizar compulsões, ou comportamentos de evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia, mas muitas horas do dia são livres destas obsessões, compulsões ou comportamentos de evitação).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 = Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia – Intrusão muito freqüente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 = Sempre, mais do que 8 horas/dia – Intrusão quase constante de obsessões, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (muitos sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem varias obsessões, compulsões e/ou evitação)

4. Quanto incômodo (ansiedade, culpa, um grande sentimento de medo ou um sentimento de exaustão) estas obsessões e compulsões relacionadas causam? Pode ser útil perguntar: quanto incômodo você sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Quanto incômodo você sente por ter que repetir suas compulsões várias vezes? Como você se sentiria se encontrasse algo (pessoa, lugar ou coisa) que estivesse evitando? Considere somente incômodo ou desconforto que pareça relacionado aos sintomas (obsessões, necessidade de realizar compulsões ou ao incômodo associado a evitação) dessa dimensão (simetria, ordem, contagem e arranjo).

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| Pior fase | Atual | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 0 = Nenhum incômodo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 = Mínimo – quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 = Médio – algum incômodo presente, mas não muito |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3 = Moderado – incomoda, mas ainda é tolerável |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4 = Grave – incomoda muito |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5 = Extremo – incômodo quase constante e muito intenso |

5. Quanto estas obsessões e compulsões relacionadas interferem em sua vida familiar, relações com amigos ou habilidade de realizar bem suas atividades no trabalho ou na escola? Há alguma coisa que você não possa fazer por causa dessas obsessões ou compulsões relacionadas? Quanto esses sintomas incomodam outras pessoas e afetam suas relações com elas? Se você evita coisas por causa destes pensamentos, inclua a interferência resultante desta evitação. Se você não está atualmente estudando ou trabalhando, quanto sua performance seria afetada se você estivesse trabalhando ou estudando?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| Pior fase | Atual | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 0 = Nenhuma interferência |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 = Mínima , leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 = Média , alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3 = Moderada , interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4 = Interferência Grave , causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5 = Interferência Extrema , incapacitante. |

Dimensão IV - Obsessões Sobre Agressão, Violência, Desastres Naturais e Compulsões Relacionadas.

A. Lista de sintomas

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade De Início	Obsessões Sobre Agressão, Violência, Desastres Naturais e Compulsões Relacionadas
				32. Tenho obsessões de que eu posso me ferir. Por exemplo, medo de ferir a si mesmo com uma faca ou garfo, medo de segurar ou estar perto de objetos pontiagudos, medo de se jogar na frente de um carro ou medo de andar perto de janelas de vidro.

				33. Tenho obsessões de que eu vou ser ferido. Por exemplo, medo de ser ferido por não estar sendo suficientemente cuidadoso. Medo de que pessoas ou determinados objetos venham a me ferir.
				34. Verifico se não me feri ou se não fui ferido. Por exemplo, procurando por feridas ou sangramentos depois de segurar objetos pontiagudos ou quebráveis, ou checando com médicos ou outros para reassegurar-me de que não feri a mim mesmo.
				35. Tenho obsessões de que posso ferir outras pessoas. Por exemplo, medo de envenenar a comida de outras pessoas, medo de ferir bebês, medo de empurrar alguém para a frente de um carro ou de um trem.
				36. Tenho obsessões de que vou ferir outras pessoas sem querer. Preocupações de estar envolvido em um acidente de carro, medo de ser responsável por não dar assistência em uma catástrofe imaginada, medo de ferir os sentimentos de alguém, medo de causar ferimentos por dar conselhos/informações errados.
				37. Tenho obsessões de que posso ser responsável por algo terrível que aconteça. Por exemplo, medo de começar um incêndio ou ser responsável por um assassinato ou assalto.
				38. Verifico se não feri outros ou se outros não foram feridos. Por exemplo, verificar se não feriu alguém sem saber. Você pode perguntar aos outros para reassegurar-se, ou telefonar para certificar-se de que tudo está bem.
				39. Tenho imagens violentas ou horrendas na cabeça. Por exemplo, imagens de assassinatos ou acidentes ou outras imagens violentas como corpos desmembrados.
				40. Tenho obsessões de que posso dizer obscenidades ou insultos. Por exemplo, medo de falar coisas obscenas em um lugar quieto com muitas pessoas em volta – como uma igreja ou sala de aula. Medo de escrever coisas obscenas.
				41. Tenho obsessões que envolvem fazer algo que cause embaraço. Por exemplo, medo de tirar as roupas em público ou parecer tolo em situações sociais.
				42. Tenho obsessões sobre executar impulsos involuntariamente. Por exemplo, apunhalar um amigo, atropelar alguém, bater o carro em uma árvore etc.
				43. Verifico se algo terrível acontecerá ou aconteceu. Por exemplo, procurar nos jornais e noticiários no rádio ou televisão se aconteceu alguma catástrofe que você acredita que possa ter ocasionado. Pedir para outros lhe reassegurarem.
				44. Verifico ou tomo outras medidas (diferentes de verificações) de modo a prevenir ferir-me, ferir outros, ou evitar outras conseqüências terríveis. Por exemplo, ficar longe de objetos pontiagudos ou quebráveis. Evitar manusear facas, tesouras, vidro.

				45. Preciso repetir atividades rotineiras para prevenir conseqüências terríveis. Por exemplo, necessidade de realizar a mesma ação repetidas vezes depois de ter tido um “mau” pensamento sobre agressão/ferimentos, com o objetivo de prevenir terríveis conseqüências. Por favor, marque este item somente se a repetição for realizada em resposta aos pensamentos relacionados à violência, comportamentos agressivos ou desastres naturais.
				46. Tenho rituais mentais além de verificação. Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz “em sua cabeça”, como pensar em um “bom” pensamento para anular um “mau” pensamento ou necessidade de manter listas mentais que você tem que relembra em uma certa ordem. Por favor, marque este item somente se estes rituais mentais forem especificamente relacionados ou feitos para aliviar obsessões sobre violência, comportamentos agressivos ou desastres naturais.

B. Avaliação de gravidade das Obsessões Sobre Agressão, Violência, Desastres Naturais e Compulsões Relacionadas

Primeiro verifique se você marcou qualquer um dos itens do número 32 ao número 46 na lista de sintomas.

Você marcou algum destes itens (32 a 46)? Sim Não (Circule um)
 Se você circulou “Não”, passe para a próxima sessão (dimensão V) em “Obsessões sexuais e religiosas”.
 Se “Sim”, quais destes sintomas incomodaram-lhe durante a última semana?
 _____ (Escreva o número do item)

Agora tente pensar somente nestas obsessões e compulsões relacionadas sobre agressão, violência e desastres naturais (itens 32 a 46) enquanto responde as próximas questões.

1. Quão grave estas obsessões e compulsões foram na última semana? Avalie a gravidade dos sintomas de 1 a 10, sendo “10” o mais grave e “1” o melhor (menos grave) desde que você começou a ter estes sintomas. _____ Avaliação (1-10)

2. Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões? Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões (itens 32 a 46).

3. Quanto de seu tempo é ocupado por estas obsessões e compulsões? Ou quão freqüentemente estes pensamentos e compulsões ocorrem? Certifique-se de que incluiu o tempo gasto com comportamentos de evitação.

Pior fase	Atual	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 = Nenhum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 = Raramente , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 = Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia - intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 = Freqüentemente, 1 a 3 horas/dia – freqüente intrusão, necessidade de realizar compulsões, ou comportamentos de evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia, mas muitas horas do dia são livres destas obsessões, compulsões ou comportamentos de evitação).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 = Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia – Intrusão muito freqüente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 = Sempre, mais do que 8 horas/dia – Intrusão quase constante de obsessões, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (muitos sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem varias obsessões, compulsões e/ou evitação)

4. Quanto incômodo (ansiedade, culpa, um grande sentimento de medo ou um sentimento de exaustão) estas obsessões e compulsões relacionadas causam? Pode ser útil perguntar: quanto incômodo você sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Quanto incômodo você sente por ter que repetir suas compulsões várias vezes? Como você se sentiria se encontrasse algo (pessoa, lugar ou coisa) que estivesse evitando? Considere somente incômodo ou desconforto que pareça relacionado aos sintomas (obsessões, necessidade de realizar compulsões ou ao incômodo associado a evitação) dessa dimensão (agressão, violência e desastres naturais).

Pior fase	Atual	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 = Nenhum incômodo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 = Mínimo – quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 = Médio – algum incômodo presente, mas não muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 = Moderado – incomoda, mas ainda é tolerável
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 = Grave – incomoda muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 = Extremo – incômodo quase constante e muito intenso.

5. Quanto estas obsessões e compulsões relacionadas interferem em sua vida familiar, relações com amigos ou habilidade de realizar bem suas atividades no trabalho ou na escola? Há alguma coisa que você não possa fazer por causa dessas obsessões ou compulsões relacionadas? Quanto esses sintomas incomodam outras pessoas e afetam suas relações com elas? Se você evita coisas por causa destes pensamentos, inclua a interferência resultante desta evitação. Se você não está atualmente estudando ou trabalhando, quanto sua performance seria afetada se você estivesse trabalhando ou estudando?

Pior fase	Atual	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 = Nenhuma interferência
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 = Mínima , leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 = Média , alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 = Moderada , interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 = Interferência Grave , causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 = Interferência Extrema , incapacitante.

Dimensão V - Obsessões Sexuais e Religiosas e Compulsões Relacionadas

A. Lista de Sintomas

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Obsessões Sexuais e Religiosas e Compulsões Relacionadas
				47. Tenho pensamentos, imagens ou impulsos impróprios ou proibidos. Por exemplo, pensamentos sexuais involuntários sobre estranhos, familiares ou amigos.
				48. Tenho obsessões sexuais cujo conteúdo envolve crianças ou incesto. Por exemplo, pensamentos indesejáveis sobre molestar crianças sexualmente, inclusive os próprios filhos.
				49. Tenho obsessões sobre homossexualidade. Por exemplo, medo de ser homossexual ou medo de, subitamente, transformar-se em "gay", quando não existem razões para estes pensamentos.
				50. Tenho obsessões sobre conduta sexual agressiva em relação aos outros. Por exemplo, imagens indesejáveis de comportamento sexual violento com adultos estranhos, amigos ou familiares.
				51. Verifico para me certificar de que não fiz nada de errado de natureza sexual. Por exemplo, checando meus órgãos genitais, a cama ou roupas para ver se há alguma evidência de ter feito algo errado. Pergunto para me reassegurar de que nada ruim de natureza sexual aconteceu.
				52. Evito certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir a ocorrência de obsessões e compulsões sexuais. Por exemplo, não vou a uma seção de revistas em uma livraria por causa de algumas fotos ou títulos.
				53. Tenho obsessões com sacrilégios ou blasfêmias. Por exemplo, medo de ter pensamentos blasfemos, dizer sacrilégios, ser punido por estas coisas.

				54. Tenho obsessões com o que é o certo/errado e a moralidade. Por exemplo, preocupações sobre estar sempre fazendo coisas de uma maneira moralmente correta ou preocupações sobre ter dito uma mentira ou ter trapaceado alguém.
				55. Tenho medo/preocupação de dizer certas coisas. Por exemplo, medo de dizer algo terrível ou impróprio que possa ser considerado desrespeitoso para alguém vivo ou morto. Algumas pessoas têm medo excessivo de dar conselhos errados.
				56. Verifico para me certificar que não fiz nada errado de natureza religiosa. Por exemplo, verifico a Bíblia ou outros objetos. Pergunto ao padre, rabino, pastor ou outras pessoas para me reassegurar de que nada aconteceu.
				57. Tenho compulsões que envolvem obrigações religiosas ou objetos religiosos. Por exemplo, limpeza ou checagem excessiva de objetos religiosos. Rezar durante várias horas ou procurar por reassseguramentos em líderes religiosos com mais frequência do que a necessária.
				58. Evito certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir a ocorrência de obsessões e compulsões sobre religião ou moral. Por exemplo, não ir a igreja ou não assistir certos programas de TV porque podem provocar pensamentos de estar sendo possuído pelo diabo ou por alguma influência do diabo.
				59. Preciso repetir atividades rotineiras para prevenir conseqüências terríveis. Por exemplo, necessidade de realizar a mesma ação repetidas vezes depois de ter um "mau", pensamento obsessivo sexual ou religioso com o objetivo de prevenir conseqüências terríveis. Por favor, não marque este sintoma a menos que a repetição seja em resposta a estes pensamentos sexuais, religiosos ou de moralidade.
				60. Preciso dizer, perguntar ou confessar coisas. Por exemplo, perguntar para outras pessoas sobre possíveis coisas erradas que tenha feito, confessar algo errado que não tenha acontecido ou contar às pessoas seus pensamentos íntimos para sentir-se melhor.
				61. Tenho rituais mentais (diferentes de verificação). Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz "em sua cabeça", como pensar um "bom" pensamento após um "mau" pensamento ou necessidade de manter listas mentalmente que tenha que relembrar em uma certa ordem. Por favor, marque este item somente se estes rituais mentais forem especificamente relacionados ou feitos com o objetivo de aliviar obsessões sexuais ou religiosas.

B. Avaliação de gravidade das Obsessões Sexuais e/ou Religiosas e Compulsões Relacionadas

Primeiro verifique se você marcou qualquer um dos itens do número 47 ao número 61 na lista de sintomas.

Você marcou algum destes itens (47 a 61)? Sim Não (Circule um)

Se você circulou "não", passe para a próxima sessão (dimensãoVI), em "Obsessões e Compulsões diversas".

Se você circulou "sim", qual destes sintomas mais lhe incomodou durante a última semana? _____ (Escreva o número do item)

Agora tente pensar *somente* nestas obsessões e compulsões relacionadas a conteúdo sexual e/ou religioso (itens 47 a 61) enquanto responde as próximas questões.

1. Quão grave estas obsessões e compulsões foram na última semana? Avalie a gravidade dos sintomas de 1 a 10, sendo "10" o mais grave e "1" o melhor (menos grave) desde que você começou a ter estes sintomas. _____ Avaliação (1-10)

2. Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões? Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões (itens 47 a 61).

3. Quanto de seu tempo é ocupado por estas obsessões e compulsões? Ou quão freqüentemente estes pensamentos e compulsões ocorrem? Certifique-se de que incluiu o tempo gasto com comportamentos de evitação.

Pior fase	Atual	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 = Nenhum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 = Raramente , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 = Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia - intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 = Freqüentemente, 1 a 3 horas/dia – freqüente intrusão, necessidade de realizar compulsões, ou comportamentos de evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia, mas muitas horas do dia são livres destas obsessões, compulsões ou comportamentos de evitação).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 = Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia – Intrusão muito freqüente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 = Sempre, mais do que 8 horas/dia – Intrusão quase constante de obsessões, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (muitos sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem varias obsessões, compulsões e/ou evitação)

4. Quanto incômodo (ansiedade, culpa, um grande sentimento de medo ou um sentimento de exaustão) estas obsessões e compulsões relacionadas causam? Pode ser útil perguntar: quanto incômodo você sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Quanto incômodo você sente por ter que repetir suas compulsões várias vezes? Como você se sentiria se encontrasse algo (pessoa, lugar ou coisa) que estivesse evitando? Considere somente incômodo ou desconforto que pareça relacionado aos sintomas (obsessões, necessidade de realizar compulsões ou ao incômodo associado a evitação) dessa dimensão (obsessões e compulsões de conteúdo sexual e/ou religioso).

Pior fase	Atual	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 = Nenhum incômodo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 = Mínimo – quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 = Médio – algum incômodo presente, mas não muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 = Moderado – incomoda, mas ainda é tolerável
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 = Grave – incomoda muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 = Extremo – incômodo quase constante e muito intenso

5. Quanto estas obsessões e compulsões relacionadas interferem em sua vida familiar, relações com amigos ou habilidade de realizar bem suas atividades no trabalho ou na escola? Há alguma coisa que você não possa fazer por causa dessas obsessões ou compulsões relacionadas? Quanto esses sintomas incomodam outras pessoas e afetam suas relações com elas? Se você evita coisas por causa destes pensamentos, por favor inclua a interferência resultante desta evitação. Se você não está atualmente estudando ou trabalhando, quanto sua performance seria afetada se você estivesse trabalhando ou estudando?

Pior fase	Atual	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 = Nenhuma interferência
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 = Mínima , leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 = Média , alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 = Moderada , interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 = Interferência Grave , causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 = Interferência Extrema , incapacitante.

Dimensão VI – Obsessões e Compulsões Diversas

A. Lista de Sintomas

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Obsessões e Compulsões Diversas
				62. Tenho preocupações com doença ou enfermidade. Por exemplo, medo de ter doenças como câncer, cardiopatias, AIDS, apesar dos médicos terem descartado a possibilidade. Separar essas preocupações das preocupações associadas ao medo de contaminação.
				63. Tenho rituais de verificação relacionados com obsessões sobre doenças. Por exemplo, procurar reassegurar-se com amigos ou médicos de que não tem uma séria doença como cardiopatias ou um tumor no cérebro ou alguma outra forma de câncer. Checar repetidamente partes do corpo ou tomar o pulso compulsivamente, assim como sua pressão sanguínea ou temperatura.
				64. Tenho rituais mentais além de verificação. Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz “em sua cabeça”. Por favor, marque este item somente se estes rituais mentais estiverem especificamente relacionados às obsessões sobre doenças.
				65. Evito certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir a ocorrência de obsessões e compulsões sobre doenças. Por exemplo, não passar dirigindo por um hospital porque isto provoca pensamentos sobre doenças.
				66. Tenho necessidade de saber ou recordar certas coisas. Por exemplo, precisar lembrar coisas insignificantes como números de placas de carros, adesivos, “slogans” de camisetas.
				67. Tenho medos supersticiosos. Por exemplo, medo de passar por um cemitério, por um carro funerário, por um gato preto, passar debaixo de uma escada, quebrar um espelho ou medo de profecias associadas com a morte.
				68. Tenho comportamentos supersticiosos. Por exemplo, não pegar um ônibus ou trem se seu número for um número de azar como o treze. Ser relutante em sair de casa no dia treze do mês. Você pode jogar fora roupas que usou quando passou por uma casa funerária ou por um cemitério.

				69. Tenho números de sorte e de azar. Por exemplo, preocupações com certos números como o treze, ter que realizar atividades um determinado número mágico de vezes, ou ter que iniciar uma atividade somente em uma hora de sorte do dia. Outro exemplo é evitar números que poderiam trazer azar.
				70. Tenho obsessões e/ou compulsões sobre cores com significado especial. Por exemplo, preto pode ser associado com morte, vermelho pode ser associado com sangue ou ferimentos. Você pode evitar o uso de objetos desta cor.
				71. Ouço sons, nomes, palavras ou músicas intrusivas e sem sentido invadem a minha mente. Por exemplo, escutar palavras, canções ou músicas que vem à mente e não consegue pará-las. Ficar preso ao som de certas palavras ou músicas.
				72. Imagens intrusivas (não violentas) que vêm a minha mente. Por exemplo, ter imagens com cenas neutras. Fica vidrado, fixado em detalhes visuais de certas figuras.
				73. Evito certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir qualquer uma destas obsessões e compulsões diversas. Por exemplo, não passar por locais com muito barulho ou não escrever certos números.
				74. Fico paralisado realizando comportamentos repetitivos e isso lentifica as minhas ações. Por exemplo, tomar banho, vestir-se ou ir para casa são atividades que tomam horas do dia. Outros podem ficar paralisados comendo ou falando, e estas atividades tomam muito mais tempo do que o necessário.
				75. Faço listas mais do que preciso. Fazer muitas listas de coisas ou atividades.
				76. Tenho obsessões sobre a possibilidade de ser separado de um familiar próximo. Por exemplo, preocupação de que algo terrível pode acontecer a um de seus pais, ou criança, ou namorado (a) e que em decorrência disto você nunca mais poderá vê-los novamente.
				77. Tenho compulsões ou rituais realizados para prevenir a perda de alguém (ou ser separado de alguém) muito querido. Por exemplo, seguir essa pessoa especial de aposento em aposento, ou telefonar diversas vezes; ter que rezar ou realizar rituais específicos para evitar que coisas más aconteçam a alguém.
				78. Tenho obsessões de que posso me tornar uma pessoa em particular. Por exemplo, ter um pensamento de que você pode se tornar uma pessoa em particular ou vir a ser outra pessoa; medo de que uma parte de seu corpo não pertença a você.

				79. Tenho compulsões para me livrar de pensamentos sobre me tornar uma outra pessoa. Por exemplo, empurrar os pensamentos para longe ou realizar algum ritual para se livrar destes pensamentos.
				80. Tenho rituais de olhar fixamente ou piscar. Por exemplo, necessidade de olhar algo até que seus contornos pareçam “estar legais”; ou “ter que” olhar para as coisas de uma determinada maneira por um determinado tempo.
				81. Tenho necessidade de repetir algo que eu ou outra pessoa tenha dito. Pode ser uma determinada palavra que você não consegue tirar da cabeça ou pode ser o final de uma frase que você acabou de dizer ou ouviu alguém dizer.
				82. Tenho preocupação excessiva com certas partes do corpo ou com a aparência física. Por exemplo, preocupação com a aparência, segurança ou funcionamento do rosto, orelhas, nariz, olhos ou alguma outra parte do corpo. Preocupação de que uma parte do corpo seja muito feia ou deformada, apesar dos outros afirmarem o contrário.
				83. Verifico coisas relacionadas a obsessões sobre aparência. Por exemplo, procuro reassseguramento sobre a aparência com amigos. Verificar repetidamente se há odores em seu corpo ou verificar a aparência (rosto ou outros pontos do corpo) procurando por aspectos feios. Necessidade de se arrumar continuamente ou comparar alguns aspectos de seu corpo com os do corpo de outra pessoa; você pode ter que vestir certas roupas em determinados dias. Ser obcecado com o peso.
				84. Tenho obsessões sobre comida. Por exemplo, preocupação excessiva com receitas, calorias e/ou dietas.
				85. Tenho obsessões e/ou compulsões sobre exercícios físicos. Por exemplo, obsessões com a necessidade de fazer exercícios para queimar calorias. As compulsões relacionadas incluem exercícios que devem seguir certas regras ou ter uma determinada duração.
				86. Tenho rituais de alimentação. Por exemplo, ter que arranjar/arrumar a comida, faca e garfo em uma determinada ordem antes de comer. “Ter que” comer de acordo com um ritual rígido, ou ter que esperar para comer até que os ponteiros de um relógio estejam marcando uma determinada hora.

				87. Arranco cabelo (Tricotilomania). Por exemplo, puxar os cabelos do couro cabeludo, os cílios, a sobrancelha ou os pelos púbicos. Pode usar os dedos ou pinças para puxar os pelos. Frequentemente esse comportamento envolve procurar pelo “cabelo certo”, remover o folículo ou morder o cabelo. Causar clareiras (falhas na cabeça) que exijam o uso de uma peruca ou arrancar os cílios e sobrancelhas completamente.
				88. Cutuco a pele ou outros comportamentos de auto-mutilação (obsessões e compulsões). Por exemplo, cutucar a pele em volta das unhas ou próxima a machucados. Machucar a si mesmo ou piorar os machucados.
				Outro sintoma.

B. Avaliação de gravidade das Obsessões e Compulsões Diversas

Primeiro verifique se você marcou qualquer um dos itens do número 62 ao número 88 na lista de sintomas.

Você marcou algum destes itens (62 a 88)? Sim Não (Circule um)

Se você circulo “**sim**”, qual destes sintomas mais lhe incomodou durante a última semana?
 _____ (Escreva o número do item)

Agora tente pensar **somente** nestas obsessões e compulsões diversas (itens 62 a 88) enquanto responde as próximas questões.

1. Quão grave estas obsessões e compulsões foram na última semana? Avalie a gravidade dos sintomas de 1 a 10, sendo “10” o mais grave e “1” o melhor (menos grave) desde que você começou a ter estes sintomas. _____ Avaliação (1-10)

2. Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões? Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões (itens 62 a 88).

3. Quanto de seu tempo é ocupado por estas obsessões e compulsões? Ou quão frequentemente estes pensamentos e compulsões ocorrem? Certifique-se de que incluiu o tempo gasto com comportamentos de evitação.

Pior fase	Atual	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 = Nenhum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 = Raramente , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 = Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia - intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 = Freqüentemente, 1 a 3 horas/dia – freqüente intrusão, necessidade de realizar compulsões, ou comportamentos de evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia, mas muitas horas do dia são livres destas obsessões, compulsões ou comportamentos de evitação).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 = Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia – Intrusão muito freqüente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 = Sempre, mais do que 8 horas/dia – Intrusão quase constante de obsessões, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (muitos sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem varias obsessões, compulsões e/ou evitação)

4. Quanto incômodo (ansiedade, culpa, um grande sentimento de medo ou um sentimento de exaustão) estas obsessões e compulsões relacionadas causam? Pode ser útil perguntar: quanto incômodo você sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Quanto incômodo você sente por ter que repetir suas compulsões várias vezes? Como você se sentiria se encontrasse algo (pessoa, lugar ou coisa) que estivesse evitando? Considere somente incômodo ou desconforto que pareça relacionado aos sintomas dessa dimensão (obsessões, necessidade de realizar compulsões ou ao incômodo associado a evitação).

Pior fase	Atual	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 = Nenhum incômodo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 = Mínimo – quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 = Médio – algum incômodo presente, mas não muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 = Moderado – incomoda, mas ainda é tolerável
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 = Grave – incomoda muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 = Extremo – incômodo quase constante e muito intenso.

5. Quanto estas obsessões e compulsões relacionadas interferem em sua vida familiar, relações com amigos ou habilidade de realizar bem suas atividades no trabalho ou na escola? Há alguma coisa que você não possa fazer por causa dessas obsessões ou compulsões relacionadas? Quanto esses sintomas incomodam outras pessoas e afetam suas relações com elas? Se você evita coisas por causa destes pensamentos, inclua a interferência resultante desta evitação. Se você não está atualmente estudando ou trabalhando, quanto sua performance seria afetada se você estivesse trabalhando ou estudando?

Pior fase	Atual	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 = Nenhuma interferência
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 = Mínima , leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 = Média , alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 = Moderada , interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 = Interferência Grave , causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 = Interferência Extrema , incapacitante.

Gravidade Global dos Sintomas Obsessivo-Compulsivos – Sintomas Híbridos (envolve mais de uma dimensão) (quem preenche essa parte é o entrevistador)

Indique o seu melhor julgamento sobre as dimensões de sintomas presentes. Reveja com o paciente o quanto as obsessões e compulsões se encaixam nas determinadas dimensões, sendo: 2 = presença evidente e os sintomas são entendidos como parte de uma dimensão; 1 = sintomas presentes mas existe uma incerteza importante de que tais sintomas possam ser entendidos em termos da dimensão avaliada; 0 = os sintomas da dimensão dada foram ausentes ou “provavelmente ausentes” durante a última semana.

_____ *Obsessões de contaminação e compulsão de limpeza*

_____ *Colecionismo*

_____ *Obsessões e compulsões de simetria, ordem, contagem e arranjo*

_____ *Obsessões de agressão e compulsão relacionadas*

_____ *Obsessões sexuais e religiosas e compulsões relacionadas*

_____ *Obsessões e compulsões diversas*

Classifique as dimensões de sintomas na ordem de maior para menor gravidade na última semana. 1 = mais grave, 2 = próxima mais grave, e assim por diante. Por favor, marque cada dimensão. Se os sintomas estiveram ausentes durante a última semana, marque um “0” no devido espaço.

_____ *Obsessões de contaminação e compulsão de limpeza*

_____ *Colecionismo*

_____ *Obsessões e compulsões de simetria, ordem, contagem e arranjo*

_____ *Obsessões de agressão e compulsão relacionadas*

_____ *Obsessões sexuais e religiosas e compulsões relacionadas*

Obsessões e compulsões diversas. Liste os sintomas mais notáveis do paciente:

1. _____
2. _____
3. _____

Qual a pior coisa que o paciente pensa que aconteceria se não respondesse aos seus pensamentos obsessivos ou necessidades de realizar suas compulsões ou rituais?

Por favor, descreva:

Quão certo está o paciente de que esta temida consequência é real ou ocorrerá de fato?

- 0 = Está certo de que a consequência temida não acontecerá
- 1 = Mais certo de que a consequência temida não acontecerá
- 2 = Incerto se a consequência temida acontecerá ou não
- 3 = Mais certo de que a consequência temida acontecerá
- 4 = Certo de que a consequência temida acontecerá

Por favor, reveja todos os sintomas obsessivo-compulsivos considerados como ocorridos na última semana (excluindo "outros" sintomas considerados não autênticos do Transtorno obsessivo-compulsivo), faça uma avaliação global da gravidade para a última semana utilizando a escala ordinal a seguir, e complete o quadro de índices.

Gravidade Global das Obsessões e Compulsões

Considerando todas as obsessões e compulsões que você apresenta, por favor responda:

1. Quão grave estas obsessões e compulsões foram na última semana? Avalie a gravidade dos sintomas de 1 a 10, sendo "10" o mais grave e "1" o melhor (menos grave) desde que você começou a ter estes sintomas. _____ Avaliação (1-10)

2. Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões? Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões (itens 62 a 88).

3. Quanto de seu tempo é ocupado por obsessões e compulsões? Ou quão freqüentemente estes pensamentos e compulsões ocorrem? Certifique-se de que incluiu o tempo gasto com comportamentos de evitação.

Pior fase	Atual	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 = Nenhum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 = Raramente , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 = Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia - intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 = Freqüentemente, 1 a 3 horas/dia – freqüente intrusão, necessidade de realizar compulsões, ou comportamentos de evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia, mas muitas horas do dia são livres destas obsessões, compulsões ou comportamentos de evitação).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 = Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia – Intrusão muito freqüente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 = Sempre, mais do que 8 horas/dia – Intrusão quase constante de obsessões, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (muitos sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem varias obsessões, compulsões e/ou evitação)

4. Quanto incômodo as obsessões e compulsões relacionadas causam? Na maior parte dos casos, o incômodo é caracterizado por ansiedade, culpa, um grande sentimento de medo ou um sentimento de exaustão. Pode ser útil perguntar: quanto incômodo você sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Quanto incômodo você sente por ter que repetir suas compulsões várias vezes? Como você se sentiria se encontrasse algo (pessoa, lugar ou coisa) que estivesse evitando? Considere o incômodo ou desconforto relacionado aos sintomas (obsessões, necessidade de realizar compulsões ou ao incômodo associado a evitação) de todas as dimensões.

Pior fase	Atual	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 = Nenhum incômodo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 = Mínimo – quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 = Médio – algum incômodo presente, mas não muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 = Moderado – incomoda, mas ainda é tolerável
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 = Grave – incomoda muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 = Extremo – incômodo quase constante e incapacitante

5. Quanto estas obsessões e compulsões relacionadas interferem em sua vida familiar, relações com amigos ou habilidade de realizar bem suas atividades no trabalho ou na escola? Há alguma coisa que você não possa fazer por causa das obsessões ou compulsões relacionadas? Quanto esses sintomas incomodam outras pessoas e afetam suas relações com elas? Se você evita coisas por causa destes pensamentos, por favor inclua a interferência resultante desta evitação. Se você não está atualmente estudando ou trabalhando, quanto sua performance seria afetada se você estivesse trabalhando ou estudando?

Pior fase	Atual	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 = Nenhuma interferência
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 = Mínima , leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 = Média , alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 = Moderada , interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 = Interferência Grave , causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 = Interferência Extrema , incapacitante.

Avaliação Clínica de Prejuízo

Finalmente, gostaríamos que você pensasse sobre quanto prejuízo estes sintomas têm causado à auto-estima do paciente, à sua habilidade de lidar com as dificuldades e ao funcionamento social e profissional. Por favor, escolha o melhor valor entre 0-15, incluindo os que estão entre os pontos de corte abaixo.

0 NADA. Nenhum prejuízo causado pela presença de sintomas obsessivo-compulsivos.

3 MÍNIMO. Obsessões e compulsões associadas com súbitas dificuldades na auto-estima, vida social, aceitação social, ou funcionamento escolar ou profissional (desconforto ou preocupações ocasionais sobre as obsessões e compulsões em situações futuras, periódicas). Leve aumento nas tensões familiares por causa das obsessões e compulsões. Amigos ou conhecidos podem ocasionalmente perceber ou comentar sobre as obsessões e compulsões de uma maneira desconcertada.

6 LEVE. As obsessões e compulsões estão associadas com pequenas dificuldades na auto-estima, na vida familiar, na aceitação social ou no funcionamento acadêmico ou profissional.

9 MODERADO. As obsessões e compulsões estão associadas a alguns problemas evidentes na auto-estima, na vida familiar, na aceitação social ou no funcionamento acadêmico e profissional. Episódios de disforia, períodos de tensão ou desavenças familiares, choros freqüentes de pares ou evitações sociais episódicas. Interferência periódica na escola ou na performance profissional por causa das obsessões e/ou das compulsões.

12 MARCADO. As obsessões e compulsões estão associadas com dificuldades importantes na auto-estima, na vida familiar, aceitação social e funcionamento acadêmico e profissional.

15 GRAVE. As obsessões e compulsões estão associadas com extremas dificuldades na auto-estima, na vida familiar, aceitação social ou funcionamento acadêmico ou profissional. Depressão grave com ideação suicida, rupturas familiares (separação/divórcio, mudanças de residências), rupturas de relacionamentos. Vida gravemente restrita por causa dos sintomas obsessivo-compulsivos, de estigma social ou evitação social, abandono de escola ou perda de trabalho.

Confiabilidade do(s) informante(s): Excelente = 0 Boa = 1 Razoável = 2 Pobre = 3

TABELA DE RESULTADOS DY-BOCS – ATUAL (ÚLTIMA SEMANA)

Dimensões de sintomas	Tempo (0-5)	Incômodo (0-5)	Interferência (0-5)	Total (0-15)
Contaminação e Limpeza				
Colecionamento				
Simetria, Ordem, Contagem e Arranjo				
Agressão, Violência e Desastres Naturais				
Sexual e Religião				
Diversas				

DY-BOCS AVALIAÇÃO GLOBAL PARA A ÚLTIMA SEMANA

	Tempo (0-5)	Incômodo (0-5)	Interferência (0-5)	Prejuízo (0-15)	Total (0-30)
Todas as obsessões e compulsões					

TABELA DE RESULTADOS DY-BOCS - PASSADO

Dimensões de sintomas	Tempo (0-5)	Incômodo (0-5)	Interferência (0-5)	Total (0-15)
Contaminação e Limpeza				
Colecionamento				
Simetria, Ordem, Contagem e Arranjo				
Agressão, Violência e Desastres Naturais				
Sexual e Religião				
Diversas				

DY-BOCS AVALIAÇÃO GLOBAL – PASSADO

	Tempo (0-5)	Incômodo (0-5)	Interferência (0-5)	Prejuízo (0-15)	Total (0-30)
Todas as obsessões e compulsões					

ESCALA OBSESSIVO-COMPULSIVO DE YALE-BROWN – Y-BOCS. As questões 1 a 5 são sobre PENSAMENTOS OBSESSIVOS. Obsessões são idéias, imagens ou impulsos indesejados que penetram no pensamento contra a vontade ou esforços para resistir a eles. Geralmente envolvem temas relacionados a danos, riscos ou perigos. Algumas obsessões comuns são: medo excessivo de contaminação, dúvidas recorrentes sobre perigo, preocupação extrema com ordem, simetria ou perfeição, medo de perder coisas importantes.

Por favor, responda cada questão assinalando o quadrado respectivo.

<p>1. TEMPO OCUPADO POR PENSAMENTOS OBSESSIVOS P.: <i>Quanto de seu tempo é ocupado por pensamentos?</i> 0 = nenhum 1 = menos de 1 hora/dia ou ocorrência ocasional 2 = 1 a 3 horas/dia ou freqüente 3 = mais de 3 horas até 8 horas/dia ou ocorrência muito freqüente 4 = mais de 8 horas/dia ou ocorrência quase constante</p>	<p>4. RESISTÊNCIA CONTRA OBSESSÕES P.: <i>Quanto esforço você faz para resistir aos pensamentos obsessivos? Com que freqüência você tenta desprezar ou desviar sua atenção desses pensamentos quando eles entram na sua mente?</i> 0 = tenta resistir o tempo todo 1 = tenta resistir a maior parte do tempo 2 = faz algum esforço para resistir 3 = entrega-se a todas as obsessões sem tentar controlá-las, mas com alguma relutância 4 = entrega-se completamente e condescendente a todas as obsessões</p>
<p>2. INTERFERÊNCIA DEVIDO A PENSAMENTOS OBSESSIVOS P.: <i>Quanto de seus pensamentos obsessivos interferem com seu trabalho, escola, vida social ou outras atividades importantes? Há qualquer coisa que você não faça por causa deles?</i> 0 = nada 1 = leve interferência com atividades sociais ou outras, mas o desempenho geral não é prejudicado 2 = interferência definida no desempenho social ou ocupacional, mas ainda controlável 3 = causa prejuízo substancial no desempenho social ou ocupacional 4 = incapacitante</p>	<p>5. GRAU DE CONTROLE SOBRE OS PENSAMENTOS OBSESSIVOS P.: <i>Quanto controle você tem sobre seus pensamentos? Você tem conseguido parar ou desviar seus pensamentos obsessivos? Você pode rejeitá-los?</i> 0 = controle total 1 = geralmente capaz de parar ou desviar as obsessões com algum esforço e concentração 2 = às vezes é capaz de parar ou afastar as obsessões 3 = raramente bem sucedido em parar ou rejeitar as obsessões, só pode desviar a atenção com dificuldade 4 = as obsessões são completamente involuntárias, raramente capaz, mesmo momentaneamente, alterar o pensamento obsessivo</p>
<p>3. ANGÚSTIA ASSOCIADA COM PENSAMENTOS OBSESSIVOS P.: <i>Quanta angústia seus pensamentos obsessivos lhe causam?</i> 0 = nenhuma 1 = não atrapalha muito 2 = incomoda, mas ainda é controlável 3 = muito incômoda 4 = angústia constante e incapacitante</p>	<p>uso do entrevistador</p> <hr/> <p>ESCORE (parcial)</p>

As questões seguintes são sobre **COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS**. As **compulsões** são impulsos que as pessoas têm que fazer para diminuir sentimentos de ansiedade ou outro desconforto. Frequentemente, elas têm comportamentos intencionais repetitivos, propostos, chamados rituais. O comportamento em si pode parecer apropriado, mas se torna um ritual quando feito em excesso. Lavar, conferir, repetir, organizar, acumular coisas e outros comportamentos podem ser rituais. Alguns rituais são mentais. Por exemplo, pensar ou dizer coisas várias vezes em voz baixa.

<p>6. TEMPO GASTO COM COMPORTAMENTO COMPULSIVO P.: <i>Quanto tempo você gasta com comportamentos compulsivos? Quanto tempo você leva a mais do que a maioria das pessoas para realizar atividades rotineiras por causa de seus rituais? Com que frequência você faz rituais?</i></p> <p>0 = nenhum 1 = menos de 1 hora/dia ou ocorrência ocasional de comportamentos compulsivos 2 = 1 a 3 horas/dia ou frequentes comportamentos compulsivos 3 = mais de 3 horas/dia até 8 horas/dia ou ocorrência muito frequente de comportamentos compulsivos 4 = mais de 8 horas/dia ou ocorrência quase constante de comportamentos compulsivos (muito numerosos para contar)</p>	<p>9. RESISTÊNCIA CONTRA COMPULSÕES P.: <i>Quanto esforço você faz para resistir às compulsões?</i></p> <p>0 = tenta resistir o tempo todo 1 = tenta resistir a maior parte do tempo 2 = faz algum esforço para resistir 3 = entrega-se a todas as compulsões sem tentar controlá-las, mas com alguma relutância 4 = entrega-se completamente e é condescendente a todas as compulsões</p>
<p>7. INTERFERÊNCIA DEVIDO A COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS P.: <i>Quanto de seus comportamentos compulsivos interferem com seu trabalho, escola, vida social ou outras atividades importantes. Há alguma coisa que você deixa de fazer por causa das compulsões?</i></p> <p>0 = nada 1 = leve interferência com atividades sociais ou outras, mas o desempenho geral não é prejudicado 2 = interferência definida no desempenho social ou ocupacional, mas ainda controlável 3 = causa prejuízo substancial no desempenho social ou ocupacional 4 incapacitante</p> <p>8. ANGÚSTIA ASSOCIADA COM COMPORTAMENTO COMPULSIVO P.: <i>Como você sentiria se fosse impedido de realizar sua(s) compulsão(ões)? Quão ansioso você ficaria?</i></p> <p>0 = Nem um pouco 1 = Apenas levemente ansioso se as compulsões fossem impedidas 2 = A ansiedade aumentaria, mas continuaria controlável se as compulsões fossem evitadas 3 = aumento proeminente e muito incômodo da ansiedade se as compulsões fossem evitadas (ou interrompidas) 4 = ansiedade incapacitante a partir de qualquer intervenção com o objetivo de modificar a atividade</p>	<p>10. GRAU DE CONTROLE SOBRE O COMPORTAMENTO COMPULSIVO P.: <i>Quão forte é o impulso de realizar o comportamento compulsivo? Quanto controle você tem sobre as compulsões?</i></p> <p>0 = controle total 1 = impulso de realizar o comportamento, mas geralmente capaz de exercer controle voluntário sobre ele 2 = forte impulso de realizar o comportamento, controlado com dificuldade 3 = impulso muito forte de realizar o comportamento, deve ser realizado até o fim, só pode protelar com dificuldade 4 = impulso de realizar o comportamento sentido como completamente involuntário, incontrolável, raramente capaz de, mesmo momentaneamente, protelar a atividade.</p> <p>Uso do entrevistador</p> <p>_____ ESCORE (total)</p>

**ESCALA PARA AVALIAÇÃO DE FENÔMENOS SENSORIAIS DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
(USP-SPS)**

Nome: _____

Data da Avaliação: ____/____/____

Data de Nascimento: ____/____/____

Você está usando medicação para TOC e/ou tiques? Sim () Não()

Se Sim, qual medicação: _____

Você faz Terapia Cognitiva e/ou Comportamental? Sim () Não()

Se Sim, há quanto tempo: _____

Avaliador:

Prezado paciente,

Por favor, leia esta introdução antes de responder às questões.

Esta escala foi desenvolvida para investigar algumas experiências subjetivas que podem acontecer antes ou durante a realização dos comportamentos repetitivos, ou que podem até mesmo desencadear esses comportamentos. Alguns exemplos de comportamentos repetitivos são as compulsões, rituais, “manias”, atos mentais ou tiques. As perguntas desta escala se referem a vários tipos de experiências subjetivas que podem desencadear ou acompanhar esses comportamentos repetitivos. Essas experiências são chamadas na literatura de Fenômenos Sensoriais, porque descrevem sensações ou sentimentos desconfortáveis, incômodos ou perturbadores. Essas sensações podem ser físicas e/ou mentais. Elas podem ocorrer de diversas formas e nessa escala você vai encontrar várias definições e/ou exemplos de Fenômenos Sensoriais. Por exemplo: uma pessoa pode sentir que tem as mãos oleosas, e por isso lava as mãos de modo exagerado; outra pessoa pode sentir-se desconfortável ao olhar para diversos

objetos numa prateleira, e sente a necessidade de arrumá-los exaustivamente, até que tudo pareça perfeitamente “em ordem” visualmente.

Os Fenômenos Sensoriais podem ser as únicas experiências que precedem ou acompanham seus comportamentos repetitivos (compulsões, rituais, tiques, etc.), ou você pode ter também outros tipos de experiências, tais como medos, preocupações, imagens (que são freqüentemente descritos como obsessões). Por exemplo, uma pessoa pode achar que sua mão está contaminada e ficar com medo, e por isso lavar as mãos repetidas vezes. Neste caso, a compulsão (lavar as mãos) é resultado de uma obsessão (medo de contaminação). Nesta escala, gostaríamos que você se concentrasse apenas nos fenômenos sensoriais, não nas obsessões.

Por favor, leia cada exemplo com atenção e assinale todos os exemplos que melhor descrevem os Fenômenos Sensoriais que precedem ou acompanham seus comportamentos repetitivos. Caso você nunca tenha apresentado um dos tipos descritos nos exemplos, assinale a coluna “NUNCA”. Caso tenha apresentado um dos tipos descritos no passado, mas o mesmo não esteve presente durante o último mês, marque a coluna “PASSADO”. Caso você tenha apresentado um dos tipos descritos nos exemplos durante o último mês, assinale a coluna “ATUAL”. Por favor, tente lembrar qual a sua idade quando começou a apresentar o exemplo específico. Você poderá também descrever seus Fenômenos Sensoriais com suas próprias palavras, caso eles não estejam ilustrados nos exemplos.

Se você não estiver completamente certo da sua resposta, não se preocupe. O entrevistador poderá esclarecer suas dúvidas.

Não existem respostas certas ou erradas. Isto não é um teste.

Obrigado por sua participação!

Para citação: ESCALA PARA AVALIAÇÃO DE PRESENÇA E GRAVIDADE DE FENÔMENOS SENSORIAIS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP-SPS): Rosário-Campos MC; Prado HS; Shavitt RG; Hounie AG; Chacon PJ; Mathis ME; Mathis MA; Leckman JF; Miguel EC. Faculdade Medicina da Universidade de São Paulo. 2005. 10ª. Versão.

Exemplos de Fenômenos Sensoriais

A. Sensações Físicas: sensações desconfortáveis na pele (táteis), músculos ou ossos (músculo-esquelética) e/ou nas vísceras (órgãos internos). Você pode ter a necessidade de realizar um comportamento repetitivo até obter alívio ou se livrar (eliminar) desta sensação física.

B. “Estar em ordem” (“just-right”) relacionado a estímulos sensoriais visuais, auditivos e táteis:

VISUAIS: necessidade dos objetos parecerem visualmente “em ordem”;

AUDITIVAS: necessidade de objetos ou pessoas “soarem de uma determinada maneira” ou “em ordem”;

TÁTEIS: necessidade de tocar em pessoas ou objetos até obter uma sensação tátil de estar “em ordem” nas mãos ou em outra parte do corpo.

C. Sensação de incompletude ou necessidade de sentir-se “em ordem” (“just-right”): sensação interna de desconforto, que pode desencadear a necessidade de realizar os comportamentos até sentir alívio. Sensação interna de não estar “em ordem”, que desencadeia ou acompanha a necessidade de realizar o comportamento até sentir que “está legal”, que está “em ordem”.

D. Sensação de energia interna: uma energia interna que cresce e precisa ser descarregada. Sensação generalizada de tensão ou energia que cresce e precisa ser descarregada pela realização de comportamentos repetitivos.

E. “Ter que fazer”: apenas “tenho que fazer” o comportamento. Os comportamentos não são precedidos por nenhuma obsessão nem por nenhum tipo de Fenômeno Sensorial ou percepção.

A. Parte I – Lista de exemplos de Fenômenos Sensoriais

Exemplos de Fenômenos Sensoriais	Nunca	Passado	Atual (este mês)	Idade de início
A.1- Sensação Física Tátil				
1.Sinto minhas mãos (ou outras partes do corpo) oleosas, grudentas ou engorduradas, e preciso lavá-las até me livrar dessa sensação.				
2.Tenho que tocar certas superfícies lisas e/ou ásperas, como veludo, pedra, plástico até sentir uma sensação específica nas pontas dos dedos.				
3.Tenho uma sensação de secura nos meus lábios e tenho que lamben os lábios ou passar batom ou manteiga de cacau para aliviar esta sensação.				
⊙ Caso você tenha outro tipo de sensação física tátil que não esses descritos acima, por favor, descreva:				
A.2- Sensação física músculo-esquelética ou visceral				
1. Sinto uma sensação nos meus músculos, que me levam a tensionar os meus músculos de acordo com um certo padrão. Por exemplo, precisa ser realizado da direita para a esquerda e depois ao contrário, um determinado número de vezes.				
2. Tenho uma sensação de estufamento no abdome que faz com que eu contraia e relaxe o abdome.				
⊙ Caso você tenha outro tipo de sensação física músculo-esquelética ou visceral, que não esses descritos acima, por favor, descreva:				

B.1 - “Estar em ordem” relacionado a estímulo visual.	Nunca	Passado	Atual (este mês)	Idade de início
1. Os objetos do meu quarto precisam ser arrumados de uma determinada forma, ou de modo simétrico, para que eles pareçam visualmente “em ordem”.				
2. Arrumo os quadros na parede até que me pareçam visualmente “em ordem”.				
3. Quando me visto preciso centralizar o cinto e/ou outras roupas até que pareçam perfeitamente alinhados.				
⊙ Caso você tenha outro tipo de “estar em ordem” relacionado a estímulo visual, que não esses descritos acima, por favor, descreva:				
B.2 - "Estar em ordem” relacionado a estímulo auditivo				
1. Repito palavras até elas soarem exatamente como desejo, até soarem “legais”; Eu repito, ou peço que outras pessoas repitam palavras ou frases até eu ouvir a entonação que soe “em ordem”.				
2. Tranco e destranco uma porta até a fechadura soar “legal” ou fazer um barulho que me faça sentir “legal”. Preciso sintonizar o relógio ou sistema de som até eles soarem “em ordem”.				
⊙ Caso você tenha outro tipo de “estar em ordem” associado a estímulo auditivo, que não esses descritos acima, por favor, descreva:				

B.3 - "Estar em ordem" relacionado a estímulo tátil	Nunca	Passado	Atual (este mês)	Idade de início
1. Preciso tocar ou esfregar um objeto até obter uma sensação nas mãos de "estar em ordem" ou "legal"				
2. Quando toco em algo com alguma parte do meu corpo preciso tocar com outra parte do meu corpo para me "equilibrar", ou me sentir "em ordem". Por exemplo, após tocar em algo com a mão direita preciso tocar igual e ter a mesma sensação com a mão esquerda.				
⊙ Caso você tenha outro tipo de "estar em ordem" associado a estímulo tátil que não esses descritos acima, por favor, descreva:				
C. Sensações de incompletude; necessidade de se sentir "em ordem" ou "just-right".				
1. Tenho uma sensação de incompletude, de que está faltando alguma coisa em mim, de imperfeição ou insuficiência que me faz realizar os comportamentos várias vezes até que eu me sinta aliviado, embora possa ou não chegar a me sentir satisfeito, completo ou "em ordem" ("just-right").				
⊙ Caso você tenha outro tipo de "estar em ordem" interno que não esse descrito acima, por favor, descreva:				
OBS: Caso a resposta seja positiva neste item, favor preencher a Parte III na página 9.				
D. Sensação de Energia interna				
1. Sinto uma energia que vai crescendo como um vulcão, prestes a explodir, e que precisa ser descarregada através da realização dos meus comportamentos repetitivos.				
⊙ Caso você tenha outro tipo de sensação ou percepção de "energia interna" que não esse descrito acima, por favor, descreva:				

E. Apenas “Ter que”	Nunca	Passado	Atual (este mês)	Idade de início
1. Não sei porque tenho que repetir meus comportamentos tantas vezes, apenas “tenho que” fazer.				

Parte II - AVALIAÇÃO DE GRAVIDADE DOS FENÔMENOS SENSORIAIS (último mês)

1. Com que frequência os seus comportamentos repetitivos são precedidos ou acompanhados pelos Fenômenos Sensoriais ou Percepções? Quanto frequentemente esses Fenômenos Sensoriais ocorrem?

OBS: NÃO CONSIDERE AQUI O TEMPO OCUPADO POR OBSESSÕES (pensamentos, imagens, idéias, medos ou preocupações)

0. **Nunca** = 0%
1. **Raramente** = 1% a 20%
2. **Ocasionalmente** = 21% a 40%
3. **Freqüentemente** = 41% a 60%
4. **Quase sempre** = 61% a 80%
5. **Sempre** = 81% a 100% .

2. Quanto incômodo esses Fenômenos Sensoriais ou Percepções causam? Na maioria das vezes, o incômodo equivale a ansiedade, desconforto, nervosismo, angústia ou até exaustão. OBS: NÃO CONSIDERE AQUI O INCÔMODO CAUSADO PELAS OBSESSÕES (pensamentos, imagens, idéias, medos ou preocupações).

0. **Nenhum**
1. **Mínimo**: quando esses fenômenos sensoriais estão presentes, eles incomodam minimamente.
2. **Médio**: esses fenômenos sensoriais me incomodam um pouco.
3. **Moderado**: esses fenômenos sensoriais são incômodos, mas ainda toleráveis.
4. **Grave**: esses fenômenos sensoriais são muito incômodos.
5. **Extremo**: esses fenômenos sensoriais causam incômodo constante ou até incapacitante.

3. Quanto esses Fenômenos Sensoriais interferem em sua vida familiar, social, profissional e afetiva? Existe alguma atividade que você deixa de fazer por causa desses Fenômenos Sensoriais? OBS: NÃO CONSIDERE AQUI A INTERFERÊNCIA CAUSADA POR OBSESSÕES (pensamentos, imagens, idéias, medos ou preocupações).

0. **Nenhuma interferência.**
1. **Mínima:** interferência mínima, mas o meu desempenho, de um modo geral, não é prejudicado.
2. **Leve:** alguma interferência, mas o meu desempenho é prejudicado em pequeno grau.
3. **Moderada:** existe uma interferência bem definida, mas ainda dá para administrar.
4. **Interferência grave:** existe uma grande interferência em todas as minhas atividades.
5. **Extrema:** a interferência é incapacitante.

4. Por favor, compare a intensidade dos Fenômenos Sensoriais descritos acima com a intensidade das obsessões que você apresenta (pensamentos, medos, idéias, imagens, etc.), e escolha a opção que melhor descreve a intensidade dos mesmos:

(A) - O (s) fenômenos sensoriais são menos intensos/graves (ou incomodam menos) que as obsessões;

(B) – O (s) fenômenos sensoriais têm a mesma intensidade/gravidade que as obsessões;

(C) – O (s) fenômenos sensoriais são mais intensos/graves (ou incomodam mais) que as obsessões;

(D) – Não tenho nenhum tipo de obsessão precedendo meus comportamentos repetitivos;

(E) – Não tenho nenhum tipo de fenômeno sensorial precedendo meus comportamentos repetitivos.

Parte III – Avaliação sobre sensações e/ou percepções de incompletude:

Se você respondeu “Nunca” no item C, este é o final dessa escala. Obrigada pela participação.

Se você respondeu “SIM” no item C (passado ou atual), por favor, responda abaixo:

- Após realizar o comportamento repetitivo, as sensações ou percepções de incompletude ou de não sentir-se “em ordem” são seguidas por uma sensação de alívio?

() Sim () Não

- Após realizar o comportamento repetitivo, as sensações ou percepções de incompletude ou de não sentir-se “em ordem” são seguidas por sensações de completude, ou de estar “em ordem” (“just-right”)?

() Sim () Não

Por favor descreva, com suas próprias palavras, suas sensações e/ou percepções de incompletude ou de não estar “em ordem” ou “just-right”:

OBS.: Diante de pacientes que apresentam comportamentos repetitivos para os quais o mesmo não relata mais obsessões, por entender que agora realiza seus rituais de forma automática, uma pergunta pode ser interessante. O que você sentiria se não pudesse realizar seus atos compulsivos? Para aqueles pacientes que relatam que **quando impedidos apresentaram obsessões** combinou-se QUE os mesmos não receberiam um escore na USP-SPS relativo a este sintoma

Quanto tempo levou para responder essa escala? _____ minutos

Inventário Beck de Depressão - BECK-D -

Data: ____/____/____ Paciente

Neste questionário existem grupos de afirmativas. Por favor leia com atenção cada uma delas e selecione a afirmativa que melhor descreva como você se sentiu na **SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE.**

Marque um **X** no quadrado ao lado da afirmativa que você selecionou.
Certifique-se de ter lido todas as afirmativas antes de fazer sua escolha.

1. 0 = não me sinto triste
1 = sinto-me triste
2 = sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disto
3 = estou tão triste e infeliz que não posso agüentar

2. 0 = não estou particularmente encorajado frente ao futuro
1 = sinto-me desencorajado frente ao futuro
2 = sinto que não tenho nada por que esperar
3 = sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não vão melhorar

3. 0 = não me sinto fracassado
1 = sinto que falhei mais do que um indivíduo médio
2 = quando olho para trás em minha vida, só vejo uma porção de fracassos
3 = sinto que sou um fracasso completo como pessoa

4. 0 = não obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava fazer
1 = não gosto das coisas da maneira como costumava gostar
2 = não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma
3 = estou insatisfeito ou entediado com tudo

5. 0 = não me sinto particularmente culpado
1 = sinto-me culpado(a) boa parte do tempo
2 = sinto-me muito culpado(a) a maior parte do tempo
3 = sinto-me culpado(a) o tempo todo

6. 0 = não sinto que esteja sendo punido(a)
1 = sinto que posso ser punido(a)
2 = eu espero ser punido
3 = sinto que estou sendo punido(a)

7. 0 = não me sinto desapontado comigo mesmo
1 = sinto-me desapontado comigo mesmo
2 = sinto-me aborrecido comigo mesmo
3 = eu me odeio

- 8.** 0 = não sinto que seja pior que qualquer pessoa
1 = critico minhas fraquezas ou erros
2 = responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas
3 = culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem
- 9.** 0 = não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar
1 = tenho pensamentos a respeito de me matar mas não os levaria adiante
2 = gostaria de me matar
3 = eu me mataria se tivesse uma oportunidade
- 10.** 0 = não costumo chorar mais do que o habitual
1 = choro mais agora do que costumava fazer
2 = atualmente choro o tempo todo
3 = eu costumava chorar, mas agora não consigo, mesmo que queira
- 11.** 0 = não me irrita mais agora do que em qualquer outra época
1 = fico molesto ou irritado mais facilmente do que costumava
2 = atualmente sinto-me irritado o tempo todo
3 = absolutamente não me irrita com as coisas que costumam irritar-me
- 12.** 0 = não perdi o interesse nas outras pessoas
1 = interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas
2 = perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas
3 = perdi todo o meu interesse nas outras pessoas
- 13.** 0 = tomo as decisões mais ou menos tão bem como em qualquer outra época
1 = adio minhas decisões mais do que costumava
2 = tenho a maior dificuldade em tomar decisões do que antes
3 = não consigo mais tomar decisões
- 14.** 0 = não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser
1 = preocupo-me por estar parecendo velho(a) ou sem atrativos
2 = sinto que há mudanças em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos
3 = considero-me feio(a)
- 15.** 0 = posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes
1 = preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa
2 = tenho que me esforçar muito até fazer qualquer coisa
3 = não consigo fazer trabalho nenhum

- 16.** 0 = durmo tão bem quanto de hábito
1 = não durmo tão bem quanto costumava
2 = acordo 1 ou 2 horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade de voltar a dormir
3 = acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade de voltar a dormir
- 17.** 0 = não fico mais cansado(a) do que de hábito
1 = fico cansado(a) com mais facilidade do que costumava
2 = sinto-me cansado(a) ao fazer quase qualquer coisa
3 = estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa
- 18.** 0 = o meu apetite não está pior do que de hábito
1 = meu apetite não é tão bom como costumava ser
2 = meu apetite está muito pior agora
3 = não tenho mais nenhum apetite
- 19.** 0 = não perdi muito peso se é que perdi algum ultimamente
1 = perdi mais de 2,5 kg. *estou deliberadamente tentando perder peso,*
2 = perdi mais de 5,0 kg *comendo menos: sim não*
3 = perdi mais de 7,0 kg
- 20.** 0 = não me preocupo mais que de hábito com minha saúde
1 = preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições, ou perturbações no estômago ou prisões de ventre
2 = estou preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em muito mais do que isso
3 = estou tão preocupado(a) em ter problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa
- 21.** 0 = não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual
1 = estou menos interessado(a) por sexo do que acostumava
2 = estou bem menos interessado(a) por sexo atualmente
3 = perdi completamente o interesse por sexo

Inventário Beck de Ansiedade - BECK-A

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Favor preencher cada item da lista cuidadosamente. Indique agora os sintomas que você apresentou durante **A ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE**. Marque com um **X** os espaços correspondentes a cada sintoma.

	<u>ausente</u>	<u>suave, não me incomoda muito</u>	<u>moderado, é desagradável mas consigo suportar</u>	<u>severo, quase não consigo suportar</u>
1. dormência ou formigamento				
2. sensações de calor				
3. tremor nas pernas				
4. incapaz de relaxar				
5. medo de acontecimentos ruins				
6. confuso ou delirante				
7. coração batendo forte e rápido				
8. inseguro(a)				
9. apavorado(a)				
10. nervoso(a)				
11. sensação de sufocamento				
12. tremor nas mãos				
13. trêmulo(a)				
14. medo de perder o controle				
15. dificuldade de respirar				
16. medo de morrer				
17. assustado(a)				
18. indigestão ou desconforto abdominal				
19. desmaios				
20. rubor facial				
21. sudorese (não devido ao calor)				

QUESTIONÁRIO TS-OC (YGTSS e Y-BOCS)
2ª VERSÃO DA TRADUÇÃO BRASILEIRA
PARTE I

Nota: Este questionário consta de duas partes. Elas investigam a presença de tiques, obsessões e compulsões freqüentemente encontradas em pacientes com Síndrome de Tourette e Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Você pode apresentar, ou não, os sintomas a seguir. Por favor, leia com atenção todas as questões. Caso você precise de ajuda, peça a algum familiar.

Questionário Auto-Applicável desenvolvido através dos seguintes instrumentos:

A) YALE GLOBAL TIC SEVERITY SCALE - YGTSS

Desenvolvido por: LECKMAN, J.F.; RIDDLE, M.A.; HARDIN, M.T.; ORT, S.I.
 SWARTZ, K.L.; STEVENSON, J.; COHEN, D.J.

DEPARTMENT OF PSYCHIATRY
 YALE UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE

Tradução Brasileira: Projeto dos Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (PROTOC) - Maria Conceição do Rosário-Campos, Marcos Tomanik Mercadante, Ana Hounie e Eurípedes Constantino Miguel Filho.

A.1. – LISTA DE SINTOMAS

(TIQUES)

Quando estiver preenchendo esta primeira parte você pode querer consultar estas definições sobre tiques:

DESCRIÇÃO DE TIQUE MOTOR:

Tique motor tem início geralmente na infância e é caracterizado por solavancos, abalos rápidos ou movimentos tais como piscar de olhos ou abalos rápidos da cabeça de um lado para o outro. Ocorrem em episódios durante o dia, apresentando piora durante os períodos de cansaço e/ou estresse. Vários tiques ocorrem sem alarme e podem não ser percebidos pela pessoa que os tem. Outros são precedidos por uma súbita sensação ou vivência de desconforto, de difícil descrição (alguns se assemelham a uma necessidade de coçar). Em vários casos é possível suprimir os tiques, voluntariamente, por breves períodos de tempo. Embora qualquer parte do corpo possa estar afetada, as áreas mais comuns são face, pescoço e ombros. Durante semanas ou meses os tiques motores aumentam ou diminuem e os tiques antigos podem ser substituídos por outros totalmente novos. Alguns tiques podem ser complexos, tais como, fazer uma expressão facial ou um movimento de encolher os ombros (como se expressasse dúvida), que poderia ser mal entendido pelos outros (isto é: como se a pessoa estivesse dizendo "eu não sei", ao invés de apresentar um tique de encolher os ombros). Tiques complexos podem ser difíceis de serem diferenciados das compulsões, embora não seja freqüente a presença de tiques complexos sem a presença de tiques simples.

Definições

1. **Tique motor simples:** qualquer movimento rápido, breve, sem sentido, que ocorra repetidamente (como um excessivo piscar de olhos ou olhar de soslaio).

2. **Tique motor complexo:** qualquer movimento rápido, estereotipado (isto é: sempre feito da mesma maneira), semi-intencional (isto é: o movimento pode parecer um ato expressivo, porém às vezes pode não estar relacionado com o que está ocorrendo no momento, por exemplo: dar de ombros sem contexto para isto), que envolve mais do que um agrupamento muscular. Existe a possibilidade de haver múltiplos movimentos, como caretas juntamente com movimentos corporais.

3. Ambos

Por favor, assinale os tiques que você tem apresentado na última semana ou apresentou no passado.

Nunca	Passado	Presente	Movimento: Eu tenho experimentado ou os outros têm percebido ataques involuntários de:	Idade de Início
-------	---------	----------	--	--------------------

Movimentos de olhos

			1. Simples: piscar de olhos, ficar estrábico, uma rápida virada de olhos, rodar os olhos ou arregalar os olhos por breves períodos	
			2. Complexo: expressão do olhar como de surpresa, zombeteiro ou esquisito ou olhar para um lado por curto período de tempo, como se escutasse um barulho.	

Movimentos de nariz, boca, língua ou faciais (caretas)

			3. Simples: movimento brusco de torcer o nariz, morder a língua, mastigar os lábios ou lambê-los, fazer beijo, mostrar ou ranger os dentes.	
			4. Complexo: dilatar as narinas como se cheirasse algo, sorrir, ou outros gestos que envolvam a boca, realizar expressões engraçadas (caretas) ou colocar a língua para fora (protusão).	

Movimentos ou abalos (sacudidelas) de cabeça

			5. Tocar os ombros com o queixo ou levantar o queixo	
			6. Arremessar a cabeça para trás, como se fosse tirar os cabelos da frente dos olhos.	

Movimentos dos ombros

			7. Sacudir um ombro	
			8. Encolher os ombros como se dissesse "eu não sei"	

Movimentos de braços e mãos

Nunca	Passado	Presente		
			9. Flexão ou extensão rápida dos braços, roer as unhas, cutucar com os dedos, estalar as juntas dos dedos	
			10. Passar a mão no cabelo como se fosse penteá-lo, tocar objetos ou outras pessoas, beliscar, contar com os dedos sem propósito ou “tiques de escrita”; como escrever várias vezes a mesma letra ou palavra retroceder com o lápis enquanto escreve.	

Movimentos de pés, pernas e dedos dos pés

			11. Chutar, saltitar, dobrar os joelhos, flexionar ou estender os tornozelos, chacoalhar, andar batendo os pés, leve ou pesadamente.	
			12. Dar um passo para frente e dois para trás, dobrar o joelho profundamente, ficar de cócoras.	

Movimentos abdominais, de tronco e pelve.

			13. Tencionar o abdome ou as nádegas	
--	--	--	--------------------------------------	--

			Movimento: Eu tenho experimentado ou os outros têm percebido ataques involuntários de:	Idade de Início

Outros tiques simples

			14. Por favor, descreva-os:	
--	--	--	-----------------------------	--

Outros tiques complexos

			15. Tiques relacionados com comportamentos compulsivos (tocar, bater, arrumar, escolher, emparelhar ou balancear) Descreva:	
			16. Tiques estímulo-dependentes, ex.	
			17. Gestos obscenos ou rudes, como estender o dedo médio.	
			18. Posturas incomuns	
			19. Dobrar ou girar, tal como se dobrar sobre si mesmo	
			20. Rodar ou girar (piruetas)	
			21. Comportamentos súbitos, impulsivos. Descrever: _____	
			22. Comportamentos que podem ferir ou machucar outras pessoas:	
			23. Comportamentos de auto-agressão.	
			24. Qualquer outro tipo de tique motor. Descrever:	

Tique fônico simples (emissão vocal rápida, sons sem sentido)

			25. Tossir	
			26. Pigarrear	
			27. Fungar	
			28. Assobiar	
			29. Sons de pássaros ou de animais	

Tique fônico complexo

			30. Outros tiques fônicos simples (favor listar)	
			31. Sílabas (listar)	
			32. Palavras ou frases obscenas ou rudes (favor listar)	
			33. Palavras	
			34. Ecolalia (repetir o que uma pessoa disse por ex. na televisão, sejam sons, palavras ou frases)	
			35. Palilalia (repetir alguma coisa que você disse, mais de uma vez)	
			36. Outros problemas de fala (Favor descrever)	
			37. Descreva qualquer padrão ou seqüência de comportamento de tique fônico	

DESCRIÇÃO DE TIQUES MÚLTIPLOS:

Diferentes tiques podem ocorrer ao mesmo tempo, seja como discretos tiques múltiplos, ou em padrões orquestrados de múltiplos tiques seqüenciais ou simultâneos (por exemplo, um padrão de agitar as mãos, junto com piscar de olhos, acompanhado por um correr de mãos pelo cabelo, ocorrendo sempre na mesma seqüência). Se você tem observado na última semana ou alguma vez na vida, tiques múltiplos discretos ou em padrão de orquestração, ou ambos, por favor, descreva-os.

Você tem tido, na última semana tiques múltiplos discretos ocorrendo ao mesmo tempo ou tiques múltiplos seqüenciais ocorrendo ao mesmo tempo?

Sim Não

Se "sim", por favor, descreva:

Você tem mais de um agrupamento de tiques que ocorrem ao mesmo tempo?

Sim Não

Por favor, descreva qualquer outro agrupamento de tiques:

A.2. – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE TIQUES

NÚMERO DE TIQUES

Número (0 a 5)

Motor

- 0 = Nenhum
- 1 = Tique único
- 2 = Tiques múltiplos e distintos (2 a 5)
- 3 = Tiques múltiplos e distintos (> 5)
- 4 = Tiques múltiplos e distintos com ao menos um padrão de orquestração de tiques múltiplos simultâneos ou seqüenciais, difíceis de distinguir dos tiques discretos
- 5 = Tiques múltiplos e distintos com vários (mais do que 2) paroxismos orquestrados de tiques simultâneos ou seqüenciais difíceis de distinguir

*orquestração *: um tique segue o outro, em uma seqüência detectável.

Número (0 a 5)

Fônico ou vocal

- 0 = Nenhum.
- 1 = Tique único.
- 2 = Tiques múltiplos e distintos (2 a 5).
- 3 = Tiques múltiplos e distintos (> 5).
- 4 = Tiques múltiplos e distintos com ao menos um padrão de orquestração de tiques múltiplos simultâneos ou seqüenciais, tornando-se difícil distingui-los dos tiques discretos.
- 5 = Tiques múltiplos e distintos com vários (mais do que 2) paroxismos orquestrados de tiques simultâneos ou seqüenciais difíceis de serem distinguidos.

*orquestração *: um tique segue o outro, em uma seqüência detectável.

FREQÜÊNCIA DOS TIQUES

Marque uma escolha para cada questão. Anote a freqüência apenas para a última semana.

1. Durante a última semana, qual foi o maior período que você ficou sem tiques **MOTORES**? (NÃO considerar o tempo em que esteve dormindo)

- 0 = **Sempre sem tiques**. Sem evidência de tique motor.
- 1 = **Raramente**. Tiques motores ocorrem esporadicamente, raramente todos os dias; os períodos livres de tiques duram vários dias.
- 2 = **Ocasionalmente**. Tiques motores estão presentes quase que diariamente. “Ataques” de tiques podem ocorrer, mas não duram mais que alguns minutos. Intervalo sem tiques dura a maior parte do dia.
- 3 = **Freqüentemente**. Tiques motores estão presentes diariamente. Intervalos de até 3 horas sem tiques não são raros.

- 4 = **Quase sempre.** Tiques motores estão presentes em quase todas as horas do dia e os “ataques” de tiques ocorrem regularmente. Os intervalos sem tiques não são freqüentes e podem durar meia hora cada vez.
- 5 = **Sempre.** Tiques motores estão presentes todo o tempo. Os intervalos são difíceis de serem identificados e na maioria das vezes não duram mais do que 5 a 10 minutos.

2. Durante a última semana, qual foi o maior período que você ficou sem tiques **FÔNICOS?** (NÃO considerar o tempo em que esteve dormindo)

- 0 = **Sempre sem.** sem evidência de tiques fônicos.
- 1 = **Raramente.** Tiques fônicos ocorrem esporadicamente, raramente todos os dias. Os intervalos duram vários dias.
- 2 = **Ocasionalmente.** Tiques fônicos podem ocorrer quase que diariamente. “Ataques” de tiques podem ocorrer, mas não duram mais que alguns poucos minutos. Os intervalos livres de tiques duram a maior parte do dia.
- 3 = **Freqüentemente.** Tiques fônicos estão presentes diariamente. Intervalos de até 3 horas não são raros.
- 4 = **Quase sempre..** Tiques fônicos estão presentes em quase todas as horas do dia, todos os dias e os “ataques” de tiques ocorrem regularmente. Os intervalos não são freqüentes e podem durar meia hora.
- 5 = **Sempre.** Tiques fônicos estão presentes durante todo o tempo. Os intervalos são difíceis de serem identificados e na maioria das vezes não duram mais do que 5 a 10 minutos.

INTENSIDADE DOS TIQUES

1. Durante a última semana, qual foi a intensidade (força) dos seus tiques **MOTORES?**

Marque a descrição mais relevante para a intensidade de seus tiques motores durante a última semana. Por exemplo, tiques suaves (leves) podem não ser visíveis e tipicamente não são percebidos pelos outros, por sua intensidade mínima. No outro extremo, tiques graves são extremamente fortes (intensos) e exagerados na sua expressão, chamando a atenção para o indivíduo e podendo resultar em risco de lesão física por sua força na expressão. Entre os extremos existem os tiques moderados e os mistos.

- 0 = **Ausente.** Sem evidência de tiques motores.
- 1 = **Mínima.** Tiques podem não ser percebidos por outros porque eles têm intensidade mínima.
- 2 = **Suave.** Tiques não são mais fortes do que as ações voluntárias comparadas e não são observados por outros por sua intensidade suave.
- 3 = **Moderada.** Tiques são mais fortes do que as ações voluntárias comparáveis, mas não além do padrão normal de expressão quando comparados com ações voluntárias. Podem chamar a atenção por apresentarem certa força.
- 4 = **Marcada.** Tiques são mais fortes que as ações voluntárias comparáveis e têm tipicamente um caráter exagerado. Tais tiques chamam a atenção porque são fortes e exagerados no seu caráter.
- 5 = **Grave.** Tiques são extremamente fortes e exagerados em sua expressão. Esses tiques chamam a atenção e podem resultar em risco de lesão física (acidental, provocada ou auto-infligida) devido à sua força na expressão.

2. Durante a última semana, qual a intensidade de seus tiques **FÔNICOS?**

Marque a descrição relevante para o quão intensos foram os tiques. Por exemplo, tiques leves podem não ser audíveis e não são percebidos pelos outros pela sua mínima

intensidade. No outro extremo, tiques graves são extremamente barulhentos e exagerados na sua expressão, chamando a atenção para o indivíduo. Entre os extremos existem os tiques moderados e marcados.

- 0 = **Ausentes**. Sem evidência de tiques fônicos.
- 1 = **Mínima**. Tiques não são audíveis pelos outros, pois sua intensidade é mínima.
- 2 = **Suave**. Tiques não são mais barulhentos do que as emissões voluntárias, não sendo observadas pela sua intensidade leve.
- 3 = **Moderada**. Tiques são mais barulhentos do que as emissões voluntárias, mas não estão além do esperado na expressão normal de vozes. Eles podem chamar a atenção pelo seu caráter barulhento.
- 4 = **Marcada**. Tiques são mais barulhentos do que as emissões voluntárias e tipicamente têm um caráter exagerado, chamando a atenção pelo exagero e pelo barulho.
- 5 = **Grave**. Tiques são extremamente barulhentos e exagerados na expressão, estes tiques chamam a atenção para o indivíduo.

COMPLEXIDADE (0 A 5)

Motor

- 0 = **Nenhuma**. Se presentes, todos os tiques são simples (abruptos, breves, sem significado).
- 1 = **Limítrofe**. Alguns tiques não são claramente simples.
- 2 = **Leve**. Alguns tiques são complexos (com significado aparente) e parecem comportamentos automáticos breves, tais como arrumar, que podem ser prontamente camuflados.
- 3 = **Moderada**. Alguns tiques são mais complexos (com significado e mais prolongados) e podem ocorrer crises de orquestração que seriam difíceis de camuflar, mas podem ser racionalizados ou explicados como comportamento normais (pegar, bater)
- 4 = **Marcada**. Alguns tiques são muito complexos e tendem a ocorrer em crises prolongadas de orquestração que seriam difíceis de camuflar e não poderiam ser facilmente racionalizados como comportamentos normais, pela sua duração ou pela sua impropriedade, bizarria e caráter obscuro (uma prolongada contorção facial, toques em genitália).
- 5 = **Grave**. Alguns tiques envolvem crises lentas de comportamento orquestrado que seriam impossíveis de serem camufladas ou racionalizadas como normais pela sua duração ou extrema impropriedade, raridade, bizarria ou caráter obscuro (prolongadas exhibições envolvendo copropraxia ou auto-injúria).

COMPLEXIDADE (0 A 5)

Vocal

- 0 = **Nenhuma**. Se presentes, todos os tiques são simples (abruptos, breves, sem significado).
- 1 = **Limítrofe**. Alguns tiques não são claramente simples.
- 2 = **Leve**. Alguns tiques são complexos (com significado aparente) e parecem comportamentos automáticos breves, tais como emitir sílabas ou sons breves e sem sentido tais como “ah, ah”, que podem ser prontamente camufladas.

- 3 = **Moderada**. Alguns tiques são mais complexos (com significado e mais prolongados) e podem ocorrer crises de orquestração que seriam difíceis de camuflar mas podem ser racionalizados ou explicados como fala normais (dizer "você aposta" ou "querida" e breve ecolalia).
- 4 = **Marcada**. Alguns tiques são muito complexos e tendem a ocorrer em crises prolongadas de orquestração que seriam difíceis de camuflar e não poderiam ser facilmente racionalizados como falas normais, pela sua duração ou pela sua impropriedade, bizarria e caráter obscuro (uma prolongada palilalia, ecolalia, falas atípicas, longos períodos dizendo "o que você pretende" repetidamente ou dizer "foda-se" ou "merda").
- 5 = **Grave**. Alguns tiques envolvem crises lentas de fala que seriam impossíveis de serem camufladas ou racionalizadas como normais pela sua duração ou extrema impropriedade, raridade, bizarria ou caráter obscuro (prolongadas exhibições ou emissões vocais freqüentemente envolvendo copropraxia, auto-injúria ou coprolalia).

INTERFERÊNCIA.

Motor

1. Durante a última semana, os tiques motores interromperam ou atrapalharam o que você estava fazendo? Marque uma opção para cada coluna

0. **Nenhuma**

- 1. **Mínima** - Quando os tiques estão presentes, eles não interrompem o fluxo do comportamento ou da fala
- 2. **Leve** - Quando os tiques estão presentes, eles ocasionalmente interrompem o fluxo do comportamento ou da fala
- 3. **Moderada** - Quando os tiques estão presentes, eles freqüentemente interrompem o fluxo do comportamento ou da fala
- 4. **Marcada** - Quando os tiques estão presentes, eles freqüentemente interrompem o fluxo do comportamento ou da fala e ocasionalmente interrompem a intenção de agir ou se comunicar
- 5. **Grave** - Quando os tiques estão presentes, eles freqüentemente chegam a interromper a intenção de agir ou se comunicar

INTERFERÊNCIA.

Vocal

1. Durante a última semana, os tiques vocais interromperam ou atrapalharam o que você estava fazendo? Marque uma opção para cada coluna

0. **Nenhuma**

- 1. **Mínima** - Quando os tiques estão presentes, eles não interrompem o fluxo do comportamento ou da fala.
- 2. **Leve** - Quando os tiques estão presentes, eles ocasionalmente interrompem o fluxo do comportamento ou da fala
- 3. **Moderada** - Quando os tiques estão presentes, eles freqüentemente interrompem o fluxo do comportamento ou da fala
- 4. **Marcada** - Quando os tiques estão presentes, eles freqüentemente interrompem o fluxo do comportamento ou da fala e ocasionalmente interrompem a intenção de agir ou se comunicar
- 5. **Grave** - Quando os tiques estão presentes, eles freqüentemente chegam a interromper a intenção de agir ou se comunicar

COMPROMETIMENTO GERAL (considerar todos os tiques presentes)

- 0 = **Nenhum**.
- 10 = **Mínimo**. Tiques estão associados a discretas dificuldades na auto-estima, vida familiar, aceitação social, ou funcionamento no trabalho ou escola (infreqüente tristeza ou preocupação sobre a evolução futura dos tiques, leve aumento na tensão familiar por causa dos tiques, ocasionalmente amigos ou conhecidos observam e comentam sobre os tiques com consternação).
- 20 = **Leve**. Tiques estão associados com dificuldades menores na auto-estima, vida familiar, aceitação social, ou funcionamento no trabalho ou escola.
- 30 = **Moderado**. Tiques estão associados claramente com problemas na auto-estima, vida familiar, aceitação social, ou funcionamento no trabalho ou escola (episódios de disforia, períodos de estresse e revolta na família, freqüente gozação por companheiros ou episódios de afastamento social, interferência periódica no desempenho escolar ou do trabalho por causa dos tiques).
- 40 = **Marcado**. Tiques estão associados com dificuldades graves na auto-estima, vida familiar, aceitação social, ou funcionamento no trabalho ou escola.
- 50 = **Grave**. Tiques estão associados com extrema dificuldade com a auto-estima, vida familiar, aceitação social, ou funcionamento escolar ou trabalho (grave depressão com ideação suicida, desmantelamento familiar (separação /divórcio, mudança residencial), rompimento social, grave restrição da vida pelo estigma e afastamento social, troca escolar ou perda de emprego).

RESULTADO DA YALE GLOBAL TIC SEVERTY SCALE (YGTSS)

	Número	Freqüência	Intensidade	Complexidade	Interferência
a. Tiques motores					
b. Tiques fônicos					
c. Total para todos os tiques					

Total dos tiques (NÚMERO + FREQÜÊNCIA + INTENSIDADE + COMPLEXIDADE + INTERFERÊNCIA) = _____

ÍNDICE DE COMPROMETIMENTO GERAL PELOS TIQUES = _____

GRAVIDADE GERAL (Nº TOTAL DE TIQUES + comprometimento) = _____

Quantos anos tinha quando surgiu o primeiro tique? _____

Quantos anos tinha quando os tiques começaram a incomodar? _____

Com que idade procurou tratamento? _____

ANEXO 3

Sensory Phenomena in Obsessive-Compulsive Disorder and Tic Disorders: a review of the literature

Prado HS, Rosario MC, Lee J, Hounie AG, Shavitt RG, Leckman JF, Miguel EC.

This study was supported by grants from CNPq - Process nº 133339/2004-1

Introduction

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a frequent and clinically heterogeneous condition, characterized by the presence of obsessions and/or compulsions that are time consuming and/or cause significant impairment or distress for the patient or their families^{1,2,3}.

Tourette syndrome (TS) is a chronic neuropsychiatry disorder characterized by an assemblage of repetitive motor and vocal tics, with a minimum duration of one year^{2,4,5}. A tic is a sudden, repetitive movement, gesture or utterance that typically mimics some fragment of normal behavior. Tics can be suppressed by voluntary effort, but this frequently leads to a heightened emotional stage, which is commonly described by patients as an energy that builds up until the tics are performed^{2,6}.

Since the initial descriptions, it has been hypothesized that there is an association between TS and OCD patients^{3,7-23}. This association has been emphasized more recently by studies reporting that OCD patients with tics present specific clinical features²⁴⁻²⁹; a higher recurrence risk for first degree relatives affected with OCD and/or tics^{8,10,13,30}; particular neurochemical findings³¹; and a different treatment response profile^{32,33}.

Although the current diagnostic criteria¹, for OCD and TS consider the presence of obsessive compulsive symptoms (OCS) and motor tics as the core clinical features, a variety of subjective experiences (SE) have been reported to be associated to the symptom expression of these disorders.

First described in TS patients, these SE have been defined in different ways according to different authors^{5,6,29,35-39,40,41}. For instance, Leckman et cols³⁷ defined Premonitory Urges as bodily sensations, experienced as being either a “physical” phenomenon or “somewhere in between physical and mental”. The same authors have also described a specific type of SE, “Just-Right perceptions” which were conceptualized as the need that some patients have to perform their tics and compulsions until they felt “just-right”. Recently, the TS Classification and Study Group defined these SE as “focal or generalized uncomfortable feelings or sensations preceding tics that usually are relieved by a movement”.

The investigation of these different forms of SE is important for several reasons: 1) Both patients with OCD and TS report that such phenomena may cause more distress than the compulsions or tics themselves^{3; 36}; 2) The presence of these SE may be helpful for the identification of OCD patients with early onset³⁹ or with OCD associated with tics^{9,29}; 3) The understanding of the presence of SE may increase the patient’s ability to suppress symptoms³⁶; 4) Pharmacological treatment may alter such SE⁴²; 5) It is possible that the presence of SE may be a predictive factor of response to treatment²⁹. For example, Shavitt⁴³ reported that the presence of SE represented a positive predictive factor of the good response to the treatment of OCD with clomipramine.

Despite its relevance, the studies investigating SE have been limited by the fact that there is no consensus in the literature on how to best define them. This lack of consensus makes the studies results difficult to interpret, and limits the possibility of including them in the search for etiological factors associated with OCD and TS. The main objective of this paper was to review all previous descriptions of SE in order to propose a consensus.

Method

This review was carried out on the English literature since 1980 available on Medline, Psychinfo and Cochrane Library databases using the following terms: premonitory urges, sensory tics, “just-right” perceptions, sensory phenomena, sensory experiences, incompleteness, “not just-right” phenomena, obsessive-compulsive disorder and Tourette’s syndrome. We also searched for the references cited in each article previously found that referred specifically to the specified terms.

Criteria for inclusion/exclusion of articles

1. Inclusion criteria: all articles that mentioned at least one of the above terms to define these and/or investigated these SE in OCD and/or TS subjects.

2. Exclusion criteria: all articles in which SE was mentioned but was not associated to psychiatric disorders.

Database description

A comprehensive database was created including all the potential citations about subjective experiences in OCD, tics and TS. This database contained 736 references, divided according to the different sources that were searched: The Cochrane Controlled Trials Register, Cochrane Library (N=23); Medline (N=214); and PsycLit/Psycinfo (N=499).

After examining the abstracts of the above articles, 32 papers describing these SE were included in the study. According to the type of methodological design, the papers could be divided as follows: case-control (15); descriptive (7); cohort (1); Case-study (3); Self-report (2); scale validation (1); Historical perspective (1); Review (1); and a book chapter (1).

Results

Clinical Studies

Bliss, a patient with TS, provided the first comprehensive description of these SE in the literature³⁴. He stated that the tics were not the only manifestations of the syndrome, since there were a series of subtle sensations that preceded or accompanied the motor and vocals tics. He named these sensations as “preliminary sensations” or “discrete sensations.”

After this description, many researchers directed their efforts to understand the characteristics and mechanisms of these SE. For instance, Shapiro et al.⁵ described “Sensory Tics” as somatic sensations in the joints, bones, muscles and other parts of the body. These authors reported that these sensations “evoked a feeling answered by performing an intentional or voluntary movement to relieve the disturbing sensations”.

Concerning OCD, in its 1903 report, Janet⁷ described patients with feelings of imperfection and incompleteness preceding or accompanying their compulsive behaviors. Similarly, Rasmussen & Eisen⁴⁵ reported that patients with OCD had an inner sensation that was connected to the wish that things were perfect, absolutely right, or completely under control.

In 1994, Leckman et al.⁵⁷ introduced the concept of “just-right” perceptions, in order to describe the sensation that some patients referred to as not feeling well, balanced, “just-right”, so that they needed to perform the repetitive behaviors until they felt “just-right.” According to them, these sensations were, most of the time, related to visual, tactile and auditory sensory stimuli.

Summerfeldt et al.⁴⁶ described feelings of incompleteness as uncomfortable or distressing sensations that not necessarily triggered the avoidance of a potential damage, but the need to correct feelings of imperfection, or the need for accuracy. These authors reported that these feelings of incompleteness were associated with lower response to cognitive behavior therapy (CBT).

Miguel et al.²⁷ developed a study to investigate what could precede or accompany repetitive behaviors (tics and/or compulsions) and to determine whether these SE could differentiate OCD patients with tics from OCD patients without tics. They found that OCD patients without TS presented a higher frequency of cognitive phenomena (obsessions) and autonomic anxiety preceding their compulsions. On the other hand, OCD patients without TS had a higher frequency of SE preceding their compulsions, similar to TS patients. They proposed the idea of a phenomenological *continuum* between tics and OC symptoms, and that these SE could be crucial for the identification of OCD subtypes^{27,28}. Furthermore, these authors emphasized the need for a consensus in the definitions of these SE and proposed the term “sensory phenomena (SP)” as a term that best summarized all previous descriptions of SE in the literature.

INSERT TABLE 1 AROUND HERE

More recently, the definition of Sensory Phenomena (SP) was better investigated and it was proposed that it could be divided into physical and mental SP²⁹, summarizing all previous descriptions of these SE in the literature. Physical sensations included localized tactile and muscle-skeletal sensations and mental perceptions included the definitions of “just-right” perceptions (tactile, visual and auditory sensory stimuli); energy (generalized inner tension); and incompleteness (or need for accuracy).

INSERT TABLE 2 AROUND HERE

It is important to mention that almost all published articles presented higher frequencies of SP both in TS and OCD patients. The only exception was the study by Shapiro et al.⁵, in which only 4.1% of 1,237 subjects presented SP. However, this low percentage might be explained by the fact

that only medical records were analyzed, without direct interviews of the patients.

These studies (Table 2)^{2,5,7,17,27-29,34-38,40,41,45-61} exemplify that SP are substantially more frequent than expected, and should be included as part of the clinical evaluation of OCD and TS patients. They also mention that a major limitation for a better understanding of these SP is the lack of structured interviews for assessing their presence and severity.

As an attempt to overcome this limitation, a group of researchers from the Institute of Psychiatry of the University of São Paulo's Medical School and from the Massachusetts General Hospital at the University of Harvard, developed the USP-Harvard Interview for Repetitive Behaviors (USP-Harvard), which consisted of questions assessing presence and severity of SP, cognitive phenomena (obsessions) and autonomic anxiety symptoms preceding and or accompanying repetitive behaviors^{27,28,29}.

So far, there have been seven studies assessing SP with the USP-Harvard Interview. For instance, Miguel et al.^{27,28} reported that OCD patients without tics presented higher frequencies of cognitive and autonomic anxiety phenomena, when compared to OCD+TS or TS alone patients. However, OCD+TS group had more SP than the OCD group, and that the frequencies of SP between the TS group and the OCD+TS groups were not significantly different²⁸.

In a later study with the same sample, Miguel et al.²⁹ investigated in more detail which kinds of SP could differentiate TS, OCD+TS from OCD patients. In this study²⁹, most types of sensory phenomena were more frequent in the two TS groups (OCD+TS and TS only), when compared to the OCD-only group. These differences were even more striking for bodily sensations (both tactile and muscular-skeletal/visceral) and the less complex mental sensations such as "urge only" and/or "energy release". For instance, the need to perform the behavior until feeling "just-right" was reported in 90% of the OCD+TS group compared to 48% of the TS group and 35% of the

OCD group. Feelings of incompleteness were even more distinctive of the OCD + TS group. These findings were congruent with those reported by Leckman et al⁵⁷ in which “just-right perceptions” were found more frequently in TS+OCD patients, compared with TS patients without OCD.

To further evaluate this last hypothesis, Diniz et al⁶¹ used the USP-Harvard Interview to investigate possible differences in the expression of SP in OCD patients without tics (OCD-Tics, N = 98), OCD patients with chronic motor or vocal tics (OCD+CMVT, N=31) and OCD patients with TS (OCD+TS, N=30). Interestingly, patients with OCD+CMVT were intermediate between OCD+TS and OCD-Tics regarding frequency and severity of SP (for both bodily and mental SP), providing further evidence that these SP may prove to be useful in subtyping OCD.

Finally, another study investigated differences in the frequencies of SP between OCD patients with an early age at onset (<10 years old) compared to the ones with a later age at onset (>18 years old) of the OC symptoms. These authors found that the early-onset group had significantly higher frequencies of SP (both bodily and mental kinds), when compared to the late onset group⁴⁰.

Other studies^{52,40,61,65} using the USP-Harvard Interview are described on Table 3. These studies reported that sensory phenomena occurred more frequently in males and among individuals with a family history of TS²⁸.

INSERT TABLE 3 AROUND HERE

These results indicated that the presence of SP is not restricted to TS patients, and can be an important phenotypic variable in the characterization of the tic-related OCD. In addition, SP is also more preeminent in OCD subjects with an early age at onset of obsessive-compulsive symptoms. Therefore, these results suggest that SP could be useful for establishing more homogeneous subgroups of OCD and TS subjects.

Epidemiologic studies on Sensory Phenomena

So far there are no epidemiological studies designed to assess these SP in the general population published in the literature.

Nevertheless, Coles et al^{41,44} investigated the presence of SP in a non-clinical population. In the first study Coles et al⁴¹ applied a questionnaire about perception of everyday experiences to 119 college students. In a later study, Coles et al. experimentally induced not just-right experiences (NJREs) in the subjects. In both of these studies the authors concluded that NJREs occurred commonly in the population assessed, and that they also can be experimentally induced. However, they do not necessarily cause distress or fear of bad consequences.

Lee et al (2007 - personal communication), investigating the role of perfectionism and sensory phenomena in OCD in a group of 44 adult outpatients meeting DSM-IV criteria for OCD and a control group of 37 matched control found that about 35% of controls reported some form of SP and that most of the symptoms did not interfere with daily functioning, were no distress, fears or urges concerning those sensations. These data suggest that the association of SP with OCD depends on the severity of the SP, and we may conjecture that there is a continuum and that after a certain level the SP becomes more associated with OCD.

Pathophysiological studies

So far, there are no studies directly assessing etiological hypothesis for the presence and severity of SP. The current hypotheses regarding the pathophysiology behind SP mostly stem from studies carried out with TS patients. The leading theory is that there would be a hypersensitive gating mechanism in the basal ganglia leading to an overflow of afferent signals to the primary and supplementary motor cortex⁶². The hypersensitivity of the basal ganglia is believed to stem from high dopamine receptor affinity in both pre-synaptic and post-synaptic neuronal cells, especially those cells located

in the caudate nucleus³⁷. The downstream effect of the defective gating mechanism would be an increased activity in the supplementary cortex, as evidenced by PET studies⁶³. The idea is that the supplementary cortex, an area believed to be involved in movement initiation, becomes overstimulated by the excess of unfiltered sensory input from the thalamus, resulting in the occurrence of these premonitory sensations preceding and/or accompanying the tics. A preliminary study showed that sub-clinical stimulation of the supplementary cortex produced an urge to move⁶⁴.

Implications for Treatment

Shavitt et al.⁶⁵ tried to determine clinical predictors of treatment response in 41 OCD patients treated with clomipramine for at least 12 weeks. These authors reported that the presence of SP was associated with greater decreases of the Y-BOCS scores after treatment with clomipramine. Furthermore, SP were present in nine (64.3%) of the 14 OCD patients with tic disorders and in nine (50%) of the 18 patients with early-onset OCD. Ferrão et al.⁶⁶ did not find any differences in the frequencies of SP between a “responders” and treatment refractory OCD patients.

Despite the very small number of studies evaluating the association of SP and treatment response, it is possible to hypothesize that these SP might be used as predictors of treatment response.

Conclusions

This review shows the importance of having a consensus on how to define these SE and that the term SP adequately summarizes all previous descriptions in the literature. It also shows that there is a paucity of studies using structured interviews to assess presence and severity of SP as well as investigating the epidemiology and etiological mechanisms associated with these SP.

Future studies should be warranted, trying to determine if SP can provide valid and reliable indicators of pathophysiology, prognosis, and treatment response of OCD and TS patients. New evaluation procedures, encompassing all definitions of SP, are extremely important and underway.

The University of São Paulo's Sensory Phenomena Scale (USP-SPS) was developed to investigate various kinds of SP that can happen before or during the performance of repetitive behaviors. Preliminary results of the use of the USP-SPS suggest that this is an efficient instrument to evaluate the presence and severity of SP in patients with OCD (Prado, personal communication).

The current review provided evidence that SP can be useful in the identification of more homogenous subgroups of OCD and TS patients and should be included as an important phenotypic variable in future clinical, genetic, neuroimage and treatment response studies.

References

1. American Psychiatric Association. Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM-IV, 4ª edição. Washington DC: American Psychiatric Press 1994.
2. Leckman JF. Phenomenology of Tics and Natural History of Tic Disorders. *Brain Development* 2003;25:S24-S28.
3. Torres et al, 2006; Torres AR, Prince MJ, Bebbington PE, Bhugra D, Brugha TS, Farrell M, Jenkins R, Lewis G, Meltzer H, Singleton N. Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *Am J Psychiatry* 2006a;163(11):1978-1985.
4. Leckman JF, Pauls DL, Peterson BS, Riddle Mark A, Anderson GM, Cohen DJ. Pathogenesis of Tourette Syndrome – Clues from the Clinical Phenotype and Natural History *Advances in Neurology*. Edited by Chase TN, Friedhoff AJ and Cohen DJ. Raven Press, Ltd - New York 1992;85(3).
5. Shapiro AK, Shapiro ES, Young JC, Feinberg TE. Sensory Tic in Shapiro AK, Shapiro ES, Young JC, Feinberg TE, Eds. *Gilles de La Tourette Syndrome*, 2nd ed. New York: Raven Press 1988;356:360.
6. Shavitt RG, Hounie AG, Rosario Campos MC, Miguel EC. Tourette's Syndrome. *Psychiatr Clin North Am*. 2006 Jun;29(2):471-86. Review.
7. Janet P. *Les Obsessions et La Psychasthenie*, Baillière, Paris. 1903.
8. Pauls DL, Alsobrook JP, Goodman W, Rasmussen S, Leckman JF. A Family Study of Obsessive-Compulsive Disorder. *Am J Psychiatry* 1995;152:76-84.
9. Leckman JF, Grice DE, Boardman J, Zhang H, Vitale A, Bondi C, Alsobrook JP, Peterson BS, Cohen DJ, Rasmussen AS, Goodman WK, McDougale CJ, Pauls DL. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1997;154:911-917.
10. Grados MA, Riddle MA, Samuels JF, Liang KY, Hoehn-Saric R, Bienvenu OJ, Walkup JT, Song D, Nestadt G. The familial phenotype of obsessive-compulsive disorder in relation to tic disorders: the Hopkins OCD family study. *Biol Psychiatry* 2001;50:559-565.

11. Peterson B, Riddle M, Cohen D, et al. Reduced Basal Ganglia Volumes in Tourette's Syndrome Using Three-Dimensional Reconstruction Techniques from Magnetic Resonance Images. *Neurology* 1993;43:941-949
12. Hasler G, LaSalle-Ricci VH, Ronquillo JG, Crawley SA, Cochran LW, Kazuba D, Greenberg BD, Murphy DL. Obsessive-compulsive disorder symptom dimensions show specific relationships to psychiatric comorbidity. *Psychiatry Res* 2005;135(2):121-132.
13. Rosário-Campos MC, Leckman JF, Curi M, Quatrano S, Katsovitch L, Miguel EC, Pauls DL. A family study of early-onset obsessive-compulsive disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2005;136(1):92-97.
14. Torres AR, Lima MC. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: a review. *Rev Bras Psiquiatr* 2005;27(3):237-242.
15. Hounie AG, do Rosário-Campos MC, Diniz JB, Shavitt RG, Ferrão YA, Lopes AC, Mercadante MT, Busatto GF, Miguel EC. Obsessive-compulsive disorder in Tourette syndrome. *Adv Neurol* 2006;99:22-38. Review
16. Storch EA, Stige-Kaufman D, Marien WE, Sajid M, Jacob ML, Geffken GR, Goodman WK, Murphy TK. Obsessive-Compulsive disorder in youth with and without a chronic tic disorder. *Depress Anxiety* 2007;1:7.
17. Wahl K, Salkovskis PM, Cotter I. "I wash until it feels right" The phenomenology of stopping criteria in obsessive-compulsive washing. *J Anxiety Disorder* 2007.
18. Cullen B, Samuels JF, Pinto A, Fyer AJ, McCracken JT, Rauch SL, Murphy DL, Greenberg BD, Knowles JA, Piacentini J, Bienvenu OJ 3rd, Grados MA, Riddle MA, Rasmussen SA, Pauls DL, Willour VL, Shugart YY, Liang KY, Hoen-Saric R, Nesdaat G. Demographic and clinical characteristics associated with treatment status in family members with obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 2007;0:1-7.
19. Schiepek G, Tominscheck, Karch S, Mulert C, Pogarell O. Neuroimaging and Neurobiology of Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychoter Psychosom Med Psychol*, 2007.
20. Dell'Osso B, Altamura AC, Mundo E, Marazziti D, Hollander E. Diagnosis and Treatment of obsessive-compulsive disorder and related disorders. *Int J Clin Pract* 2007;61(1):98-104.

21. Fontenelle LF, Nascimento AL, Mendlowicz MV, Shavitt RG, Versiani M. An update on the pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder. *Expert Opin Pharmacother* 2007;8(5):563-83.
22. Gava I, Barbui C, Aguglia E, Carlino D, Churchill R, De Vanna M, McGuire H. Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive-compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database Syst Rev* 2007;18(2):CD005333.
23. Stein DJ, Ipser JC, Baldwin DS, Bandelow B. Treatment of obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr* 2007;12(S3):28-35.
24. George MS, Trimble MR, Ring HA, Salee FR, Robertson MM. Obsessions in Obsessive-Compulsive disorder with and without Gilles de la Tourette's syndrome. *Am J Psychiatry* 1993;150:93 -97
25. Holzer JC, Goodman WK, McDougle CJ, Baer L, Boyarsky BK, Leckman JF, Price LH. Obsessive-Compulsive Disorder with and Without a Chronic Tic Disorder: A Comparison of Symptoms in 70 Patients. *Br J Psychiatry* 1994;164:469-473.
26. Leckman JF, Grece DE, Barr LC, Vries LC de, Martin, C, Cohen DJ, McDougle CJ, Goodman, WK, Rasmussen SA. Tic-Related vs. Non-Tic-Related Obsessive-Compulsive Disorder. *Anxiety*, v.1, p.208-15, 1994/1995.
27. Miguel EC, Coffey BJ, Baer L, Savage CR, Rauch SL, Jenike MA. Phenomenology of Intentional Repetitive Behaviors in Obsessive-Compulsive Disorder and Tourette's Syndrome. *J Clin Psychiatry* 1995a,420-30.
28. Miguel EC, Rauch SL, Jenike MA. Obsessive-Compulsive Disorder. In: Miguel EC, Rauch SL, Leckman JF. *The Psychiatric Clinics of North America, Neuropsychiatry of the Basal Ganglia*, 1997;863-883.
29. Miguel EC, Rosário-Campos MC, Silva Prado H da, Valle R do, Rauch SL, Coffey BJ, Baer L, Savage CR, O'Sullivan RL, Jenike MA, Leckmann JF. Sensory Phenomena in Obsessive-Compulsive Disorder and Tourette's Disorder. *J Clin Psychiatry* 2000;61:62.
30. Pauls DL, Towbin KE, Leckman JF, Zahner GEP, Cohen DJ. Gilles de la Tourette's Syndrome and Obsessive-Compulsive Disorder - Evidence Supporting a Genetic Relationship. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:1180-1182.

31. Leckman J F, Cohen DJ. Tic Disorders. In: Rutter M, Taylor E, Hersov L. Child and Adolescent Psychiatry - Modern Approaches, Blackwell Scientific Publications, 3^a edition, c.26, p.455-66, 1994a.
32. McDougle CJ, Goodman WK, Price LH, Delgado PL, Krystal JH, Charney DS, Heninger GR. Neuroleptic Addition in Fluvoxamine - Refractory Obsessive-Compulsive Disorder. *Am J Psychiatry* 1990;147(5):652-654.
33. McDougle CJ, Goodman WK, Leckman JF, Lee NC, Heninger GR, Price LH. Haloperidol Addition in Fluvoxamine-Refractory Obsessive-Compulsive Disorder: A Double Blind, Placebo Controlled Study in Patients With and Without Tics. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:302-308.
34. Bliss J. Edit. by Cohen DJ, Freedman DX. Sensory Experiences of Gilles de la Tourette Syndrome. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37:1343-1347.
35. Kurlan R, Lichten D, Hewitt D. Sensory Tics in Tourette's Syndrome. *Neurology* 1989;39:731-734.
36. Cohen AJ, Leckman JF Sensory phenomena associated with Gilles de la Tourette's Syndrome 1992- *J Clin Psychiatry* 53:319-323
37. Leckman, JF. Eaker, DE, Cohen DJ. Premonitory Urges in Tourette's Syndrome. *American Journal Psychiatry* 1993;150: 98-102
38. Chee K-Y, Sachdev P. A Controlled Study of Sensory Tics in Gilles de La Tourette Syndrome and obsessive-compulsive disorder using a structured interview. *J Neurol, Neurosurg Psychiatry* 1997;62:188-192.
39. Rosário-Campos MC. Transtorno Obsessivo-Compulsivo de Início Precoce e de Início Tardio: Características Clínicas, Psicopatológicas e de Comorbidade. Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998. 99p.
40. Rosário-Campos MC, Leckman JF, Mercadante MT, Shavitt RG, Prado HS, Sada P, Zamignani D, Miguel EC. Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158:1899-1903.
41. Coles ME, Frost RO, Heimberg RG, Rhéaume J. Not Just Right Experiences: perfectionism, obsessive-compulsive features and general psychopathology. *Behav Res Therapy* 2003;41:681-700.

42. Leckman JF, Pauls DL, Peterson BS, Riddle Mark A, Anderson GM, Cohen DJ. Pathogenesis of Tourette Syndrome – Clues from the Clinical Phenotype and Natural History *Advances in Neurology*. Edited by Chase TN, Friedhoff AJ and Cohen DJ. Raven Press, Ltd - New York 1992;85(3).
43. Shavitt, RG. Fatores Preditivos de Resposta ao Tratamento em Pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2002.
44. Coles ME, Heimberg RG, Frost RO, Steketee G. Not just-right experiences and obsessive-compulsive features: Experimental and self-monitoring perspectives. *Behav Res Therapy* 2005;43:153-167.
45. Rasmussen SA, Eisen JL. The Epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1992;53:4-10.
46. Summerfeldt LJ. Understanding and Treating Incompleteness in Obsessive-Compulsive Disorder. *JCLP/In* 2004;60(11):1155-1168.
47. Bullen JG, Hemsley DR. Sensory Experiences as a trigger in Gilles de la Tourette's Syndrome. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1983;14:197-201.
48. Woods DW, Piacentini J, Himle MB, Chang S. Premonitory Urge for Tics Scale (PUTS): Initial Psychometric Results and Examination of Premonitory Urge Phenomenon in Youth with Tic Disorders. *Dev Behav Pediatrics* 2005;26:6.
49. Kwac C, Pa-c MS, Vuong DK, Jankovic J. Premonitory Sensory Phenomena in Tourette's Syndrome. *Movement Disorders* 2003;18(12):1530-1533.
50. Miguel EC, Rosário-Campos MC, Shavitt RG, Hounie AG, Mercadante MT. The tic-related Obsessive-Compulsive Disorder Phenotype and treatment implications in *Advances in Neurology*. Tourette Syndrome Editors Cohen DJ, Jankovic J, Goetz CG. Lippincott Williams & Wilkins 2001;85(4).
51. Jankovic J. Tourette Syndrome. Phenomenology and Classification of tics. *Neurol Clin* 1997;15(2):267-275.
52. Fen CH, Barbosa ER, Miguel EC. Síndrome Gilles de La Tourette – Estudo Clínico de 58 casos. *Arq Neuropsiquiatria* 2001;59(3-B):729-732.

53. Rodopman-Arman A, Yazgan MY, Zaimoglu S. Sensory Phenomena as an Associate of Tourette Syndrome. *Turk Psikiatri Derg* 1998;9:247-256
54. Babaschewski T, Woerner W, Rothenberger A. Premonitory sensory phenomena and suppressibility of tics in Tourette syndrome: development aspects in children and adolescents. *Dev Med Child Neurol* 2003;459(10):700-703.
55. Verdellen CW, Hoogduin CA, Keijsers GP. Tic suppression in the treatment of Tourette's syndrome with exposure therapy: The rebound phenomenon reconsidered. *Mov Disord*. 2007
56. Chouinard S, Ford B. Adult Onset Tic Disorders. *J Neurol, Neurosurg Psychiatry* 2000;68:738-743.
57. Leckman JF, Walker DE, Goodman WK, Pauls DL, & Cohen DJ. "Just Right" perceptions associated with compulsive behaviors in Tourette's syndrome. *Am J Psychiatry* 1994;151:675-680.
58. Evans DW, Gray FL, Leckman JF. The Rituals, Fears and Phobias of Young Children: Insights from Development, Psychopathology and Neurobiology *Child Psychiatry and Human Development* 1999;29(4).
59. Kane MJ. Premonitory Urges as "Attentional Tics" in Tourette's Syndrome. *J Am Acad Child Adoles Psychiatry* 1994;33(6):805-808.
60. Mancini F, Gangemi A, Perdighe C, Marini C. Not Just right experience: Is it influenced by feelings of guilt? *J Behav Therapy Experim Psych* 2007;10:1016.
61. Diniz JD, Rosário-Campos MC, Hounie AG, Curi M, Shavitt RG, Lopes AC, Miguel EC. Chronic tics and Tourette syndrome in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatry Res* 2006;40(6):487-493.
62. Peterson B, Riddle M, Cohen D, et al. Reduced Basal Ganglia Volumes in Tourette's Syndrome Using Three-Dimensional Reconstruction Techniques from Magnetic Resonance Images. *Neurology* 1993;43:941-949.
63. Eidelberg D, Moeller JR, Antonini A, et al. The metabolic anatomy of Tourette's syndrome. *Neurology* 1997;48:927-934.

64. Fried I, Katz A, McCarthy G, Sadd KJ, Williamson P, Spencer SS, Spender DD. Functional organization of human supplementary motor cortex studied by electrical stimulation. *J Neurosci* 1991;11:3656-3666.
65. Shavitt RG, Belotto C, Curi M, Hounie AG, Rosário-Campos MC, Ferrão YA, Pato MT, Miguel EC. Clinical Features associated with treatment response in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2006;47:276-281
66. Ferrão YA, Shavitt RG, Bedin NR, de Mathis ME, Carlos Lopes A, Fontenelle LF, Torres AR, Miguel EC. Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord* 2006;94(1-3):199-209.
67. Issler CK, Amaral JAMS, Tamada RS, Schwartzmann AM, Shavitt RG, Miguel EC, Lafer B. Clinical expression of obsessive-compulsive disorder in woman with bipolar disorder. *Rev Bras Psiquiat* 2005;27(2):139-142.

Tables

Table 1 - Definitions of Sensory Experiences (SE) reported in the Literature

Authors	Terms	Definitions
Janet (1903); Rasmussen & Eisen (1992); Summerfeldt (2004).	Incompleteness	An inner sense of imperfection, actions or intentions that have been incompletely achieved.
Bliss (1980); Bullen & Hemsley (1983); Shapiro et al (1988); Kurlan et al (1989); Kit-Yun Chee (1997); Woods et al (2005); Kwac et al (2003).	Sensory tics	Repetitive, involuntary behaviors, with somatic sensations in the joints, bones, muscles and other parts of the body. These disturbing sensations lead the patient to perform an intentional or voluntary movement to relieve them.
Cohen & Leckman (1992); Miguel et al (1995, 1997, 2000, 2001); Jankovic (1997); Rosário-Campos et al (2001); Chien Hsin Fen et al (2001); Leckman (2003); Rodopman-Arman et al (1998, 2004); Banaschewski et al (2003); Verdellen et al (2004); Chouinard & Ford (2005).	Sensory Phenomena/premonitory sensations/premonitory experiences	Physical sensations (uncomfortable sensations in the skin, muscles-joints or body sensations); "just-right." These "just-right" perceptions might be accompanied by sensory stimuli, i.e., visual, auditory, tactile. Mental sensation: inner tension, urge, incompleteness.
Leckman et al(1994); Evans et al (1999) ; Coles et al (2003).Whal et al, (2007) ; Mancini et al, (2007)	"Just-right" perceptions; "Not just-right" experiences"	A need to perform compulsive acts until feeling "just-right" – visual, auditory, tactile.
Rodopman-Arman et al (1989); Leckman et al (1993); Kane (1994)	Urge	A premonitory urge is a drive to perform the repetitive behavior. It is a force or impulse without any obsession, fear, worry or bodily sensations

Table 2 Sensory Phenomena**A - Physical Sensation**

Visceral/Tactile and muscles-skeletal	Uncomfortable sensations in the skin, muscles-joints or body sensations, that comes before or along with some of the repetitive behaviors. You may have to repeat certain behaviors until you experience a sense of relief from this uncomfortable sensation
--	--

B - Mental Sensation

“Just-Right” experiences triggered by visual, auditory or tactile sensations:	<p><i>Look</i> just-right: a need for the objects to look a certain way, or “just-right”;</p> <p><i>Sound</i> just-right: a need for objects or people to sound “just-right” or have the “just-right” pitch;</p> <p><i>Feel</i> just-right: a need for touching people or objects until getting a “just-right” feeling in the hands or the body.</p>
--	--

Feeling of incompleteness/need to feel “just right”:	I have an inner feeling and/or perception of discomfort that makes me do things until I feel relieved. I have an inner sense of not being “just-right” and I need to repeat a behavior until I feel that I am “just-right”.
---	---

Energy that builds up and needs to be released	A generalized inner tension or energy that builds up and needs to be released by doing some repeated movement or action
---	---

C - No sensations or feelings	just an urge to do the repetitive behaviors
--------------------------------------	---

Table 3 – Summary of studies using the University of São Paulo-Harvard Interview of Repetitive Behaviors (USP-Harvard)

Sensory Phenomena	OCD	Early Onset OCD	OCD + tics	OCD + TS	TS
All kinds of sensory phenomena	23 (57.5%) ⁶	9 (50%) ⁶	9 (64%) ⁶		12 (100%) ²⁷
	no SP ²⁷				
	8 (40%) ²⁸			20 (100%) ²⁸	20 (95%) ²⁸
	8 (40%) ²⁹			20 (100%) ²⁹	20 (95%) ²⁹
	35 (83.3) ⁴⁰	21 (100%) ⁴⁰			23 (54.8%) ⁵²
	84 (100%) ⁶¹		26 (83.87%) ⁶¹	27(90%) ⁶¹	
Body Sensations	3 (15%) ²⁹			17(85%) ²⁹	5 (42%) ²⁷
	13 (31%) ³⁹	10 (47,61%) ³⁹			9 (43%) ²⁹
	*25 (29.4%) ⁶¹		*13 (48.0%) ⁶¹	*11(37.9%) ⁶¹	
Mental Sensations	8 (40%) ²⁹			20 (100%) ²⁹	7 (58%) ²⁷
	35(83.3%) ³⁹	21 (100%) ³⁹			
	*61(80.95%) ⁶¹		*22 (84.61%) ⁶¹	*27(100%) ⁶¹	

OCD= Obsessive-Compulsive Disorder; TS=Tourette Syndrome, SP=sensory phenomena
 Studies that were summarized: Shavitt et al., 2006 (REF#6); Miguel et al., 1995 (REF#27); Miguel et al., 1997 (REF#28);

Miguel et al., 2000 (REF#29); Rosário-Campos MC, 1998 (REF#39); Rosario-Campos et al., 2001 (REF#40); Fen et al., 2001 (REF#52); Diniz et al., 2005 (REF#61).

* Patients may have more than one kind of Sensory Phenomena

Letter to the Editor
**Sensory Phenomena, “Just-Right” and “Not Just-Right”
Experiences in OCD Patients: Looking for A Consensus**

To the Editor: October 10, 2006

Several studies have addressed the subjective experiences that might precede or accompany repetitive behaviors, such as tics and/or compulsions, in obsessive-compulsive disorder (OCD) and Tourette’s syndrome (TS) patients.

Janet¹ described feelings of imperfection and incompleteness preceding or accompanying compulsive behaviors. He wrote: “the patients feel that actions they perform are incompletely achieved, or that they do not produce the sought-for satisfaction.”¹ Rasmussen and Eisen² reported that OCD patients had “an inner drive that is connected with a wish to have things perfect, absolutely certain, or completely under control”. Leckman and colleagues³ used the term “Just-Right” as a need to perform compulsive acts until feeling “Just-Right”. Leckman and colleagues⁴ later proposed the term “premonitory urges” to define sensations, as well as mental or physical awareness, normally described by the patients as an itch, discomfort or pressure that make them do the tics as a response to these premonitory urges. Coles and colleagues⁵ and Coles and colleagues⁶ have described the experiences of “Not Just-Right” in OCD patients. Summerfeldt⁷ defined the term “Incompleteness” as “the troubling and irremediable sense that one’s actions or experiences are not just-right”.

This inconsistency in definitions makes the studies’ results difficult to interpret and discourage more comprehensive investigations of these subjective experiences. Therefore, our group has proposed the term “sensory phenomena.”⁸⁻¹¹ Under “sensory phenomena” we have incorporated all previous descriptions of these subjective experiences, including: physical sensations (uncomfortable sensations in the skin, muscles-joints or body sensations, that come before or along with some of the repetitive behaviors); just-right perceptions (inner feelings and/or perceptions of discomfort that makes the patient do things until feeling just-right. These perceptions might be accompanied by sensory stimuli, such as the visual just-right); and/or energy (generalized inner tension or energy that builds up and needs to be released by doing some repeated movement or action).

We would like to emphasize the need for a consensus on how to define these subjective experiences. Considering that the term sensory phenomena unites all previous definitions, we propose its use in all studies assessing these experiences. We would also like to emphasize the need for the development of an instrument capable of properly assessing these sensory phenomena. Our group has recently developed the University of Sao Paulo Sensory Phenomena Scale (USP-SPS), which is currently being validated and is available upon request.

Being able to better investigate these sensory phenomena is of extreme relevance. Not only some do OCD patients refer that these sensory phenomena are more troublesome than the obsessions or compulsions, but also some studies have also reported that the presence of these sensory phenomena can enhance the patient’s ability to suppress tics; that pharmacologic treatment can alter these sensations; and that they have different frequencies between patients with OCD alone, OCD+TS and TS alone.⁹

Sincerely,

Helena da Silva Prado

Maria Conceição do Rosário, MD, PhD

Roseli Gedanke Shavitt, MD, PhD

Eurípedes Constantino Miguel, MD, PhD

REFERENCES

1. Janet P. *Les Obsessions et La Psychasthenie*. [French] Baillière, Paris. 1903.
2. Rasmussen SA, Einsen JA. The epidemiology and clinical features of obsessive- compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 1992;15(4):743-758.

CNS Spectr 11:12 December 2006

340

3. Leckman JF, Walker DE, Goodman WK, Pauls DL, Cohen DJ. "Just-Right" perceptions associated with compulsive behaviors in Tourettes's syndrome. *Am J Psychiatry*. 1994;51(5):675-680.
4. Leckman JF, Walker BE, Cohen DJ. Premonitory urges in Tourette's syndrome. *Am J Psychiatry*. 1993;150(1):98-102.
5. Coles ME, Frost RO, Heimberg RG, Rhéaume J. "Not just right experiences": perfectionism, obsessive-compulsive features and general psychopathology. *Behav Res Ther*. 2003;41(6):681-700.
6. Coles ME, Heimberg RG, Frost RO, Steketee G. Not just-right experiences and obsessive-compulsive features: experimental and self-monitoring perspectives. *Behav Res Ther*. 2005;43(2):153-167.
7. Summerfeldt LJ. Understanding and treating incompleteness in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychol*. 2004;60 (11):1155-1168.
8. Miguel EC, Coffey BJ, Baer L, et al. Phenomenology of intentional repetitive behaviors in obsessive-compulsive disorder and Tourette's syndrome. *J Clin Psychiatry*. 1995;56(6):246-255.
9. Miguel EC, Baer L, Coffey BJ, et al. Phenomenological differences appearing with repetitive behaviours in obsessive-compulsive disorder and Gilles de la Tourette's syndrome. *Br J Psychiatry*. 1997;170:140-145.
10. Miguel EC, do Rosário-Campos MC, Prado SH, et al. Sensory phenomena in patients with obsessive-compulsive disorder and Tourette's syndrome. *J Clin Psychiatry*. 2000;61:150-156.
11. Rosario-Campos MC, Leckman JF, Mercadante MT, et al. Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2001;158:1899-1903.

Ms. Prado is a psychologist and post-graduate student, Dr. Shavitt is a fellow researcher and Dr. Miguel is associate professor, all in the Department of Psychiatry at the University of São Paulo Medical School in Brazil. Dr. do Rosário is associate professor in the Department of Psychiatry at the Federal University of São Paulo Medical School and a fellow researcher in the Department of Psychiatry at the University of São Paulo Medical School.

Disclosure: The authors report no affiliation with or financial interest in any organizations that may pose a conflict of interest.

CNS Spectr 11:12 December 2006

341

DRAFT**PRELIMINARY PSYCHOMETRIC PROPERTIES FOR THE VALIDATION OF THE UNIVERSITY OF SÃO PAULO'S SCALE OF SENSORY PHENOMENA - USP-SPS**

Prado, HS; Borcato, S; Rosário, MC; Mathis, ME; Diniz, JB; Fossaluza, V; Palomo, P; Shavitt, RG; Miguel, EC

This study was supported by grants from CNPq Process nº 133339/2004-1

ABSTRACT. Although obsessions and compulsions comprise the main features of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD), some patients report that their compulsions are preceded by unpleasant feelings such as incompleteness, premonitory urges and “just-right perceptions”. These manifestations have been called Sensory Phenomena (SP) by some authors). The current study presents initial psychometric data from a new scale designed to measure SP in 47 patients with OCD. **Objective:** to determine the preliminary psychometric properties of the University of São Paulo's Scale of Sensory Phenomena – USP-SPS. **Method:** cross-sectional randomized study. Each subject was probed twice, by a post-graduate student (HSP) and by an assistant psychologist (SB). An open clinical interview (gold-standard the USP-SPS, Y-BOCS, D-YBOCS, Y-GTSS, BECK-A and BECK-D were used. Correlation coefficients were calculated from scores of the two raters of the USP-SPS. Convergent validity was obtained through the correlation coefficients calculation between USP-SPS and the clinical interview. **Results:** preliminary results suggest that the USP-SPS is valid for assessing the presence and severity of the SP that precede compulsions in OCD. Nevertheless, it has no characteristics of a self-report scale. The clinical and theoretical implications of these findings are considered.

Index terms: obsessive-compulsive disorder, sensory phenomena, incompleteness, premonitory urges and “just-right perceptions”, scale.

Introduction

Although obsessions and compulsions are the defining symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder – OCD, phenomenological descriptions of the disorder suggest that many compulsions are preceded by Sensory Phenomena (SP), mainly referred as physical perceptions like tactile and visceral/muscle-skeletal sensations and mental sensations like incompleteness, inner tension, “just-right perceptions” and urges, which are perceived by the patients as aversive or unpleasant. SP have been described in a variety of ways, but normally involve uncomfortable subjective experiences occurring before a compulsive behavior that would bring temporary relief from the discomfort. For instance, some patients report that *I have an inner feeling and/or perception of discomfort or incompleteness that makes me do things until I feel relieved, but sometimes I have an inner sense of not being “just-right” and I need to repeat a behavior until I feel that I am “just-right.”*

There is no consensus in the literature about the precise definition of Sensory Phenomena (SP), which have received several different denominations and interpretations, depending on the researchers who study them.

First described in the literature on Tourette Syndrome (TS) patients, SP have also been reported as part of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) (Leckman et al., 1994; Miguel et al., 1995; 1997; 2000).

For example, after analyzing such subjective experiences reported by patients as preceding their intentional repetitive behaviors (compulsions or tics), Miguel et al. (1995) concluded that patients with OCD plus TS or with pure TS described more frequently distressing sensations, physical and/or mental, such as itching, tingling and internal pressure preceding their repetitive behavior, than OCD patients without TS.

Those authors proposed the concept of a phenomenological *continuum* among the symptoms of patients with OCD and TS and that SP could be the core for the identification of OCD subtypes (Miguel et al, 1995; 1997). They further suggested that such phenomenological dimensions could

be predictive factors of treatment response and the course of the disease in OCD and TS patients (Rosário-Campos, 2001, Shavitt, 2001, 2002, 2006).

A research group from Yale University introduced the concept of “just-right perceptions”, which corresponds to the sensation that some patients describe of not feeling well, balanced, “just-right”, which makes them perform the repetitive behaviors until they feel “just-right”. According to those researchers, these sensations would be, in most cases, related to visual, tactile and auditory sensory stimuli, that is, the patient would perform the compulsions until objects are “just-right” visually or they hear a specific sound or feel a tactile sensation that makes them feel “just-right”. Such perceptions have been reported by up to 81% of OCD plus TS patients (Leckman et al., 1992; 1994b; 1997).

Other examples of SP described in the literature refer to a mental sensation of inner tension or energy that builds up and needs to be released through the performance of the repetitive behaviors; feelings of incompleteness, imperfection and insufficiency (Miguel et al., 1995).

The preliminary investigation of these different SP is important for several reasons, such as: 1. Both patients with OCD and with TS report that such phenomena may cause more distress than the compulsions or tics themselves (Cohen & Leckman, 1992); 2. The presence of SP may be characteristic of OCD patients with early onset (Rosário-Campos, 1998) or with tic-related OCD (Leckman et al., 1997; Miguel et al., 2000); 3. The perception of the presence of SP may increase the patient’s ability to suppress the symptoms (Cohen et al., 1992;); 4. Pharmacological treatment may alter SP (Leckman et al, 1992); 5. it is possible that the presence of sensory phenomena may be a predictive factor of treatment response (Miguel et al., 2000, Shavitt et al, 2002). (For example, Shavitt (2002) reported that the presence of SP represented a positive factor in the response to treatment of OCD with clomipramine.)

Several studies have tried to establish more homogeneous subgroups of patients based on their clinical and/or psychopathological characteristics. Up to the present, the most studied subgroups are those comprised of

patients with OCD associated with tics (Pauls & Leckman, 1986; George et al., 1993; Holzer et al., 1994; Pauls et al., 1995; Miguel et al., 1995a; Leckman et al., 1995) and those with patients with early onset symptoms (Geller et al., 1998; Rosário-Campos, 1998; Rosario-Campos et al., 2001).

From these findings, it has been hypothesized that SP could be used as phenotypic characteristics that would help to identify more homogenous subgroups of patients with OCD, working as possible predictive factors of treatment response and of the course of the disorder in patients with OCD and TS.

One fundamental limitation for the study of these subjective experiences is the lack of an appropriated scale that makes possible a consistent evaluation of SP. The development of such an instrument was the main purpose of the present study.

Method

Subjects: 47 subjects participated of an OCD clinical trial between January of 2004 and July of 2006. Of those, 42 participated in the present study. Three additional subjects were recruited through other means – one patient came from the Brazilian OCD and TS Patient Association, and two patients were referred from an OCD clinic in São Paulo. The total number of patients was 47.

Procedures

Ten subjects were first recruited from the private clinic of authors ECM and HSP to participate of a pilot study concerning some aspects of the USP-SPS. The study consisted of surveying SP concepts, the best examples for each sensation and the time spent in answering the scale.

OCD was diagnosed using the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID; First, Spitzer & Williams, 1996). Recruited subjects had an initial phone interview made by an assistant psychologist (SB) to verify OCD qualifications followed by a preliminary interview with a clinician (JBD) before participating in the study. Inclusion criteria included OCD diagnosis according to DSM-IV criteria and a minimum Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) score of 16 for obsessions and compulsions or

10 for only obsessions or compulsions. Exclusion criteria included any clinical disorder that might confound clinical results (such as severe head trauma or a severe neurological disorder), current substance abuse or dependence, presence of psychotic symptoms and clinical or psychiatric disorder that might be worsened by the medications used in the treatment protocol.

The interviewer's training was performed by a third rater (MCR), who observed the live application of the interview in videotapes, after proper authorization was given by the patient. Correlation coefficients were calculated among the scores of the two raters of the USP-SPS. With the aim of preventing bias in data collection, interviews were randomized, following the order of arrival of both the interviewers and the subjects.

The convergent validity was obtained by means of the correlation coefficients calculation between the USP-SPS and the Open Clinical Interview (Gold-Standard) performed by the post-graduate student (HSP).

The divergent validity was obtained through the correlation coefficients calculation between the USP-SPS and the instruments that evaluate the presence of other phenomena that can precede or accompany the repetitive behaviors. The phenomena most frequently described in the literature are obsessions (thoughts, fears, ideas or images) or autonomic anxiety. Hence we calculated the correlation coefficients between USP-SPS's severity and the severity of the obsessions and compulsions (Y-BOCS), and of the autonomic anxiety symptoms (BECK-A). Since depressive symptoms and tics occur frequently in patients with OCD, we also calculated the correlation coefficients between USP-SPS and BECK-D and YGTSS scores.

The significance level considered in the statistical tests was 5%.

This project was approved by the institutional review board at the University of São Paulo. After an extensive description of the study all patients were asked to sign an informed consent document.

Instruments:

→ Open Clinical Interview: once there is no gold-standard instrument for the evaluation of SP, the USP-SPS data were compared to the data collected in open clinical interviews performed by the first author (HSP).

→ The University of São Paulo's Sensory Phenomena Scale – USP-SPS was developed to investigate the subjective experiences that can happen before or during the performance of repetitive behaviors. The questions in this scale refer to a number of types of subjective experiences, such as physical and/or mental sensations and uncomfortable feelings. Such experiences are called, in the literature, Sensory Phenomena. The USP-SPS is comprised of two parts that inform the nature of the sensations as follows:

a) Physical sensation: tactile and visceral/muscle-skeletal; b) Mental sensations: incompleteness, “just-right perceptions”, “just-right” related to visual, auditory and tactile stimuli, inner tension and “urge”. The assessment and the severity rating of the sensory phenomena are divided in three parts: frequency; distress and interference.

In the first part, the USP-SPS investigates the different types of physical and/or mental sensations: if they are present, if they are past or current, the age of onset (when the patient first felt the specific sensation). For each sensation examples are provided. In this part there is no score.

The second part investigates thoroughly the frequency, distress, interference and severity. The score options are as follows: *Frequency*: 0 = none (0%); 1 = rarely (1% to 20%); 2 = occasionally (21% to 40%); 3 = frequently (41% to 60%); 4 = almost always (61% to 80%); 5 = always (81% to 100%). *Distress*: 0 = None; 1 = Minimal – when sensory phenomena are present they are minimally distressing; 2 = Mild – some clear distress present, but sensory phenomena are not too distressing; 3 = Moderate – sensory phenomena are distressing, but still tolerable; 4 = Severe – sensory phenomena are very distressing; 5 = Extreme – sensory phenomena cause near constant or disabling distress. *Interference*: 0 = No interference; 1 = Minimal – slight interference in social or occupational activities, overall performance not impaired; 2 = Mild – some interference with social or occupational activities, overall performance affected to a small level; 3 = Moderate – definite interference with social or occupational performance, but still manageable; 4 = Severe – substantial impairment in social or occupational performance; 5 = Extreme – incapacitating interference.

Severity: 0 = I do not have any type of sensory phenomena preceding or accompanying my repetitive behaviors. All my repetitive behaviors are preceded by obsessions; 1 = My sensory phenomena are less severe than my obsessions; 2 = My sensory phenomena are as severe as my obsessions; 3 = My sensory phenomena are more severe than my obsessions; 4 = I do not have any kind of obsession preceding or accompanying my repetitive behaviors. All my repetitive behaviors are preceded or accompanied by sensory phenomena.

→ The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) is a semi-structured clinical instrument that assesses the presence and severity of the Obsessive-Compulsive Symptoms (OCS). It introduces very established psychometric characteristics, in children as well as in adults (Goodman et cols., 1989a, b; Scahill et cols., 1994). The Y-BOCS has maximum scores of 20 to obsessions and 20 to compulsions, with a total maximum of 40.

→ The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS) is an extension of the original Y-BOCS, but presenting some substantial modifications so that OCS are evaluated in a dimensional way. Thus obsessions and/or compulsions are investigated according to specific dimensions, with the severity of each one quantified independently. Avoidance behaviors, mental rituals and repetitive rituals are also investigated for each one of the dimensions. The DY-BOCS has a maximum rate of 15 for each one of the dimensions, in addition to one rating for OCS' global severity, which also goes from 0 to 15. The severity of the OCS is added to the impairment they cause in the patient's life (between 0 and 15), so the DY-BOCS has a maximum total of 30 points.

→ The Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS) (Leckman et cols., 1989) is a semi-structured interview developed for the assessment of the nature and severity of motor and vocal tics. They are evaluated according to their number, frequency, intensity, complexity and interference, with maximum scores of 50 both for tics and for impairments caused. Therefore

the YGTSS' maximum total score is 100 (25 for motors tics, 25 for vocal tics and 50 for impairments).

→ The Beck Depression Inventory (BECK-D) is used for the identification and quantification of the depressive symptoms (Beck, 1961). It is comprised of 21 questions with scores that vary from 0 to 3 and a maximum total punctuation of 63 points.

→ The Beck Anxiety Inventory (BECK-A), comprised by 21 questions, introduces the anxiety symptoms usually described. Each question varies from 0 (absent indication) to 3 (serious indication, almost unbearable for the patient), with maximum punctuation of 63 points.

Results: Socio-demographic and clinical features are presented in Table 1.

INSERT TABLE 1 HERE.

Validity Measurements.

Construct Validity: The literature review (Prado, HS et cols, 2007 submitted) demonstrated that all terms used in the USP-SPS and their definitions represented a real and coherent entity; published studies on the sensory phenomena supported the coherence of the USP-SPS' construct (Table 2).

INSERT TABLE 2 HERE.

Face Validity: The various items that comprise the USP-SPS contemplated all types of SP reported in the literature and are described in Table 3.

INSERT TABLE 3 HERE.

Concurrent Validity - 1) Criterion Validity: this psychometric measure was performed through a comparison between open clinical interviews (gold-standard) and the USP-SPS. There was an optimum concordance between gold-standard and the scale considering the capacity of both in identifying the presence or absence of sensory phenomena as a whole (Table 4);

INSERT TABLE 4 HERE.

- 3) Convergent and Divergent Validity; the linear regression among severity scores of the USP-SPS and those of D-YBOCS, Y-BOCS, Y-GTSS, BECK-D and BECK-A verified the convergence between sensory phenomena and symmetry/ordering, arranging/counting dimension. In other words, the worse the SP severity, the worse the severity of the obsessive-compulsive symptoms in this dimension. The other dimensions did not differ statistically. The results are presented in Table 5.

INSERT TABLE 5 HERE

Table 6 shows the convergence between the presence of SP and D-YBOCS dimensions.

INSERT TABLE 6 HERE

The SP “Incompleteness” and “Urge” showed a significant convergence with the Obsessions/Compulsions of Symmetry/Order, Arranging/Counting Dimension, (p-value=0,057) and (p-value=0,005) respectively.

To evaluate if the USP-SPS could be a self-report scale, we looked at the concordance between the USP-SPS-self-report *versus* the USP-SPS’ rated by an interviewer. Table 7 presents the results between that comparison. It must be said that from the total sample patients (N=47) only 33 patients filled the USP-SPS. We noted that the concordance between the self-reported scale and the scale administered by the interviewer was low. It was observed that during the application of the USP-SP the patients had in general a lot of difficulty to comprehend the scale’s concepts. Once the interviewer explained them in person, there were substantial changes in the answers to the scale. However, this did not occur when we questioned just if the patient has or has not a sensory phenomenon as a whole (p=0,343).

INSERT TABLE 7 HERE.

Patients' distribution among the several types of SP, grouped by physical sensations and mental sensations, is presented in Table 8.

INSERT TABLE 8 HERE.

Discussion

Several studies on OCD have emphasized the importance of identifying more homogeneous subgroups of patients. It is believed that through the identification of these subgroups it will be possible to establish more precise therapeutic interventions, besides elucidating the role of genetic and environmental factors in OCDs etiology and the interaction among them. Thus, we considered the opportunity of building an instrument that could identify and quantify SP very helpful.

The preliminary results of this study suggest that the USP-SPS has the potential to achieve this goal. Nevertheless, some considerations are required.

The USP-SPS is based on concepts with very subjective amplitudes and as such opens a path for different meanings. In the published literature studies tend to focus on one or another aspect of the sensory phenomena regarding specific behaviors. Physical sensations are, *a priori*, easier to be understood by patients, probably because they use themselves in their own body perception. It is as if there is a "split" between body and mind, which dissociates, in the patient's point of view, the stigma of a mental disease. The patient is able to point out with relative ease the *locus* of his/hers discomfort. Although there are no specific study concerning this hypothesis, that is clearly noticed in clinical practice.

Regarding the mental sensations, there is a group of patients with OCD that search for a balance either in the auditive, tactile and visual stimuli interpreting these stimuli as a trigger to their compulsions. Therefore, the *just-right sensations* (auditive, tactile and visual) are based on the binomial

mental/physical, but the orientation factor for the patient is his/her subjective interpretation of the physical stimulus.

It must be taken into account, however, that these *just-right experiences* occur in the general population as well (Coles et cols, 2003, 2005). We believe that there are other factors in which they are involved, such as to arrange something until it is “just right visually” guided by an aesthetic/cultural look and it not causing unpleasant feelings or impairments to the subject. Another aspect to which one should pay attention is the contradiction between the patient’s verbal expression and his/her body expression. For example, it is not unusual for a patient to say that he/she “opens and closes a drawer to check if the object inside is”*just-right*” (a mental sensation of visual *just-right*), while the gesture that accompanies his/hers speech shows an attempt to “touch” the object (tactile physical sensation). Which of them best exemplifies the sensation preceding the behavior the individual refers to? Often times it becomes necessary to request the patient to give other examples to better qualify the sensations he/she is referring to.

Concerning incompleteness, one should be aware that there are two possible meanings for this term. The first one involves psychodynamic aspects that every human being has: *essential loss*. It is a feeling whose amplitude is inherent to the human experience, no matter what the circumstances are, and that is atemporal. The expression of this feeling is a distressing sensation of dissatisfaction and has an egosintonic profile; to handle this feeling, the individual looks for a “sensation of fulfillment.” These individuals may have perfectionist as well as obsessive-compulsive personality traits. The second meaning is ansiogenic and egodistonic and describes a situation in which the individual seeks the annulment of the anticipatory anxiety caused by the situation itself. This does not involve an existential reflection; instead, it is an effort to end an unfinished action triggered by the sensation of incompleteness. In order to do that certain behaviors are repeated as many times as necessary to obtain this

satisfaction, even if only temporary. These models of incompleteness are not exclusive.

A single term used with multiple meanings can generate conflict in the patient and between patient and interviewer. Further research should help us make a more discrimination, and even come up with new terms that better address SP.

This study, in any case, is aimed at the preliminary validation of the USP-SPS. Thus our attention was concentrated in the validation of the construct, the content validation and the concurrent validity (criterion validity, convergence and divergence validity). We also evaluated its self-report viability.

Regarding demographic features, there was a preponderance of single individuals (66.2%), corroborating previous findings (Shavitt et cols, 2002) that suggest that OCD patients have more difficulty to establish stable relationships. However, in this sample, there was no great difference in gender distribution among patients with SP (male=16/ 34%; female=15/31.9%). In clinical characteristics there was a significant number of patients with SP and early-onset OCS, also ratifying previous studies (Miguel et cols, 2000; Rosário et cols, 2001).

The USP-SPS' construct was supported by studies published on the subjective experiences that precede repetitive behaviors in OCD and TS patients and their different phenomenological expressions. Based on the description of such experiences we proposed the term Sensory Phenomena to refer to these symptoms. The interview includes examples of mental and/or physical sensations. From the heuristic point of view, our main goal is to assess the presence of SP and their physical and mental characteristics. Maybe they characterize a subgroup of OCD patients. Besides, the characterization of mental and physical SP is very useful when the strategies of the Cognitive-Behavioral Therapy – CBT are considered.

Conclusion

Preliminary results of the use of the USP-SPS suggest that this is an efficient instrument to evaluate the presence and severity of SP in patients with OCD. However, in its present form it does not seem to fulfill the requirements of a self-report scale.

References

1. First, M.B.; Spitzer, R.L.; Gibbon, M.; Williams, J.B.W. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-Patient Edition (SCID-I/P, Version 2.0). Biometric Research Department, New York, NY, New York State Psychiatric Institute, 1995.
2. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-571.
3. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *J Consult Clin Psychology* 1988;56:893-897.
4. Cohen AJ, Leckman JF. Sensory phenomena associated with Gilles de la Tourette's Syndrome. *J Clin Psychiatry* 1992;53:319-323.
5. Coles ME, Frost RO, Heimberg RG, Rhéaume J. Not Just Right Experiences: perfectionism, obsessive-compulsive features and general psychopathology. *Behav Res Therapy* 2003;41:681-700.
6. Coles ME, Heimberg RG, Frost RO, Steketee G. Not just-right experiences and obsessive-compulsive features: Experimental and self-monitoring perspectives. *Behav Res Therapy* 2005;43:153-167.
7. Geller D, Biederman J, Jones J, Park K, Schwartz S, Shapiro S, Coffey B. Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. *J Am Acad Child Adolesc Psych* 1998;37(4):420-427.
8. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischman RL, Hill CL, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: I. Development use and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989a;46:1006-1011.
9. George, M.S.; Trimble, M.R.; Ring, H.A.; Sallee, F.R.; Robertson, M.M. Obsessions in Obsessive-Compulsive Disorder with and Without Gilles de la Tourette's Syndrome. *Am. J. Psychiatry*, v.105, n.1, p.93-7, 1993.

10. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazurek C, Delgado P, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS): II. Validity. *Arch Gen Psychiatry* 1989b;46:1012-1016.
11. Holzer, J.C.; Goodman, W.K.; McDouglas, C.J.; Baer, L.; Boyarsky, B.K.; Leckman, J.F.; Price, L.H. Obsessive-Compulsive Disorder with and Without a Chronic Tic Disorder: A Comparison of Symptoms in 70 Patients. *BR. J. Psychiatry*, v.164, p.469-73, 1994.
12. Leckman JF, Riddle MA, Hardin MT, Ort SI, Swartz KL, Stevenson J, Cohen DJ. The Yale Global Tic Severity Scale: initial testing of a clinician-rated scale of tic severity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:566-573.
13. Leckman JF, Pauls DL, Peterson BS, Riddle Mark A, Anderson GM, Cohen DJ. Pathogenesis of Tourette Syndrome – Clues from the Clinical Phenotype and Natural History *Advances in Neurology*. Edited by Chase TN, Friedhoff AJ and Cohen DJ. Raven Press, Ltd - New York 1992;85(3).
14. Leckman JF, Cohen DJ. Tic Disorders. In: Rutter M, Taylor E, Hersov L. *Child and Adolescent Psychiatry Modern Approaches*, Blackwell Scientific Publications, 3^a edição, 1994;26:455-466.
15. Leckman JF, Walker DE, Goodman WK, Pauls DL, & Cohen DJ. “just-right” perceptions associated with compulsive behaviors in Tourettes’s syndrome. *Am J Psychiatry* 1994;151:675-680.
16. Leckman, J.F.; Grece, D.E.; Barr, L.C.; Vries, L.C. de; Martin, C.; Cohen, D.J.; McDougle, C.J.; Goodman, W.K.; Rasmussen, S.A. Tic-Related vs. Non-Tic-Related Obsessive-Compulsive Disorder. *Anxiety*, v.1, p.208-15, 1994/1995.
17. Leckman JF, Grice DE, Boardman J, Zhang H, Vitale A, Bondi C, Alsobrook JP, Peterson BS, Cohen DJ, Rasmussen AS, Goodman WK, McDougle CJ, Pauls DL. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1997;154:911-917.

18. Miguel EC, Coffey BJ, Baer L, Savage CR, Rauch SL, Jenike MA. Phenomenology of Intentional Repetitive Behaviors in Obsessive-Compulsive Disorder and Tourette's Syndrome. *J Clin Psychiatry* 1995;420-430.
19. Miguel EC, Rauch SL, Jenike MA. Obsessive-Compulsive Disorder. In: Miguel EC, Rauch SL, Leckman JF. *The Psychiatric Clinics of North America, Neuropsychiatry of the Basal Ganglia*, 1997;863-883.
20. Miguel EC, Baer L, Coffey BJ, Rauch SL, Savage CR, O'Sullivan RL, Phillips K, Moretti C, Leckman JF, Jenike MA. Phenomenological Differences Appearing with Repetitive Behaviours in Obsessive-Compulsive Disorder and Gilles de la Tourette syndrome. *Br J Psychiatry* 1997;170:140-145.
21. Pauls, D.L.; Leckman, J.F. The Inheritance of Gilles de la Tourette's Syndrome and Associated Behaviors: Evidence for Autosomal Dominant Transmission. *N. Engl. J. Med.*, v.315, n.16, p.993-7, 1986.
22. Miguel EC, Rosário-Campos MC, Silva Prado H da, Valle R do, Rauch SL, Coffey BJ, Baer L, Savage CR, O'Sullivan RL, Jenike MA, Leckmann JF. Sensory Phenomena in Obsessive-Compulsive Disorder and Tourette's Disorder. *J Clin Psychiatry* 2000;61:62.
23. Pauls, D.L.; Alsobrook, J.P.; Goodman, W.; Rassmussen, S.; Leckman, J.F. A Family Study of Obsessive-Compulsive Disorder. *Am. J. Psychiatry*, v.152, p.76-84, 1995.
24. Rosário-Campos MC. Transtorno Obsessivo-Compulsivo de Início Precoce e de Início Tardio: Características Clínicas, Psicopatológicas e de Comorbidade. Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998. 99p.
25. Rosário-Campos MC, Leckman JF, Mercadante MT, Shavitt RG, Prado HS, Sada P, Zamignani D, Miguel EC. Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158:1899-1903.
26. Shavitt RG, Bravo MC, Belotto C, Miguel EC. Predictive factors of treatment response in OCD. *The Behavior Therapist* 2001;24(3):57-60,70.

27. Shavitt, RG. Fatores Preditivos de Resposta ao Tratamento em Pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2002.
28. Shavitt RG, Belotto C, Curi M, Hounie AG, Rosário-Campos MC, Ferrão YA, Pato MT, Miguel EC. Clinical Features associated with treatment response in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2006;47:276-281.

Table 1. Socio-Demographic and Clinical Features

Social-Demographic Features			Clinical Features		
Variables			Age of onset	14.51	sd ±9,43
Sex	N			N	
Male	25	53.20%	Early onset (<10 years)	21	44.70%
Female	22	46.80%	Late onset (>17 years)	15	31.90%
Age	36.57	sd±12,12	Intermediary (11>16 years)	11	23.40%
Marital Status	N		Y-BOCS total	23.6	sd±6,77
Single/divorced	31	66.20%	Obsession	11.6	sd±3,62
Married	16	34%	Compulsion	12.02	sd±3,71
Social-Economic Status	N		Sensory Phenomena - total	31	66%
A/B	27	57.40%	Male	16	34%
C/D	18	38.30%	Female	15	31.90%
E	2	4.30%	BECK-Anxiety Inventory	16.18	sd±12,87
Literacy (years of study)	13,96	Sd±4,70	BECK-Depression Inventory	18.09	sd±13,88

Y-BOCS= Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale

Table 2. Nosology and Subjective Definitions Described in the Literature

Authors	Terms	Definitions
Janet (1903); Rasmussen&Eisen(1992); Summerfeldt (2004).	Incompleteness	An inner sense of imperfection, actions or intentions that have been incompletely achieved.
Bliss (1980); Bullen & Hemsley (1983); Shapiro et cols (1988); Kurlan et cols (1989); Kit-Yun Chee (1997), Woods et cols (2005), Kwac et cols (2003).	Sensory Tics	It is a repetitive behavior, involuntary, with somatic sensations in the joints, bones, muscles and other parts of the body. These sensations evoke a feeling to which the patient answers performing an intentional or voluntary movement to relieve that disturbing sensation.
Cohen & Leckman (1992); Miguel et cols (1995, 1997, 2000, 2001); Jankovic (1997); Rosário-Campos et cols (2001); Chien Hsin Fen et cols (2001); Leckman (2003); Rodopman-Arman et cols (1998,2004); Banaschewski et cols (2003); Verdellen et cols (2004); Chouinard & Ford (2005).	Sensory Phenomena, Premonitory Sensations, Premonitory Experiences	Physical sensations (uncomfortable sensations in the skin, muscles-joints or body sensations); <i>just-right</i> . These just-right perceptions might be accompanied by sensory stimuli, i.e, visual, auditory, tactile. Mental sensation: inner tension, urge, incompleteness.
Leckman et cols(1994), Evans et cols(1999), Coles et cols (2003).	Just-right perceptions; "Not Just-Right Experiences"	A need to perform compulsive acts until feeling " <i>Just-Right</i> ", visual, auditory, tactile.
Rodopman-Arman et cols (1989); Leckman et cols (1993), Kane (1994)	Urge	A premonitory urge is a drive to perform the repetitive behavior. It is a force or impulse without any obsession, fear, worry or bodily sensations

Table 3. SP and Its Definitions as Reported in the Literature

<p>Preliminary Sensations, discrete sensations Bliss, 1980</p>	<p>Preliminary sensations or Discrete Sensations: "Each movement is preceded by sensorial signs that are followed by sensorial impressions in the end of the action. Each movement is resulted from a voluntary urge to a demand and a relentless desire accompanied by a subtle sensation that provokes and motivates that desire. Successively, an insidious movement is growing until a climax, climax that never arrives."</p>
<p>Sensory Tics Shapiro et al, 1988.</p>	<p>It is a repetitive behavior, involuntary, with somatic sensations in the joints, bones, muscles and other parts of the body. These sensations evoke a feeling to which the patient answers performing an intentional or voluntary movement to relieve that disturbing sensation.</p>
<p>Premonitory urges/"Just-right perceptions" – visual, tactile and auditory Leckman et al, 1993.</p>	<p>Sensation that some patients refer to as not feeling well, balanced, "just-right", so they have to perform the repetitive behaviors until they feel "just-right". The sensations are related to visual, tactile and auditory sensory stimuli.</p>
<p>Incompleteness Janet, 1903; Summerfeldt, 2003</p>	<p>A distressing dissatisfaction sensation. A need to correct deep imperfection feelings aiming at the need of accuracy.</p>
<p>Sensory Phenomena Miguel et al, 1997</p>	<p>Incorporates all previous descriptions of these subjective experiences, including: physical sensations (tactile and muscle-skeletal), "just-right" perceptions (sensory stimuli, tactile, visual and auditory); energy (generalized inner tension) and incompleteness (need of accuracy).</p>

Table 4 Concurrent Validity - USP-SPS X Gold-Standard

		Gold-Standard			
USP-SPS	No	Yes		p-value	
No	16	1	16	0.5	
Yes	2	28	31		
	18	29	47		
Physical Sensation		Gold-Standard			
USP-SPS	No	Yes		p-value	
No	32	2	16	0.226	
Yes	5	8	31		
	37	10	47		
Mental Sensation		Gold-Standard			
USP-SPS	No	Yes		p-value	
No	16	7	16	0.171	
Yes	3	21	31		
	19	28	47		

USP-SPS = University of São Paulo Sensory Phenomena Scale

Table 5 Linear Regression - SP Severity X Severity In Other Scales

DY-BOCS	Explanatory Variable	Coefficient	Standard Error	p-value
Dimension I	Intercept	7.014	1.078	0
Contamination/Cleaning (Severity)	SP (Severity)	-0.034	0.172	0.844
Dimension II	Intercept	2.857	0.956	0.005
Hoarding (Severity)	SP (Severity)	-0.01	0.152	0.947
Dimension III	Intercept	5.096	1.007	0
Simmetry/Ordering, Arranging, Counting (Severity)	SP (Severity)	0.393	0.171	0.026
Dimension IV	Intercept	4.342	1.191	0.001
Aggression/Violence, Natural Disasters (Severity)	SP (Severity)	0.186	0.189	0.33
Dimension V	Intercept	4.01	1.075	0.001
Sexual, Religious (Severity)	SP (Severity)	-0.113	0.171	0.511
Dimension VI	Intercept	6.545	1.025	0
Miscellaneous (Severity)	SP (Severity)	0.215	0.163	0.194
D-YBOCS - Global Evaluation	Intercept	19.173	1.27	0
	SP (Severity)	0.029	0.202	0.887
Y-GTSS	Intercept	0.25	0.097	0.013
	SP (Severity)	-0.003	0.015	0.827
Y-BOCS				
Score Y-BOCS compulsion	Intercept	12.112	0.844	0
	SP (Severity)	-0.019	0.134	0.888
Score Y-BOCS obsession	Intercept	11.136	0.821	0
	SP (Severity)	0.096	0.131	0.465
Score Y-BOCS Total	Intercept	23.24	1.54	0
	SP (Severity)	0.074	0.245	0.763
BECK Depression Inventory	Intercept	18.032	3.169	0
	SP (Severity)	0.012	0.51	0.981
BECK Anxiety Inventory	Intercept	13.742	2.897	0
	SP (Severity)	0.522	0.466	0,269

DY-BOCS = Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Symptoms; Y-BOCS = Yale-Brown Obsessive-Compulsive Symptoms; Y-GTSS - Yale Global Tic Severity Scale; SP = Sensory Phenomena.

Table 6 Convergence between USP-SPS and DY-BOCS

DY-BOCS Dimensions	WITHOUT SP		WITH SP		p-value
	n	%	n	%	
I. Contamination	13	81.3	24	77.4	1.000
II. Hoarding	4	25.0	15	48.4	0.209
III. Symmetry, Ordering, Arranging and Counting	7	43.8	28	90.3	0.001
IV. Aggression and Violence	7	43.8	21	67.7	0.131
V. Sexual and Religious	6	37.5	12	38.7	1.000
VI. Miscellaneous	11	68.8	27	87.1	0.239

Fisher's exact test

Table 7 - Concordance between Self-Reported USP-SPS and USP-SPS by a Rater

SPS-Self-Reported	SPS-rated			
Sensory Phenomena	No	Yes		p-value
No	6	2	8	0.343
Yes	4	21	25	
	10	23	33*	
Physical Tactile	No	Yes		p-value
No	6	11	17	0.059
Yes	4	12	16	
	10	23	33*	
Visceral/muscle-skeletal	No	Yes		p-value
No	9	17	26	0
Yes	1	6	7	
	10	23	33*	
Just-Right Auditory	No	Yes		p-value
No	7	16	23	0.006
Yes	3	7	10	
	10	23	33*	
Just-Right Visual	No	Yes		p-value
No	7	11	18	0.028
Yes	3	12	15	
	10	23	33*	
Just-Right Tactile	No	Yes		p-value
No	6	11	17	0.059
Yes	4	12	16	
	10	23	33*	
Incompleteness	No	Yes		p-value
No	8	17	25	0
Yes	2	6	8	
	10	23	33*	
Inner Tension	No	Yes		p-value
No	8	18	26	0
Yes	2	5	7	
	10	23	33*	
Urge	No	Yes		p-value
No	7	9	16	0.073
Yes	3	14	17	
	10	23	33*	

* Of the 47 patients, 33 filled the USP-SPS.

Tabel 8 – Patient X Type of Sensory Phenomena

Sensory Phenomena	Gold-standard		USP-SPS	
	N	%	N*	%
Physical Sensations				
(visceral, muscle/skeletal)	12	23.5	14	21.5
Mental Sensation				
(<i>jr</i> auditory, <i>jr</i> tactile, <i>jr</i> visual incompleteness, inner tension, urge)	39	76.5	51	78.5

*Patients may have more than one type of sensory phenomena.

REFERÊNCIAS

8 - REFERÊNCIAS

1. Abruzeze G, Ferardelli A. Sensorimotor Integration in Movement Disorders. *Movement Disorders* 2003;18:231-240.
2. American Psychiatric Association. Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM-IV, 4^a edição. Washington DC: American Psychiatric Press 1994.
3. Apter A, Pauls D, Bleich A e cols. An Epidemiological Study of Gilles de la Tourette's Syndrome in Israel. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:734-738.
4. Asbahr, FR. Escalas de Avaliação de Transtorno Obsessivo-Compulsivo na Infância e Adolescência. *Revista de Psiquiatria Clínica* 1999;25(6):310-319.
5. Babaschewski T, Siniatchkin M, Uebel H, Rothenberger A. Compulsive phenomena in children with tic disorder and attention déficit-hyperactive disorder. *Z Kinder Jundedpsychiatr Psychother* 2003;31(3):203-211.
6. Babaschewski T, Woerner W, Rothenberger A. Premonitory sensory phenomena and suppressibility of tics in Tourette syndrome: development aspects in children and adolescents. *Dev Med Child Neurol* 2003; 459(10):700-703.
7. Baer L. Factor Analysis of Subtypes of Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder and Relation to Personality and Tic Disorder. *J Clin Psychiatry* 1994;55(march suppl.):18-23.
8. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-571.

9. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *J Consult Clin Psychology* 1988;56:893-897.
10. BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde [serial on-line]. BIREME, 2006. *Available from:* URL: <http://www.bireme.br>.
11. Bliss J. Edit. by Cohen DJ, Freedman DX. Sensory Experiences of Gilles de la Tourette Syndrome. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37:1343-1347.
12. Bullen JG, Hemsley DR. Sensory Experiences as a trigger in Gilles de la Tourette's Syndrome. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1983;14:197-201.
13. Braun AR, Stoetter B, Randolph C, et al. The functional neuroanatomy of Tourette's syndrome: an FDG-PET study. I. Regional changes in cerebral glucose metabolism differentiating patients and controls. *Neuropsychopharmacology* 1993;9:277-291.
14. Chee K-Y, Sachdev P. A Controlled Study of Sensory Tics in Gilles de La Tourette Syndrome and obsessive-compulsive disorder using a structured interview. *J Neurol, Neurosurg Psychiatry* 1997;62:188-192.
15. Chouinard S, Ford B. Adult Onset Tic Disorders. *J Neurol, Neurosurg Psychiatry* 2000;68:738-743.
16. Cira-Locatelli G, Greenberg BD, Martin J, Murphy DL. Gaba-pentin augmentation for fluoxetine-treated patients with obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1998;59:480-481.
17. Clarke M, Oxman AD, editors. *Cochrane Reviewers' Handbook 4.1 In: Review Manager (RevMan) [Computer program]. Version 4.1. Oxford, England: The Cochrane Collaboration, 2000.*

18. Coffey BJ, Miguel EC, Savage CR, Rauch SL. Tourette's Disorder and Related Problems: A Review and Update. *Harvard Review of Psychiatry* 1994; 35:615-747.
19. Cohen AJ, Leckman JF. Sensory phenomena associated with Gilles de la Tourette's Syndrome. *J Clin Psychiatry* 1992;53:319-323.
20. Coles ME, Frost RO, Heimberg RG, Rhéaume J. Not Just Right Experiences: perfectionism, obsessive-compulsive features and general psychopathology. *Behav Res Therapy* 2003;41:681-700.
21. Coles ME, Heimberg RG, Frost RO, Steketee G. Not just-right experiences and obsessive-compulsive features: Experimental and self-monitoring perspectives. *Behav Res Therapy* 2005;43:153-167.
22. Culver CM, Gert B. *Philosophy in medicine*. Chapter 6, Oxford University Press - London 1982.
23. Cullen B, Samuels JF, Pinto A, Fyer AJ, McCracken JT, Rauch SL, Murphy DL, Greenberg BD, Knowles JA, Piacentini J, Bienvenu OJ 3rd, Grados MA, Riddle MA, Rasmussen SA, Pauls DL, Willour VL, Shugart YY, Liang KY, Hoen-Saric R, Nesdaft G. Demographic and clinical characteristics associated with treatment status in family members with obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 2007;0:1-7.
24. Deecke L, Scheid P, Kornhuber HH. Distribution of readiness potential, pre-motion positivity, and motor potential of the human cerebral cortex preceding voluntary finger movements. *Exp Brain Res* 1969;7:158-168.
25. Dell'Osso B, Altamura AC, Mundo E, Marazziti D, Hollander E. Diagnosis and Treatment of obsessive-compulsive disorder and related disorders. *Int J Clin Pract* 2007;61(1):98-104.

26. Diniz JD, Rosário-Campos MC, Hounie AG, Curi M, Shavitt RG, Lopes AC, Miguel EC. Chronic tics and Tourette syndrome in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatry Res* 2006;40(6):487-493.
27. Dreher JC, Trapp W, Banquet JP et al. Planning dysfunction in schizophrenia: impairment of potentials preceding fixed and simple sequence of self-initiated finger movements. *Exp Brain Res* 1999;124:200-214.
28. Duggal HS, Shaque N. Bereitschaftspotential in tic disorder: a preliminary observation. *Neurol India* 2002;50:487-489.
29. Eidelberg D, Moeller JR, Antonini A, et al. The metabolic anatomy of Tourette's syndrome. *Neurology* 1997;48:927-934.
30. Ernst M, Zametkin AJ, Jons PH, Matochik JA, Pascualvaca D, Cohen RM. High presynaptic dopaminergic activity in children with Tourette's disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:86-94.
31. Evans DW, Gray FL, Leckman JF. The Rituals, Fears and Phobias of Young Children: Insights from Development, Psychopathology and Neurobiology *Child Psychiatry and Human Development* 1999;29(4).
32. Fen CH, Barbosa ER, Miguel EC. Síndrome Gilles de La Tourette – Estudo Clínico de 58 casos. *Arq Neuropsiquiatria* 2001;59(3-B):729-732.
33. Ferrão YA, Shavitt RG, Bedin NR, de Mathis ME, Carlos Lopes A, Fontenelle LF, Torres AR, Miguel EC. Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord* 2006;94(1-3):199-209.
34. Fried I, Katz A, McCarthy G, Sadd KJ, Williamson P, Spencer SS, Spender DD. Functional organization of human supplementary motor cortex studied by electrical stimulation. *J Neurosci* 1991;11:3656-3666.

35. Fontenelle LF, Nascimento AL, Mendlowicz MV, Shavitt RG, Versiani M. An update on the pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder. *Expert Opin Pharmacother* 2007;8(5):563-83.
36. Gava I, Barbui C, Aguglia E, Carlino D, Churchill R, De Vanna M, McGuire H. Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive-compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database Syst Rev* 2007;18(2):CD005333.
37. Geller D, Biederman J, Jones J, Park K, Schwartz S, Shapiro S, Coffey B. Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. *J Am Acad Child Adolesc Psych* 1998;37(4):420-427.
38. George MS, Trimble MR, Ring HA, Salee FR, Robertson MM. Obsessions in Obsessive-Compulsive disorder with and without Gilles de la Tourette's syndrome. *Am J Psychiatry* 1993;150:93-97.
39. Goldberg G. Supplementary motor area structure and function: Review and hypotheses. *Behav Brain Sci* 1985;8:567-616.
40. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischman RL, Hill CL, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: I. Development use and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989a;46:1006-1011.
41. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazuere C, Delgado P, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS): II. Validity. *Arch Gen Psychiatry* 1989b;46:1012-1016.
42. Gorenstein, C, Andrade, L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res* 1996;29(4):453-457.

43. Grados MA, Riddle MA, Samuels JF, Liang KY, Hoehn-Saric R, Bienvenu OJ, Walkup JT, Song D, Nestadt G. The familial phenotype of obsessive-compulsive disorder in relation to tic disorders: the Hopkins OCD family study. *Biol Psychiatry* 2001;50:559-565.
44. Hasler G, LaSalle-Ricci VH, Ronquillo JG, Crawley SA, Cochran LW, Kazuba D, Greenberg BD, Murphy DL. Obsessive-compulsive disorder symptom dimensions show specific relationships to psychiatric comorbidity. *Psychiatry Res* 2005;135(2):121-132.
45. Holzer JC, Goodman WK, MCDougale CJ, Baer L, Boyarsky BK, Leckman JF, Price LH. Obsessive-Compulsive Disorder with and Without a Chronic Tic Disorder: A Comparison of Symptoms in 70 Patients. *Br J Psychiatry* 1994; 164:469-473.
46. Hounie, AG. Síndrome de Tourette-revisão bibliográfica e relato de casos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 1999, v. 21, n. 1.
47. Hounie AG, do Rosário-Campos MC, Diniz JB, Shavitt RG, Ferrão YA, Lopes AC, Mercadante MT, Busatto GF, Miguel EC. Obsessive-compulsive disorder in Tourette syndrome. *Adv Neurol* 2006;99:22-38. Review
48. Issler CK, Amaral JAMS, Tamada RS, Schwartzmann AM, Shavitt RG, Miguel EC, Lafer B. Clinical expression of obsessive-compulsive disorder in woman with bipolar disorder. *Rev Bras Psiquiat* 2005;27(2):139-142.
49. Janet P. *Les Obsessions et La Psychasthenie*, Baillière, Paris. 1903.
50. Jenike MA, Rauch SL. Managing the Patient with Treatment-Resistant Obsessive-Compulsive Disorder: Current Strategies. *J Clin Psychiatry* 1994; 55(s3):11-17.
51. Jankovic J. Tourette Syndrome. Phenomenology and Classification of tics. *Neurol Clin* 1997;15(2):267-275.

52. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnan MA. The Epidemiology of Obsessive Compulsive Disorder in Five us Communities. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1094-1099.
53. Karp BI, Porter S, Toro C, Hallett M. Simple motor tics may be preceded by a premotor potential. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1996;61:103-106.
54. Kane MJ. Premonitory Urges as “Attentional Tics” in Tourette’s Syndrome. *J Am Acad Child Adoles Psychiatry* 1994;33(6):805-808.
55. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Walters EE. Life Time Prevalence and Age-of-onset Distributions of DSM-IV in National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; vol 62, 593-602.
56. King RA, Leckman JF, Cohen DJ. Tic, Stereotypy and Habit Disorders. In: WIENER, J.M. (ed.) *Textbook of Child & Adolescent Psychiatry*, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry - American Psychiatric 1991;36:391-401.
57. Koran LM, Thienemann ML, Davenport R. Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1996;153(6):783-788.
58. Kurlan R, Lichter D, Hewitt D. Sensory Tics in Tourette’s Syndrome. *Neurology* 1989;39:731-734.
59. Kwac C, Pa-c MS, Vuong DK, Jankovic J. Premonitory Sensory Phenomena in Tourette’s Syndrome. *Movement Disorders* 2003; 18(12):1530-1533.
60. Lang A. Patient perception of tics and other movement disorders. *Neurology* 1991;41:223-228.

61. Leckman JF, Riddle MA, Hardin MT, Ort SI, Swartz KL, Stevenson J, Cohen DJ. The Yale Global Tic Severity Scale: initial testing of a clinician-rated scale of tic severity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:566-573.
62. Leckman JF, Pauls DL, Peterson BS, Riddle Mark A, Anderson GM, Cohen DJ. Pathogenesis of Tourette Syndrome – Clues from the Clinical Phenotype and Natural History *Advances in Neurology*. Edited by Chase TN, Friedhoff AJ and Cohen DJ. Raven Press, Ltd - New York 1992;85(3).
63. Leckman JF, Walker BE, Cohen DJ. Premonitory Urges in Tourette's Syndrome. *Am J Psychiatry* 1993;150(1):98-102.
64. Leckman JF, Cohen DJ. Tic Disorders. In: Rutter M, Taylor E, Hersov L. *Child and Adolescent Psychiatry Modern Approaches*, Blackwell Scientific Publications, 3^a edição, 1994;26:455-466.
65. Leckman JF, Walker DE, Goodman WK, Pauls DL, & Cohen DJ. “Just Right” perceptions associated with compulsive behaviors in Tourettes's syndrome. *Am J Psychiatry* 1994;151:675-680.
66. Leckman JF, Grice DE, Boardman J, Zhang H, Vitale A, Bondi C, Alsobrook JP, Peterson BS, Cohen DJ, Rasmussen AS, Goodman WK, McDougle CJ, Pauls DL. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1997;154:911-917.
67. Leckman JF, Euh CB, Cohen DJ. Tic Disorders: when habit forming neural systems form habits of their own? *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei)* 2001; 64(12):669-692.
68. Leckman JF. Phenomenology of Tics and Natural History of Tic Disorders. *Brain Development* 2003;25:S24-S28.
69. Leon AC, Portera L, Weissman MM. The social costs of anxiety disorders. *Brit J Psychiatry* 1995;166(s27):19-22.

70. Lopes AC. Tratamento cirúrgico estereotáxico do transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão sistemática da literatura. Tese (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. 2001.
71. Malison RT, McDougle CJ, van Dyck CH, Scahill L, Baldwin RM, Seibyl JP, Price LH, Leckman JF, Innis RB. [123I] β -CIT SPECT imaging of striatal dopamine transporter binding in Tourette's disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152:1359-1361.
72. Mancini F, Gangemi A, Perdighe C, Marini C. Not Just right experience: Is it influenced by feelings of guilt? *J Behav Therapy Experim Psych* 2007; 10:1016.
73. Martinez EZ & Louzada-Neto F. Metodologia Estatística para Testes Diagnósticos e Laboratoriais com Respostas Dicotomizadas. *Ver Mat Estat* 2000;18:83-101.
74. McDougle CJ, Goodman WK, Price LH, Delgado PL, Krystal JH, Charney DS, Heninger GR. Neuroleptic Addition in Fluvaxamine - Refractory Obsessive-Compulsive Disorder. *Am J Psychiatry* 1990;147(5):652-654.
75. McDougle CJ, Goodman WK, Leckman JF, Lee NC, Heninger GR, Price LH. Haloperidol Addition in Fluvoxamine-Refractory Obsessive-Compulsive Disorder: A Double Blind, Placebo Controlled Study in Patients With and Without Tics. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:302-308.
76. Miguel EC, Coffey BJ, Baer L, Savage CR, Rauch SL, Jenike MA. Phenomenology of Intentional Repetitive Behaviors in Obsessive-Compulsive Disorder and Tourette's Syndrome. *J Clin Psychiatry* 1995;420-430.
77. Miguel EC, Rauch SL, Jenike MA. Obsessive-Compulsive Disorder. In: Miguel EC, Rauch SL, Leckman JF. *The Psychiatric Clinics of North America, Neuropsychiatry of the Basal Ganglia*, 1997;863-883.

78. Miguel EC, Baer L, Coffey BJ, Rauch SL, Savage CR, O'Sullivan RL, Phillips K, Moretti C, Leckman JF, Jenike MA. Phenomenological Differences Appearing with Repetitive Behaviours in Obsessive-Compulsive Disorder and Gilles de la Tourette syndrome. *Br J Psychiatry* 1997;170:140-145.
79. Miguel EC, Rosário-Campos MC, Silva Prado H da, Valle R do, Rauch SL, Coffey BJ, Baer L, Savage CR, O'Sullivan RL, Jenike MA, Leckmann JF. Sensory Phenomena in Obsessive-Compulsive Disorder and Tourette's Disorder. *J Clin Psychiatry* 2000;61:62.
80. Miguel EC, Rosário-Campos MC, Shavitt RG, Hounie AG, Mercadante MT. The tic-related Obsessive-Compulsive Disorder Phenotype and treatment implications in *Advances in Neurology*. Tourette Syndrome Editors Cohen DJ, Jankovic J, Goetz CG. Lippincott Williams & Wilkins 2001;85(4).
81. Miguel EC, Leckman JF, Rauch S, do Rosário-Campos MC, Hounie AG, Mercadante MT, Chacon P, Pauls DL. Obsessive-compulsive disorder phenotypes: implications for genetic studies. *Mol Psychiatry* 2005; 10(3):258-275.
82. Myers K & Winters NC. Ten-Year Review of Rating Scales. I: Overview of Scale Functioning, Psychometric Properties, and Selection *J Am Acad Child Adolesc. Psychiatry* 2002;41:42.
83. Murray CJ, Lopez AD. *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press 1996.
84. National Library of Medicine. MEDLINE PubMed Query [serial online]. National Library of Medicine, 2006. Available from: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>.

85. Obeso JÁ, Rothwell JC, Marsden CD. Simple tics in Gilles de la Tourette's syndrome are not prefaced by a normal premovement potential. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1981;44:735-738.
86. Pauls DL, Towbin KE, Leckman JF, Zahner GEP, Cohen DJ. Gilles de la Tourette's Syndrome and Obsessive-Compulsive Disorder - Evidence Supporting a Genetic Relationship. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:1180-1182.
87. Pauls DL, Raymond CL, Stevenson JM, Leckman JF. A Family Study of Gilles de la Tourette Syndrome. *Am J Hum Genet* 1991;48:154-163.
88. Pauls DL, Alsobrook JP, Goodman W, Rasmussen S, Leckman JF. A Family Study of Obsessive-Compulsive Disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152:76-84.
89. Papa SM, Artied JÁ, Obeso JA. Cortical activity preceding self-initiated and externally triggered voluntary movement. *Movement Disorders* 1991;6:217-224.
90. Peterson B, Riddle M, Cohen D, et al. Reduced Basal Ganglia Volumes in Tourette's Syndrome Using Three-Dimensional Reconstruction Techniques from Magnetic Resonance Images. *Neurology* 1993;43:941-949.
91. Peterson BS. Neuroimaging studies of Tourette syndrome: a decade of progress. In: Cohen DJ, Jankovic J, Goetz CG, eds. *Tourette syndrome. Advances in neurology*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2001; 85:179-196.
92. Pitman RK. Janet's Obsessions and Psychasthenia: A synopsis. *Psychiatric Quarterly* 1984;56:291-314.
93. Pitman RK, Green RC, Jenike MA e cols. Clinical comparison of Tourette's disorder and obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1987; 144:1166-1171.

94. Porta M, Maggioni G, Ottaviani F, Schindler A. Treatment of phonic tics in patients with Tourette's syndrome using botulinum toxin type A. *Neurol Science* 2003;24:420-423.
95. Robertson MM, Trimble MR, Lees AJ. The Psychopathology of the Gilles de la Tourette Syndrome - a Phenomenological Analysis. *Brit J Psychiatry* 1988;152:383-390.
96. Rasmussen SA, Eisen JL. The Epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1992;53:4-10.
97. Rodopman-Arman A, Yazgan MY, Zaimoglu S. Sensory Phenomena as an Associate of Tourette Syndrome. *Turk Psikiatri Derg* 1998;9:247-256.
98. Rosário-Campos MC, Prado HS, Shavitt RG, Mercadante MT, Miguel EC. Protocolo de Pesquisa do Ambulatório de Adultos do PROTOC, Dep. de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP - 2a edição, 1997.
99. Rosário-Campos MC. Transtorno Obsessivo-Compulsivo de Início Precoce e de Início Tardio: Características Clínicas, Psicopatológicas e de Comorbidade. Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998. 99p.
100. Rosário-Campos MC, Leckman JF, Mercadante MT, Shavitt RG, Prado HS, Sada P, Zamignani D, Miguel EC. Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158:1899-1903.
101. Rosário-Campos MC, Leckman JF, Curi M, Quatrano S, Katsovitch L, Miguel EC, Pauls DL. A family study of early-onset obsessive-compulsive disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2005;136(1):92-97.
102. Rosário-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S, Chacon P, Ferrão Y, Findley D, Katsovich L, Scahill L, King RA, Woody SR, Tolin D, Hollander E,

Kano Y, Leckman JF. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Molecular Psychiatry* 2006;1-10.

103. Salkovskis PM. Understanding and Treating Obsessive-Compulsive Disorder. *Behav Res Therapy* 1999;37:s29-s52.

104. Salkovskis PM (Editor). *Fronteiras da Terapia Cognitiva*. Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda. 1ª Edição, 2005.

105. Scahill L, Leckman JF, Marek KL. Behaviour Neurology of Movement Disorder, *Advances in Neurology*. In: Weiner W, Lang A. *Sensory Phenomena in Tourette's Syndrome* 1995;65.

106. Schiepek G, Tominscheck, Karch S, Mulert C, Pogarell O. Neuroimaging and Neurobiology of Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychoter Psychosom Med Psychol*, 2007.

107. Shapiro AK, Shapiro ES, Young JC, Feinberg TE. Sensory Tic in Shapiro AK, Shapiro ES, Young JC, Feinberg TE, Eds. *Gilles de La Tourette Syndrome*, 2nd ed. New York: Raven Press 1988;356:360.

108. Shavitt RG, Bravo MC, Belotto C, Miguel EC. Predictive factors of treatment response in OCD. *The Behavior Therapist* 2001;24(3):57-60,70.

109. Shavitt, RG. *Fatores Preditivos de Resposta ao Tratamento em Pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo*. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2002.

110. Shavitt RG, Belotto C, Curi M, Hounie AG, Rosário-Campos MC, Ferrão YA, Pato MT, Miguel EC. Clinical Features associated with treatment response in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2006;47:276-281.

111. Singer HS, Wong DF, Brown JE, Bradt J, Frafft L, Shaya E, Dannals RT, Wagner HN Jr. Positron emission tomography evaluation of dopamine D-2 receptors in adults with Tourette syndrome. *Adv Neurol* 1992;58:233-239.
112. Singer HS. Current issues in Tourette syndrome. *Movement Disorders* 2000;15:1051-1063.
113. Silva JAda. Psicometria <http://www.pcarp.usp.br/acsi/mat24.htm> 2/11/2006.
114. Soares KVS. Discinesia tardia induzida por neurolépticos: metanálise dos ensaios clínicos controlados [tese de doutorado na área de medicina]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 1997.
115. Stern E, Silbersweig DA, Chee K-Y, et al. A functional neuroanatomy of tics in Tourette syndrome. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:741-74.
116. Stein DJ, Ipser JC, Baldwin DS, Bandelow B. Treatment of obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr* 2007;12(S3):28-35.
117. Storch EA, Stige-Kaufman D, Marien WE, Sajid M, Jacob ML, Geffken GR, Goodman WK, Murphy TK. Obsessive-Compulsive disorder in youth with and without a chronic tic disorder. *Depress Anxiety* 2007;1:7.
118. Summerfeldt LJ. Understanding and Treating Incompleteness in Obsessive-Compulsive Disorder. *JCLP/In* 2004;60(11):1155-1168.
119. Torres AR, Lima MC. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: a review. *Rev Bras Psiquiatr* 2005;27(3):237-242.
120. Torres AR, Prince MJ, Bebbington PE, Bhugra D, Brugha TS, Farrell M, Jenkins R, Lewis G, Meltzer H, Singleton N. Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National

Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *Am J Psychiatry* 2006a; 163(11):1978-1985.

121. Torres AR, Moran P, Bebbington P, Brugha T, Bhugra D, Coid JW, Farrell M, Jenkins R, Lewis G, Meltzer H, Prince M. Obsessive-compulsive disorder and personality disorder: Evidence from the British National Survey of Psychiatric Morbidity 2000. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006b;41(11):862-867.

122. Wahl K, Salkovskis PM, Cotter I. "I wash until it feels right" The phenomenology of stopping criteria in obsessive-compulsive washing. *J Anxiety Disorder* 2007.

123. Wolf SS, Jones DW, Knable MB, Gorey JG, Lee KS, Hyde TM, Coppola R, Weinberger DR. Tourette syndrome: prediction of phenotypic variation in monozygotic twins by caudate nucleus D2 receptor binding. *Science* 1996;273:1225-1227.

124. Woods DW, Piacentini J, Himle MB, Chang S. Premonitory Urge for Tics Scale (PUTS): Initial Psychometric Results and Examination of Premonitory Urge Phenomenon in Youth with Tic Disorders. *Dev Behav Pediatrics* 2005;26:6.