

**CRISTINA BELOTTO DA SILVA**

**Estudo comparativo de efetividade da  
terapia cognitivo-comportamental em grupo e dos  
inibidores seletivos de recaptção da serotonina em  
pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo:  
um ensaio clínico pragmático**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo para obtenção do  
título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Psiquiatria  
Orientador: Prof. Dr. Eurípedes Constantino Miguel

**São Paulo  
2009**

*Dedico esta tese às pessoas que,  
além do carinho no dia-a-dia,  
são para mim modelos concretos  
de curiosidade e interesse  
pelo conhecimento:*

*Meus pais, **Adilson** e **Ely**,  
Meu irmão, **Deco**,  
E meu companheiro, **Glauco**.*

## **Agradecimentos**

A todos os pacientes que participaram do estudo, por dividirem suas confidencialidades registradas em um estudo, por mostrarem interesse tanto pelo tratamento quanto pelos resultados do estudo;

À Roseli Gedanke Shavitt, um grande modelo de profissional e pessoa para mim, que participou ativamente de todas as etapas deste trabalho;

À Márcia Motta, por literalmente “guiar meus passos” nas intervenções clínicas realizadas, com dicas e exemplos valiosos. E pelo incentivo e apoio para pesquisar nesta área;

Ao Eurípedes Miguel, por ter me proporcionado a oportunidade de desenvolver este trabalho, e por ser uma fonte constante de idéias.

À Juliana Diniz, que foi um constante apoio acadêmico por meio de seus conhecimentos e orientações;

À Ana Hounie, pela super paciência ao revisar a tese em pleno natal!;

Ao Victor, por todas as orientações para desenvolver as análises estatísticas;

A toda equipe que constitui “nosso ambulatório”: Sonia Borcato, Aline Sampaio, Janaína Cecconi, André Seixas, Priscila Chacon, Mari de Mathis, Carina Chaubet, Nil Moraes, Dante Marino, Carol Valério, Carol Rosa, Izabel Pimentel, Marinês e Marcelo Batistuzo. Sem vocês seria impossível ter uma amostra de 158 pacientes!

A todos os colegas de PROTOC: Carol Cappi, Alice de Mathis, Marcelo Hoexter, Antonio Carlos Lopes, Anita Taub, Luciana Conrado, Ariane, Idalina e Potira.

Este projeto contou com apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo número 06/50829-8.

## **Normalização adotada**

Esta dissertação ou tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação: Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2a ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

## Sumário

### Resumo

### Summary

**1..... I**

#### **Introdução**

- 1.1. Características clínicas e epidemiológicas do TOC
- 1.2. Modalidades de tratamento
- 1.3. Resposta aos tratamentos do TOC
  - 1.3.1. Fatores preditivos de resposta
- 1.4. Bases do tratamento psicoterápico
  - 1.4.1 Modelo comportamental
  - 1.4.2 Exposição e Prevenção de Resposta
  - 1.4.3 Limites da EPR
  - 1.4.4 Estudos de eficácia de EPR e TCC
- 1.5. Tratamento farmacológico
- 1.6. Ensaio comparativos de tratamentos
- 1.7. Eficácia X Efetividade
- 1.8. Estudos com critérios de inclusão amplos

#### **2. Objetivos e Hipóteses**

#### **3.**

**M**

#### **Métodos**

- 3.1. Desenho do estudo

3.2. Amostra

3.3. Protocolos de tratamento

3.3.1. Medicamento

3.3.2. TCCG

3.3.2.1. Seqüência das sessões

3.4. Instrumentos

3.5. Determinação da resposta ao tratamento

3.6. Análise estatística

## **4. Resultados**

4.1. Características sócio-demográficas da amostra

4.2. Características clínicas da amostra

4.3. Respostas aos tratamentos

4.4 Fatores preditivos

## **5. Discussão**

5.1. Respostas aos tratamentos

5.2. Características sócio-demográficas e clínicas

5.3. Fatores preditivos

5.4. Reflexões para futuros estudos

## **6. Conclusões**

## **7. Anexos**

## **8. Referências**





## Lista de Abreviaturas

ACT	<i>Acceptance and Commitment Therapy</i>
AIC	<i>Akaiki Information Criteria</i>
ASTOC	Associação Brasileira de Síndrome de Tourette e Transtorno Obsessivo Compulsivo
BABS	Escala de Avaliação de Crenças de Brown
Beck-A	Inventario de Ansiedade de Beck
Beck-D	Inventário de Depressão de Beck
CAPPesq	Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
CGI	Escala de Impressão Clínica Global
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Psiquiátrica da América
DYBOCS	Escala Dimensional de Sintomas Obsessivo-Compulsivos
EAS	Escala de Adequação Social
EPR	Exposição e Prevenção de Resposta
FAP	Functional Analytic Psychotherapy
HC-FMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IPq	Instituto de Psiquiatria
IRS	Inibidor de Recaptação da Serotonina
ISRS	Inibidor Seletivo de Recaptação da Serotonina
LOCF	<i>Last observation carried forward</i>
PROTOC	Projeto Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo
SCID-I	<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders</i>
SOC	Sintoma Obsessivo-Compulsivo
STAR*D	<i>Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression</i>
TC	Terapia Comportamental
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCCG	Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo
TCog	Terapia Cognitiva
TOC	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
USP-SPS	Escala de Fenômenos Sensoriais
YBOCS	Escala de sintomas obsessivo-compulsivo da <i>Yale-Brown</i>
YGTSS	Escala de Avaliação Global de Tiques desenvolvida pelo <i>Yale Child Study Center</i>

## **Resumo**

---

Silva CB. *Estudo comparativo de efetividade da terapia cognitivo-comportamental em grupo e dos inibidores seletivos de recaptção da serotonina em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo: um ensaio clínico pragmático* (tese). São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009. x p.

Introdução: A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) são considerados os tratamentos de primeira linha para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) nos ensaios clínicos randomizados (ECR). No entanto, a maior parte destes estudos exclui grande parte dos pacientes (em torno de 50%) por apresentarem comorbidades psiquiátricas. Ensaio clínico pragmático e de efetividade, que costumam simular ambientes clínicos naturalísticos ao estudar amostras que representam melhor a população real comparando tratamentos ativos, são de grande importância para as decisões tomadas por um sistema de saúde e poucos têm sido feitos para avaliar a efetividade dos tratamentos para o TOC. O objetivo do presente estudo foi comparar os tratamentos de primeira linha para o TOC em uma amostra mais próxima da população que procura atendimento e avaliar características clínicas associadas às respostas aos tratamentos. Metodologia: Pacientes de 18 a 65 anos de idade, com escore de linha de base da YBOCS de pelo menos 16 para obsessões e compulsões, ou pelo menos 10 apenas para obsessões ou compulsões e com possíveis comorbidades psiquiátricas adicionais foram alocados seqüencialmente para tratamento de TCC em grupo (TCCG; n = 70) ou para tratamento medicamentoso (ISRS; n = 88). A TCCG consistiu em doze sessões semanais de duas horas cada com grupos de 6 a 8 pacientes, baseadas em um manual validado (Cordioli, 2002). O medicamento utilizado foi a fluoxetina com dosagem máxima de 80mg/dia. Foram analisadas respostas aos tratamentos como variáveis contínuas (redução percentual na YBOCS) e categóricas (redução de pelo menos 35% na YBOCS e ICG “1 – muito melhor” ou “2 – melhor”). Resultados: Os escores da YBOCS reduziram 23,13% no grupo tratado com TCCG e 21,54% no grupo tratado com ISRS, sem diferença estatística entre os grupos de tratamento (p = 0,875). Foi encontrada em 33,3% dos pacientes de TCCG e 27,7% dos pacientes de ISRS a redução de pelo menos 35% no escore da YBOCS e resposta à ICG “1” ou “2” (p = 0,463). O número médio de comorbidades psiquiátricas por paciente foi 2,7; e 81,4% da amostra apresentou pelo menos uma comorbidade. A redução na YBOCS foi significativamente menor entre os pacientes com uma ou mais comorbidade psiquiátrica (21,15% e 18,73%, respectivamente) do que entre os pacientes com TOC puro (34,62%) (p = 0,034). Sexo masculino, apresentar um escore inicial mais alto na Beck-A, ter abandonado o tratamento e apresentar comorbidade com Transtorno Depressivo Maior ou Distímia foram associados com taxas mais baixas de resposta ao tratamento, independente do tratamento recebido. Os resultados sugeriram que em uma população mais heterogênea os tratamentos de primeira linha para o TOC são menos efetivos. É necessário o desenvolvimento de intervenções que sejam efetivas para uma população da prática clínica.

Descritores: 1. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO; 2. ENSAIO CLÍNICO; 3. EFETIVIDADE; 4. TERAPIA COMPORTAMENTAL; 5. FLUOXETINA

## ***Summary***

---

Silva CB. Comparative effectiveness study of group cognitive-behavioral therapy and of selective serotonin reuptake inhibitors in patients with obsessive-compulsive disorder: a pragmatical clinical trial (thesis). São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009. xx p.

Introduction: Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) and selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) are considered the first line treatments for Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) in randomized controlled trials (RCT). However, most of these trials exclude a great amount of patients (around 50%) for presenting psychiatric comorbidities. Pragmatical and effectiveness clinical trials simulate natural clinical environments and compare active treatments in samples that represent the real population. These trials are of great importance for decision makers of the health public system, and only a few trials have investigated the effectiveness of treatments to OCD. The aim of this study was to compare the first line OCD treatments in a sample closer to the OCD real population, and to evaluate clinical characteristics associated to responses to treatments. Methodology: Patients (18–65 years; baseline Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) scores  $\geq 16$ ; potentially presenting additional psychiatric comorbidities) were sequentially allocated for treatment with group CBT (GCBT; n=70) or pharmacological treatment (SSRI; n=88). GCBT consisted in twelve two hours weekly sessions with groups of 6 to 8 patients, based in a validated manual (Cordioli, 2002). Medication utilized in SSRI group was fluoxetine, 80mg/day. Response to treatment was analyzed as continuous variable (percent reduction on YBOCS) and as categorical variable (reduction of at least 35% on YBOCS and CGI “1 – much better” or “2 – better”). Results: Mean Y-BOCS scores fell by 23.13% in the GCBT and 21.54% in the SSRI group. Symptom reduction did not differ between groups ( $p = 0.875$ ). A reduction of at least 35% in baseline Y-BOCS score and a CGI rating of 1 (much better) or 2 (better) was achieved by 33.3% of patients in the GCBT and 27.7% in the SSRI group ( $p=0.463$ ). Patients presented 2.7 mean number of psychiatric comorbidity, and 81.4% showed at least one additional disorder. The YBOCS reduction was significantly lower in patients with one or more psychiatric comorbidities (21.15%, and 18.73%, respectively) than those with pure OCD (34.62%) ( $p = 0.034$ ). Low responses to treatments were found to be associated to: being male, presenting a high initial Beck-A score, comorbid major depression, dysthymia and abandoning treatment, independently of the treatment received. The development of effective interventions to a real population is necessary.

Descriptors: 1. OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER; 2. CLINICAL TRIAL; 3. EFFECTIVENESS; 4. BEHAVIOR THERAPY; 5. FLUOXETINE.

# 1 Introdução

---

*“É sabido que comboios completos de pensamento atravessam instantaneamente as nossas cabeças, na forma de certos sentimentos, sem tradução para a linguagem humana, menos ainda para uma linguagem literária... porque muitos dos nossos sentimentos, quando traduzidos numa linguagem simples, parecem completamente sem sentido. Essa é a razão pela qual eles nunca chegam a entrar no mundo, no entanto toda a gente os tem.”*

Fiodor Dostoievski, em 'Uma Anedota Sórdida'

---

Ensaio clínico pragmático e de efetividade, que costumam simular ambientes clínicos naturalísticos ao estudar amostras que representam melhor a população real comparando tratamentos ativos, são de grande importância para as decisões tomadas por um sistema de saúde (Tunis et al., 2003). Esses tipos de estudos têm ganhado espaço aos poucos dentro da psiquiatria, como os estudos que investigam os Tratamentos Alternativos Sequenciados para Alívio da Depressão (STAR\*D), mas poucos têm sido conduzidos para investigar efetividade dos tratamentos de TOC.

A maioria dos estudos clínicos randomizados disponíveis investigando tratamento de TOC tem aplicado critérios de inclusão restritos, resultando na exclusão de um número considerável de pacientes. Embora a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e os Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina (ISRS) sejam os tratamentos de primeira linha para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), trazendo alívio para uma porcentagem significativa de pacientes, a maior parte dos estudos investigando eficácia destes tratamentos excluem pacientes que apresentam outros transtornos psiquiátricos. Segundo Souza et al. (2006) a exclusão de pacientes da amostra chega a 50%. Assim, não se sabe ao certo a efetividade destes tratamentos quando se incluem pacientes mais próximos da realidade clínica e que apresentam comorbidades.

Até o momento, não foi conduzido um estudo comparativo de TCC em grupo e ISRS para TOC utilizando critérios de inclusão mais amplos. Além disso, estudos prévios não avaliaram características clínicas que

podem se associar a melhor resposta a um ou outro tratamento em uma população mais complexa. O objetivo deste estudo é comparar estes tratamentos em uma amostra mais próxima da população que procura atendimento para o TOC e avaliar características clínicas associadas às respostas aos tratamentos. Além disso, tal investigação poderia contribuir com importantes informações para a tomada de decisão em serviços públicos.

### **1.1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO**

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) caracteriza-se pela presença de obsessões e/ou compulsões, que geram grande sofrimento devido, principalmente, ao tempo consumido por estes sintomas e/ou à sua interferência nas rotinas diárias. Mais precisamente, as obsessões podem ser definidas como idéias, pensamentos, imagens ou impulsos recorrentes e intrusivos que produzem ou são acompanhados por sentimentos incômodos, os quais se busca evitar ou neutralizar com algum outro pensamento ou ação. As ações ou pensamentos que tendem a neutralizar, prevenir ou reduzir este desconforto são definidos como compulsões, que também podem ocorrer na ausência de obsessões, de acordo com regras rígidas ou de forma estereotipada (APA, 2002).

A prevalência do TOC ao longo da vida é de 2,0 a 2,5% (Torres e Lima, 2005). A presença de pelo menos uma comorbidade psiquiátrica é comum para a maioria dos pacientes com TOC (Steketee, 1993). Miranda



(1999) identificou que os pacientes com TOC costumam desenvolver 4,6 transtornos psiquiátricos adicionais ao longo da vida, enquanto pacientes sem este diagnóstico apresentam apenas 1,2 diagnósticos psiquiátricos adicionais.

Entre os transtornos psiquiátricos adicionais encontrados nos pacientes com TOC, os mais comuns são os transtornos de ansiedade (Abramowitz e Foa, 1998) e os transtornos de humor.

## **1.2 MODALIDADES DE TRATAMENTO**

Nas últimas duas décadas, estratégias farmacológicas e técnicas psicoterápicas (diretrizes da Força Tarefa da Divisão 12 da *American Psychology Association*) foram testadas no tratamento do TOC. Hoje, são consideradas alternativas terapêuticas de primeira escolha: os antidepressivos com ação preferencial sobre a inibição da recaptura da serotonina (IRSs, que incluem o antidepressivo tricíclico clomipramina, os inibidores seletivos de recaptura de serotonina (ISRSs) e a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) preferencialmente, a técnica de Exposição e Prevenção de Respostas (EPR).

As diretrizes baseadas no consenso de especialistas da Força Tarefa de 2008 para os Transtornos de Ansiedade (Bandelow et al., 2008) recomenda que para o TOC deve-se utilizar o tratamento TCC como intervenção de primeira linha para adultos com sintomas de TOC moderado, e tratamento combinado de TCC e ISRS para adultos com sintomas mais graves. Com relação ao tratamento do TOC com a presença

---

de diagnósticos psiquiátricos adicionais, este consenso destaca que o tratamento se torna mais complicado e recomenda-se parcimônia ao se combinar tratamentos para os diferentes diagnósticos.

### **1.3 RESPOSTA AOS TRATAMENTOS DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO**

Segundo os critérios de resposta terapêutica utilizados em pesquisas sobre o TOC, aproximadamente de 50% a 60% dos pacientes melhoram significativamente com a intervenção medicamentosa (Rasmussen et al., 1993; Pigott e Seay, 1998) e de 70% a 90% respondem à TCC individual ou em grupo (Greist, 1994; Kozak et al., 2000). Em relação à TCC, no entanto, 25% dos pacientes ou mais costumam recusar o tratamento (Foa et al., 1983), e de 13% a 20% não chegam a completar o tratamento (Kobak et al., 1998), provavelmente por não tolerarem o procedimento de EPR.

Os tratamentos medicamentosos, em estudos que comparam tratamento farmacológico com psicológico, apresentam taxas de resposta que variam de 28% a 48% (Foa et al., 2005; Souza et al., 2006), enquanto os tratamentos de TCC obtêm taxas de resposta com variação maior, entre 12,6% e 87% (Cordioli et al., 2002; Tundo et al., 2007).

### ***1.3.1. Fatores preditivos de resposta aos tratamentos***

A variabilidade da resposta ao tratamento do TOC tem estimulado, nos últimos anos, a pesquisa de fatores preditivos de prognóstico e resposta ao tratamento. Apresentamos na Tabela 1 um resumo dos principais estudos sobre fatores preditivos de mau prognóstico ou de má resposta ao tratamento farmacológico e psicoterápico do TOC.

**Tabela 1** - Fatores preditivos de má resposta ao tratamento/mau prognóstico do TOC

<b>Referência</b>	<b>Tratamento</b>	<b>Fatores de pior resposta/prognóstico</b>
Minichiello et al. 1988;	ISRS e TC	transtorno da personalidade esquizotípico, <i>borderline</i> , e paranóide
Alarcón et al. 1993	Clomipramina	maiores escores iniciais na escala YBOCS; rituais de limpeza
Leonard et al. 1993	Clomipramina	maiores escores da escala YBOCS na 5ª semana de tratamento
McDougle et al. 1993; 1994	fluvoxamina; fluvoxamina + haloperidol	transtornos de tiques
Ackerman et al. 1994; Ravizza et al. 1995; Rosário-Campos et al. 2001	clomipramina; ISRS	início precoce (< 10 anos)
Thomsen 1995	estudo de acompanhamento	maior gravidade dos sintomas na infância
Ravizza et al. 1995	clomipramina, fluoxetina	maior duração da doença; presença de compulsões
Cavedini et al. 1997	IRS	transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva
Black et al. 1998	paroxetina ou TC	Colecionamento
Mataix-Cols et al. 1999	clomipramina, fluvoxamina, fluoxetina, sertralina, paroxetina	colecionamento; maior gravidade inicial
Skoog e Skoog 1999	estudo naturalístico	Compulsões na ausência de obsessões
Steketee et al. 1999	estudo de acompanhamento	estado marital (solteiros); maior gravidade global inicial
Winsberg et al. 1999	ISRS	Colecionamento
Alonso et al. 2001	IRS e TC	obsessões sexuais e religiosas
Neziroglu et al 2001	TC + ISRS	alto escore para idéias supervalorizadas
Erzegovezi et al. 2001	Clomipramina, fluvoxamina, Citalopram, paroxetina	Crítica pobre
Saxena et al. 2002	ISRS + TC + reabilitação Psicosocial	Colecionamento
Ferrão et al. (2006)	ISRS	má situação sócio-econômica; alto índice de acomodação familiar; maior gravidade inicial; presença de sintomas sexuais e religiosos
McLean et al., 2001	TCog TC	Início precoce dos sintomas
De Haan et al., 1997	TCC	maior gravidade global inicial

Legenda: IRS: inibidor de recaptação da serotonina; ISRS: inibidor seletivo de recaptura da serotonina; TC: terapia comportamental; TCog: terapia cognitiva; TCC: terapia cognitivo-comportamental.

Fatores associados a uma boa resposta ao tratamento farmacológico descritos até o momento são: curso episódico, ocorrência de efeitos colaterais precoces e presença de fenômenos sensoriais precedendo as compulsões (Shavitt et al., 2006). Em relação à TCC, a rápida resposta ao tratamento (Marks et al., 1975), a intensidade da melhora (De Haan et al., 1997) e a remissão dos sintomas durante o tratamento (Braga et al., 2005) foram associados com a manutenção, a longo prazo, do sucesso terapêutico.

Já a existência de dois ou mais diagnósticos psiquiátricos no indivíduo com TOC, aumenta a gravidade do quadro, dificultando um melhor prognóstico (Coffey et al., 1994). Alguns estudos têm identificado comorbidades como fatores preditivos de baixa resposta à farmacoterapia (Carrasco et al., 1992; Perugi et al., 1997; Shavitt, 2002). Com relação ao tratamento com TCC, sexo masculino, maior gravidade global da doença no início do tratamento, maior número de comorbidades associadas ao TOC, presença de fobia social, distímia e a presença de compulsão de repetição foram associados a pior resposta ao tratamento (Raffin, 2007).

#### **1.4 BASES DO TRATAMENTO PSICOTERÁPICO DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO**

Entre as intervenções psicoterápicas investigadas para o tratamento do TOC, a exposição e prevenção de respostas é uma das que tem apresentado melhores taxas de resposta. A EPR foi desenvolvida durante o movimento da Análise Aplicada do Comportamento conhecido como Modificação do

Comportamento. A Análise Aplicada do Comportamento é a área que investiga a aplicação das teorias do modelo “behaviorista” ou comportamental, cujas bases encontram-se nos modelos de condicionamentos reflexo e operante desenvolvidos, respectivamente, por Pavlov e Skinner.

#### **1.4.1 Modelo comportamental**

Para a Análise do Comportamento, a ansiedade é um estado autonômico emocional em resposta a um estímulo atual que no passado foi seguido por um estímulo aversivo (Estes e Skinner, 1941). Assim, a resposta de ansiedade surge diante de situações (estímulos) aversivas ou de estímulos que sinalizam estas situações. Esta resposta é eliciada diante de estímulos condicionados, ou seja, de estímulos previamente pareados a estímulos aversivos que, a partir de então, passam a sinalizar a possível ocorrência de um evento aversivo. No entanto, apesar de ser uma resposta eliciada, portanto, reflexa, é também um comportamento operante, no sentido de que engloba respostas que modificam o ambiente (Zamignani e Banaco, 2005). Como uma das propriedades do comportamento é que ele pode ser afetado por suas consequências, esta modificação pode passar a controlar emissões futuras deste mesmo comportamento (Catania, 1999).

Ainda segundo a análise do comportamento, diante de um estímulo aversivo condicionado, o indivíduo tende a reduzir a resposta que antes era reforçada positivamente, ou seja, que era mantida por estímulos cuja apresentação era capaz de aumentar a frequência da resposta que os

produzem. Este efeito pode ser chamado ansiedade, resposta emocional condicionada, ou ainda supressão condicionada.

Nos transtornos de ansiedade, o padrão de comportamento operante comum é o da esquiva fóbica, no qual, diante de um estímulo aversivo, ou aversivo condicionado, o indivíduo responde de forma a retirar, amenizar ou postergar o estímulo aversivo (Zamignani e Banaco, 2005).

Em situações nas quais a resposta é de esquiva, ou ainda, após uma história de esquiva, além de paralisar o responder reforçado positivamente, o estímulo aversivo condicionado aumenta a frequência da resposta de esquiva (Sidman, 1995; Catania, 1999).

No caso do TOC, diante de um estímulo aversivo que pode ser público, como um objeto que elicia respostas autonômicas, ou privado, como uma obsessão, a resposta compulsiva retira ou adia o estímulo aversivo. Essa consequência (negativamente reforçadora – que aumenta a frequência da resposta pela retirada de estímulo aversivo (Catania, 1999)) garante a seleção e manutenção da resposta compulsiva em situações semelhantes no futuro.

Assim, de acordo com a Análise do Comportamento, as compulsões podem ser entendidas como respostas de fuga ou esquiva. O indivíduo, na presença de um estímulo ansiogênico, realiza as compulsões e experimenta a redução da ansiedade, conseqüente à retirada da estimulação ansiogênica.

A Análise do Comportamento contribuiu muito para o entendimento das respostas obsessivo-compulsivas a partir das contingências de fuga-esquiva, o que permitiu o desenvolvimento de técnicas como a

dessensibilização sistemática e a EPR. Contudo, essa ciência pode contribuir igualmente para a análise de outras contingências que podem também controlar esses padrões de comportamento, como é o caso do reforçamento social, da esquivas de tarefas, e de condições de privação e estimulação aversiva (Vermes e Zamignani, 2002).

#### ***1.4.2 Base para o procedimento de Exposição e Prevenção de Respostas***

Com base em estudos experimentais comportamentais, a aplicação dos princípios da aprendizagem a problemas comportamentais clínicos caracterizou a emergência da Modificação do Comportamento. O foco do trabalho consistia em compreender como os comportamentos se desenvolvem, são mantidos e podem ser alterados (Kazdin, 1978). Segundo Neno (2003), a modificação do comportamento forneceu referências importantes para os tratamentos padronizados.

A partir de experimentos com gatos envolvendo reações de medo, ansiedade e recusa a alimentação, Wolpe (1950; 1952) chegou ao princípio da inibição recíproca. Conforme esse princípio, se uma resposta antagônica à ansiedade for produzida na presença do estímulo que evoca ansiedade a ponto de gerar a supressão completa ou parcial das respostas de ansiedade, há um enfraquecimento da relação (condicionamento) entre este estímulo e as respostas de ansiedade. Para eliminar o medo em gatos, a inibição recíproca envolvia a exposição do animal a séries de situações que provocavam mais ansiedade progressivamente, pareando cada situação a uma resposta (alimentar do animal) que parecia inibir a ansiedade (Kazdin, 1978).



Ao estender o princípio da inibição recíproca para tratar medos e ansiedades em humanos, Wolpe utilizou o relaxamento e respostas assertivas e sexuais como respostas antagônicas à ansiedade, e utilizou também a hierarquização das situações ansiogênicas. Mais tarde, a técnica de inibição recíproca mais frequentemente utilizada foi a que parecia o relaxamento muscular com situações que provocam ansiedade arranjadas hierarquicamente e apresentadas por meio da imaginação, conhecida como dessensibilização sistemática (Kazdin, 1978).

Meyer, em 1966, introduziu a exposição como intervenção terapêutica para o TOC, a partir da observação anterior de que a apresentação de estímulos ansiogênicos com prevenção de resposta de esquiva pode produzir habituação, um fenômeno de redução do comportamento respondente na presença de um estímulo ansiogênico por exposição por tempo prolongado a esse estímulo (Catania, 1999). Entre 1975 e 1977, Marks, baseando-se nesse mesmo princípio, sistematizou e validou o procedimento, então denominado Exposição e Prevenção de Respostas, para o tratamento de TOC.

Foi observado que o alívio imediato, gerado pela retirada da estimulação ansiogênica como consequência às respostas compulsivas impedia o processo de habituação ao estímulo aversivo. E isto permitiu identificar que é necessária tanto a exposição ao estímulo ansiogênico como a prevenção dos rituais que geram o alívio. Quando o indivíduo não emite a resposta compulsiva, ele se mantém em contato com a estimulação ansiogênica e, como consequência da exposição demorada ao estímulo ansiogênico, ocorre a habituação (Marks et al., 1997).

Segundo Wielenska (2001):

O subproduto direto desta exposição é uma nítida ativação emocional (gerada pela forma não-obsessiva de contato com o mundo). O paciente não será impedido de 'pensar o que pensa e de sentir o que sente', mas precisa ser levado a 'viver o que evita sentir' enquanto se expõe (geralmente ele supõe que sentirá níveis insuportáveis de medo, desconforto físico, sensação de incompletude, imperfeição, perigo ou ameaça). Ao terapeuta cabe criar meios para o portador de TOC 'pensar propositadamente no que evita pensar, fazer deliberadamente o que tende a evitar e, por fim, renunciar aos recursos que usa para se sentir bem (p.63).

Em 1993 iniciou-se um trabalho de verificação da eficácia de alguns tratamentos psicológicos que foram identificados como "empiricamente fundamentados" pela Força Tarefa da Divisão 12 da *American Psychology Association*. Os principais objetivos da Força Tarefa foram avaliar e padronizar o treinamento para clínicos e estudantes de doutorado e residência e a promoção de procedimentos psicológicos para usuários de planos de saúde e para o público geral, Isso garantiria um espaço para a psicologia clínica no sistema de serviços de saúde, de acordo com o que vinha também ocorrendo com a psiquiatria biológica e a regulamentação do reembolso dos tratamentos psicofarmacológicos (Neno, 2005).

Essa Força Tarefa avaliou os tratamentos conduzidos com base em manuais. Entre os 18 tratamentos "empiricamente validados" para o tratamento do TOC disponíveis em 1995, estava a EPR. Na Força Tarefa de 1996, a EPR em grupo e o programa de prevenção de recaída entraram como tratamentos provavelmente eficazes, e na de 1998, foi acrescida a terapia cognitiva.

As características associadas ao uso de manuais de tratamento como a facilidade de reprodução, treinamento e validação, fizeram com que os

procedimentos organizados em manuais fossem adotados preferencialmente nos estudos de pesquisa clínica e no rol de procedimentos oferecidos pelos serviços de saúde coletiva. Entretanto, não há evidência de que esses procedimentos sejam mais eficazes do que os procedimentos não operacionalizados em manuais quando considerados individualmente (Neno, 2005).

### ***1.4.3 Limitações do procedimento de Exposição e Prevenção de Resposta***

A EPR é um procedimento cujas taxas de resposta variam de 12,6% a 87% em pacientes com TOC (Tundo et al., 2007; Cordioli et al., 2002). Tolin et al. (2004) observaram sua efetividade mesmo em pacientes resistentes ao tratamento com medicamentos de primeira linha, mas ressaltaram que a diminuição dos sintomas em uma população mais complexa costuma ser limitada. Estudos recentes comparando a eficácia da EPR ao tratamento farmacológico (com drogas de primeira linha) sugerem que a EPR é tão ou mais eficaz que o tratamento farmacológico (Foa et al., 2005; Souza et al., 2006).

Entre os limitadores do procedimento de EPR encontram-se: a não aceitação do tratamento (Foa et al., 1983), o abandono do tratamento (Kobak et al., 1998), a substituição dos rituais que foram alvo da EPR por outros rituais (Foa e Steketee, 1977), e o retorno do ritual ou aparecimento de novos rituais após o procedimento (Foa, 1979).

Segundo Cordioli et al. (2002), a recusa ou desistência costuma ser comum, o que exclui cerca de 30% dos casos. Além disso, os critérios de

inclusão e exclusão dos estudos utilizando EPR restringem consideravelmente a população de pacientes elegíveis.

Assim, mesmo utilizando-se técnicas eficazes, segundo Eddy et al. (2004), até 50% dos pacientes não apresentam resposta terapêutica satisfatória à terapia comportamental. Costumam aproveitar menos o procedimento pacientes que apresentam sintomas graves; pacientes com predomínio de obsessões; aqueles com comorbidades como depressão grave, psicoses, transtorno de personalidade esquizotípica, transtornos de tiques ou Síndrome de *Tourette*, transtorno bipolar, abuso de álcool ou drogas e idéias supervalorizadas (baixo grau de crítica sobre os próprios sintomas) (Foa et al., 1983; Minichiello et al., 1988 e Jenike et al., 1990).

Segundo Araújo et al. (1996), as crenças (obsessões ou regras) muito rígidas e os temores restringem a adesão ao tratamento, que é essencial para o sucesso do procedimento. Diante disto, alguns autores propuseram técnicas cognitivas associadas ou não à EPR para o tratamento do TOC (Salkovskis, 1985 e 1999; Salkovskis et al., 1989; Van Oppen et al., 1994).

Como consequência, surgiram os protocolos de terapia cognitivo-comportamental (TCC), incluindo técnicas cognitivas e a técnica comportamental da EPR. A “validação empírica” destas intervenções foi realizada pela Força Tarefa da Divisão 12 com ensaios clínicos que verificaram eficácia (Steketee, 1993; van Oppen et al., 1995; Freeston et al., 1997), e também compararam as duas intervenções, TCC *versus* EPR (McLean et al., 2001; Whittal et al., 2005).

Para melhorar a abrangência da TCC, surgiram formas de aplicação que demandassem menos dos centros de saúde (financeiramente, tempo e

treinamento dos profissionais). As sessões de EPR ou TCC conduzidas em grupos trariam a possibilidade de tratar um número maior de paciente com o mesmo número de horas de trabalho do terapeuta (Anderson e Rees, 2007).

Frente às possibilidades de fornecer estes tratamentos nos centros de saúde, os ensaios clínicos passaram também a verificar a eficácia destas intervenções em relação à frequência com que eram fornecidas (em regime residencial intensivo, cinco, duas ou uma sessões semanais) (Abramowitz et al., 2003; Storch et al., 2008) e ao tipo de tratamento, individual ou em grupo (McLean et al., 2001; Anderson e Rees, 2007).

#### ***1.4.4. Estudos de eficácia da Exposição e Prevenção de Respostas e da Terapia Cognitivo-Comportamental para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo***

Abramowitz et al. (2003) trataram 20 pacientes com sessões diárias de EPR ao longo de três semanas e 20 pacientes com duas sessões por semana ao longo de oito semanas e identificaram que ambos os tratamentos foram efetivos. Embora tenha havido uma tendência de maior melhora no grupo que recebeu tratamento intensivo, o grupo intensivo apresentou alguns casos de recaída dos sintomas (o que não ocorreu no outro grupo). Os autores afirmaram que a EPR mesmo aplicada de forma não intensiva é eficaz. E levantam a hipótese de que os pacientes do grupo semanal tenham tido mais oportunidades de consolidar o que era aprendido durante as exposições entre as sessões, garantindo a manutenção dos ganhos terapêuticos.

Já Storch et al. (2008), em um ensaio clínico no qual os pacientes podiam escolher a frequência do tratamento para que os resultados se aproximassem mais das condições reais de tratamento, trataram 30 pacientes com 14 sessões semanais de TCC e 32 pacientes com 14 sessões diárias de TCC. Novamente, as duas formas de tratamento foram eficazes na redução do escore do YBOCS, atingindo escores da YBOCS médios pós tratamento de 12,51 no tratamento intensivo e 10,84 no tratamento semanal.

Tanto Abramowitz et al. (2003) quanto Storch et al. (2008) não encontraram diferenças significativas entre as respostas a EPR ou TCC intensivas e a EPR ou TCC conduzidas uma ou duas vezes por semana. No entanto, Foa et al. (2005) comentaram que a alta taxa de resposta ao tratamento que encontraram no próprio estudo provavelmente se deve ao tratamento intensivo de EPR que os pacientes receberam.

McLean et al. (2001) compararam grupos de tratamento de TCC e de EPR com uma lista de espera. O tratamento de TCC utilizado foi baseado nos trabalhos de Salkoviskis (1996), Freeston et al. (1996) e van Oppen e Arntz (1994), com ênfase no desafio dos pensamentos intrusivos e na técnica de experimentos comportamentais. Os dois tratamentos alcançaram reduções nos escores de YBOCS iniciais superiores ao grupo controle, e a EPR em grupo teve mais sucesso em produzir remissão total dos sintomas do que a TCC em grupo, embora com uma maior taxa de abandono. Os autores consideraram que ambos os tratamentos conduzidos em grupo foram efetivos.

Os resultados do estudo de Anderson e Rees (2007) comparando a TCC individual e em grupo indicaram que o formato de grupo é efetivo e não se associou a maior taxa de abandono.

### **1.5 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO**

O tratamento farmacológico de escolha do TOC baseia-se no uso de antidepressivos inibidores de recaptura da serotonina (IRS). A clomipramina foi o primeiro medicamento com eficácia demonstrada para o tratamento do TOC por meio de estudos duplo-cegos controlados com placebo (Montgomery, 1980; Thorén et al., 1980). Quase 10 anos depois de estabelecida a eficácia da clomipramina, diversos estudos controlados com placebo vieram a demonstrar a eficácia de IRS seletivos (ISRS), como fluoxetina (Tollefson et al., 1994), sertralina (March et al., 1998), fluvoxamina (Goodman et al., 1989a), paroxetina (Zohar e Judge., 1996) e citalopram (Montgomery et al., 2001).

Hoje, o tratamento farmacológico com os ISRS, junto à TCC, é a primeira opção para pacientes com TOC grave, e indicado sozinho para aqueles que não aceitam a terapia cognitivo-comportamental.

## **1.6 ENSAIOS CLÍNICOS COMPARATIVOS DA EFICÁCIA DOS TRATAMENTOS DE PRIMEIRA LINHA**

Um dos primeiros estudos de comparação entre tratamentos para o TOC envolvendo medicamentos e psicoterapia foi o de Rachman et al. (1979), no qual 48 pacientes com compulsões explícitas (observáveis) foram divididos em quatro grupos de tratamento: clomipramina e EPR, clomipramina e relaxamento, placebo e EPR e placebo e relaxamento. Todos os pacientes, ao final de quinze sessões de EPR ou relaxamento, receberam mais quinze sessões de EPR. As respostas aos tratamentos indicaram que a clomipramina foi superior ao placebo, principalmente para os pacientes mais deprimidos.

Em 1990, Cottraux et al. desenvolveram um ensaio clínico aleatorizado no qual 60 pacientes com TOC foram alocados para tratamento com: fluvoxamina e instruções “anti-exposição”, fluvoxamina e EPR, placebo e instruções “anti-exposição”, e placebo e EPR. Os pacientes que tomaram fluvoxamina obtiveram melhora no humor, quando comparados aos que tomaram placebo, e os pacientes que receberam fluvoxamina e EPR apresentaram uma diminuição maior dos sintomas do TOC, embora não significativamente diferente em relação aos outros grupos.

Mais recentemente, Foa et al. (2005) testaram a eficácia relativa e combinada de EPR e clomipramina em pacientes com TOC em um ensaio clínico aleatorizado, duplo-cego, controlado com placebo. Pacientes com outros transtornos psiquiátricos primários, como depressão maior, dependência de substâncias ou álcool, esquizofrenia ou transtornos de personalidade foram excluídos do estudo. EPR intensiva (20 sessões diárias



de duas horas cada, durante quatro semanas, e oito sessões semanais de manutenção), sozinha e combinada com tratamento medicamentoso, apresentou resultados superiores aos do tratamento com clomipramina. As taxas de resposta (incluindo todos os pacientes que iniciaram o tratamento) dos pacientes alocados para receber EPR, clomipramina, EPR e clomipramina associados e placebo foram respectivamente 62%, 42%, 70%, e 8%. Já para os que completaram os tratamentos, as taxas de resposta foram respectivamente 86%, 48%, 79% e 10%.

Outro ensaio clínico avaliou a eficácia da TCC em grupo (TCCG) e da sertralina na redução dos sintomas do TOC (Souza et al., 2006). Os critérios de exclusão foram: diagnóstico de Transtorno de *Tourette*, escore acima de 16 no Inventário de Depressão de Beck, Transtorno Bipolar, estado psicótico, abuso ou dependência de substância nos últimos seis meses e Transtorno de Personalidade grave. Após 12 sessões semanais de TCCG, houve redução média de 44% no escore inicial da YBOCS. Já para o grupo que recebeu 100mg de sertralina por dia, a redução média no YBOCS foi de 28%. Embora ambos os tratamentos tenham sido eficazes, a TCCG apresentou uma redução média no escore de YBOCS significativamente maior quando comparada à redução obtida pelo grupo tratado com sertralina ( $p=0,033$ ), com um intervalo de confiança de 95%.

Asbahr et al. (2005) também compararam a eficácia dos tratamentos TCCG e da sertralina com duração de 12 semanas (12 sessões de TCCG), mas em uma população infanto-juvenil de 9 a 17 anos de idade, com TOC há pelo menos seis meses, sem tratamento prévio adequado e com escore de pelo menos 7 no NIMH-GOCS. Foram excluídos os pacientes que apresentaram: Depressão como diagnóstico primário, Transtorno Bipolar,

Transtorno de Hiperatividade e Déficit de Atenção como diagnóstico primário ou se estivesse medicado com um psico-estimulante, transtornos neurológicos outros que não Síndrome de *Tourette*, Transtorno de Desenvolvimento, Transtorno de Estresse Pós Traumático, Transtorno de Personalidade Borderline, Psicose ou qualquer Transtorno Mental Orgânico. Tanto os pacientes tratados com TCCG quanto os com sertralina (200 mg) apresentaram melhoras significativas dos sintomas do TOC ao final do tratamento, mas após nove meses de tratamento os pacientes que receberam TCCG tiveram uma taxa significativamente menor de reincidência dos sintomas do que os que receberam sertralina ( $p = 0,028$ ).

### **1.7 ESTUDOS DE EFICÁCIA VERSUS ESTUDOS DE EFETIVIDADE**

Os ensaios clínicos aleatorizados, cujo objetivo é verificar a eficácia de um tratamento, procuram controlar variáveis que poderiam influenciar (alterar) a resposta ao tratamento. Para isto, é adotada uma série de cuidados metodológicos para garantir a validade interna dos procedimentos (Neno, 2005). Entre estes cuidados metodológicos incluem-se a alocação aleatória das condições de tratamento e controle, o uso de controles rigorosos como o uso de placebo, o uso de tratamentos padronizados, a utilização de manuais para terapia e a avaliação da fidelidade ao manual, número pré-estabelecido de sessões, resultados objetivos (diminuição dos sintomas de um transtorno do DSM-IV), avaliadores e diagnosticadores cegos para o tratamento recebido pelo paciente, inclusão de pacientes que apresentem preferencialmente um único diagnóstico psiquiátrico (pacientes

com múltiplos transtornos costumam ser excluídos), e acompanhamento do paciente após o tratamento utilizando-se uma bateria completa de avaliação (Seligman, 1995).

Todos estes cuidados, provenientes das regras de experimentação adotadas pelos órgãos reguladores para registro de novas drogas e procedimentos, passaram a ser adotados para verificar a eficácia diferencial das psicoterapias, e assim procuraram comprovar se componentes específicos da terapia (procedimentos) reduziriam certos sintomas (Wampold et al., 2007).

No entanto, a adesão a essas regras pode não favorecer o desenvolvimento da prática psicoterápica (Neno, 2005), além de trazer resultados que não podem ser generalizados para a prática clínica habitual dos serviços de saúde (Tunis et al., 2003).

O modelo dos estudos de eficácia começou a ser questionado na década de 1990, em relação à informação que produziam sobre o funcionamento das intervenções no contexto da oferta real de serviços de saúde. Apesar do grande número de ensaios clínicos aleatorizados controlados, eram persistentes as lacunas no conhecimento baseado em evidências em relação ao melhor tratamento a ser oferecido no contexto dos serviços de saúde dado que as condições experimentais estavam muito distantes das condições clínicas habituais (Tunis et al., 2003).

Diante deste quadro, foram desenvolvidos os estudos de efetividade que, segundo Seligman (1995), pretendem “prover uma ‘validação empírica’ útil e com credibilidade da psicoterapia e da medicação” (p. 966), o que não é possível nos estudos de eficácia, já que estes não avaliam a terapia da

forma como costuma ser conduzida na prática clínica fora do contexto de pesquisa.

Surgem, assim, os ensaios clínicos práticos ou pragmáticos, nos quais as hipóteses e o desenho de estudo são planejados especificamente para responder às questões encaradas por administradores de saúde, procurando abordar os riscos, benefícios e custos de uma intervenção. Para isto, os cuidados metodológicos incluem: a seleção de intervenções alternativas clinicamente relevantes para serem comparadas; a inclusão de uma população diversificada na amostra do estudo, para que haja pacientes com características que reflitam a extensão e distribuição dos pacientes observados na prática clínica para determinado problema; o recrutamento de participantes de centros heterogêneos, permitindo variabilidade no modo como a intervenção e o cuidado clínico são fornecidos, e a coleta de vários resultados funcionais relacionados à saúde (gravidade do sintoma, qualidade de vida, satisfação do paciente, custos) (Tunis et al., 2003).

Segundo Chambless e Hollon (1998), enquanto os estudos de eficácia de um tratamento avaliam se as mudanças clínicas observadas dependem exclusivamente da intervenção, os estudos de efetividade avaliam se é possível demonstrar que o tratamento obtém resultados na prática clínica real.

Por exemplo, os ensaios que compõem o *Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression* (STAR\*D) (em tradução livre, Tratamentos Alternativos Sequenciados para Alívio da Depressão), desenvolvidos com a adoção de métodos de estudos pragmáticos e naturalísticos, têm trazido novas informações a respeito do tratamento da depressão, uma vez que

avaliam amostras maiores, com características mais heterogêneas, oriundos de diferentes centros de tratamento. Um desses estudos é o de McGrath et al. (no prelo), que avaliaram 2.875 pacientes com episódio depressivo maior, vindos de diversos centros de saúde e que receberam tratamento com citalopram entre os tratamentos sequenciais. Os pacientes com características melancólicas apresentaram uma remissão menor da depressão (8,4%) do que os pacientes sem estas características (24,1%), atingindo um valor de  $p$  inferior a 0,0001. Em outro estudo, Howland et al. (2009) aplicaram a metodologia do STAR\*D em pacientes com depressão maior não psicótica e comorbidades com transtornos de ansiedade ou uso de substâncias, que também receberam citalopram. Esses autores encontraram que características sócio-demográficas e clínicas, como maior gravidade da depressão e maior duração da doença se associaram a menor resposta ao tratamento nos pacientes com comorbidades.

Até o momento, poucos estudos sobre o tratamento do TOC foram conduzidos para avaliar os resultados do tratamento conduzido na prática clínica habitual (Mancebo et al., 2006; Anderson e Rees, 2007; Storch et al., 2008). Um estudo prospectivo naturalístico de Providence (Rhode Island, EUA) (Mancebo et al., 2006) envolvendo 293 pacientes com TOC investigou quantos desta população haviam recebido tratamento adequado para o TOC e quantos tinham alcançado e mantido a resposta a estes tratamentos. Dos pacientes avaliados, 38% receberam pelo menos 13 sessões de TCC durante todos os anos de tratamento, e 24% relataram ter tido 13 sessões de TCC sem interrupções. Entre os pacientes que receberam tratamento adequado, 62% dos que receberam ISRS e 67% dos que receberam TCC se auto-avaliaram como estando melhor do que antes do tratamento.

No entanto, a maioria dos ensaios clínicos que investigaram TCC e ISRS no tratamento do TOC utilizou todos os cuidados metodológicos dos estudos de eficácia, utilizando, entre outras coisas, critérios de inclusão restritos, excluindo um grande número de pacientes. Ao todo, estima-se que cerca de 50% dos pacientes com TOC na população acabam sendo excluídos dos ensaios clínicos por um motivo ou outro (Souza et al., 2006). Dessa forma, quando são adotados critérios de inclusão rígidos, a eficácia dos tratamentos de primeira linha para o TOC acaba sendo investigada em amostras que não representam a população geral de pacientes com TOC (Marks et al, 1988; Marks, 2002). Conseqüentemente, a validade externa desses estudos é pequena, já que não podem ser generalizados para a prática clínica.

Os critérios de exclusão dos ensaios clínicos comparando TCC e medicamento para o TOC não permitem a generalização dos seus resultados para os pacientes com diferentes comorbidades, permanecendo limitado o nosso conhecimento sobre o impacto das comorbidades psiquiátricas sobre a resposta ao tratamento do TOC (Keeley et al., 2008).

## **1.8 ESTUDOS COM CRITÉRIOS DE INCLUSÃO AMPLOS INVESTIGANDO OS TRATAMENTOS DE PRIMEIRA LINHA PARA O TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO**

Entre os estudos que utilizaram critérios de inclusão mais amplos, Anderson e Rees (2007) compararam TCC individual e em grupo. Os pacientes foram excluídos somente se tivessem diagnóstico atual de Esquizofrenia, déficit intelectual, Transtorno Mental Orgânico, tratamento

medicamentoso instável ao longo dos três meses anteriores ao tratamento ou se já estivessem em tratamento psicológico para TOC. Portanto, pacientes com taxas significativas de comorbidade psiquiátrica foram incluídos. Foram considerados respondedores ao tratamento os pacientes que obtiveram redução de pelo menos 10 pontos em relação ao escore inicial no YBOCS, e foram considerados curados aqueles que, além de terem atingido a redução de 10 pontos, também tivessem apresentado um escore final de 14 ou menos no YBOCS (critério de mudança clínica significativa de Fisher e Wells, 2005). Se a redução no YBOCS fosse de nove pontos ou menos, o paciente seria considerado não respondedor, e um aumento de mais de nove pontos foi classificado como piora dos sintomas. As taxas de respondedores e curados entre os pacientes que completaram o estudo foram respectivamente 25% e 20% para TCCG, e 12% e 41% para TCC individual, sem diferença significativa entre os grupos, mas com um número significativamente maior de pacientes curados na TCC individual ( $p=0.009$ ). Esses resultados são menores do que os encontrados em estudos mais restritivos.

Outro estudo, usando critérios de inclusão mais amplos, investigou a eficácia da TCC em uma amostra de pacientes com TOC resistentes ao tratamento farmacológico que apresentavam taxas altas de comorbidades psiquiátricas (Tundo et al., 2007). Novamente, os pesquisadores estavam preocupados com as consequências de proporcionar tratamentos convencionais para uma população grave, resistente ao tratamento farmacológico. Os critérios de exclusão foram somente a presença de Esquizofrenia ou retardo mental. A redução média no YBOCS inicial foi de 12,06% seis meses depois do começo da TCC, e 19% um ano depois.

Embora esses resultados corroborem o emprego da TCC (incluindo EPR) em pacientes com TOC resistentes ao tratamento farmacológico (até para pacientes que não responderam a dois ou mais tratamentos medicamentosos e que apresentavam um ou mais diagnósticos adicionais do Eixo I), os autores enfatizam que a eficácia da TCC é menor em uma população como esta do que em uma menos grave.

Outras amostras complexas foram estudadas por McLean et al. (2001), e Whittal et al. (2005), que compararam EPR e TCC para pacientes com TOC e outros diagnósticos psiquiátricos, e por Tolin et al. (2004), que investigaram a eficácia da TCC em pacientes resistentes a vários tratamentos medicamentosos. Embora McLean et al. (2001) e Whittal et al. (2005) tenham encontrado altas taxas de resposta a tratamento mesmo em uma amostra menos selecionada, Tolin et al. (2004) apontaram que a EPR é eficaz para tratar mesmo pacientes com maior gravidade do TOC e com diagnósticos adicionais, mas que não se pode esperar a mesma resposta ao tratamento que se encontra em uma população menos complexa.

Concluindo, não foram conduzidos, até o momento, ensaios clínicos com amplos critérios de inclusão comparando os tratamentos psicoterápico e medicamentoso de primeira linha para o tratamento do TOC. Dessa forma, o desenvolvimento de um ensaio clínico prático para o tratamento do TOC parece imprescindível para a compreensão da heterogeneidade da resposta ao tratamento observada na clínica, além de contribuir para a orientação de políticas públicas de saúde.



## **2. Objetivos**

---

## **2.1 OBJETIVO GERAL**

Este projeto faz parte da linha de pesquisas de tratamento do Programa Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (PROTOC), do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Com a sua realização, pretende-se verificar a eficácia de abordagens que podem ser sugeridas para o sistema público de saúde e ampliar o conhecimento sobre fatores preditivos de resposta aos tratamentos de primeira linha para o TOC. Este projeto visa a verificar se a TCC em grupo e os ISRS são efetivos no tratamento de uma população com outros diagnósticos psiquiátricos além do TOC e sendo assim, menos selecionada e mais próxima da prática clínica.

## **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Este estudo tem como objetivo específico principal comparar a efetividade da TCC conduzida em grupo com o tratamento com fluoxetina, no curto prazo, em uma amostra de pacientes com TOC e comorbidades psiquiátricas que não tenham recebido tratamento adequado até o momento da admissão no estudo. A TCC foi conduzida em grupo e o medicamento utilizado foi a fluoxetina genérica fornecida pelo Hospital das Clínicas para verificar a aplicabilidade dos tratamentos de menor custo (financeiro e de tempo) para o sistema de saúde. Além disso, pretendia-se investigar se características clínicas como dados sócio-demográficos, idade

de início dos sintomas, número e tipo de comorbidades psiquiátricas interferem na resposta ao tratamento desta população.

### **2.3 HIPÓTESES**

Em função do exposto na introdução, espera-se que:

- 1) As taxas de resposta aos tratamentos encontradas neste estudo, com uma população menos homogênea, serão menores do que as encontradas nos estudos controlados com critérios de inclusão mais restritos produzidos até o momento;
- 2) As taxas de resposta deverão ser maiores entre os pacientes tratados com TCC do que entre os tratados com medicamento;
- 3) Pacientes com um número maior de comorbidades psiquiátricas deverão responder menos aos tratamentos;
- 4) Entre os pacientes não respondedores, espera-se um número maior de pacientes com Fobia Social e Depressão no grupo de TCCG.
- 5) Paciente solteiros ou do sexo masculino terão pior resposta a ambos os tratamentos.

## **3 Métodos**

---

Este projeto foi aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq, protocolo nº 622/06) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP).

Todos os pacientes foram informados inicialmente a respeito dos procedimentos relativos à pesquisa e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

A pesquisa foi desenvolvida no Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP, inserida nas atividades do PROTOC (“Programa Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo” do IPq-HC-FMUSP).

### **3.1 DESENHO DO ESTUDO**

Este estudo consiste em um ensaio clínico com alocação sequencial comparando dois tratamentos de primeira linha para o TOC: Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo e ISRS (fluoxetina). A alocação sequencial é um método de minimização que garante o balanceamento de características entre grupos estudados.

### **3.2 AMOSTRA**

Para recrutar participantes, este projeto de tratamento foi divulgado pela Associação Brasileira de Síndrome de Tourette e Transtorno Obsessivo Compulsivo (ASTOC) e pelo PROTOC por meio de programas de televisão,

rádio, imprensa escrita e também para os serviços de atendimento psiquiátrico primário. Todos que procuraram atendimento foram inicialmente triados por uma psicóloga experiente na avaliação de pacientes com sintomas obsessivo-compulsivos (Sonia Borcato). Os pacientes que apresentaram diagnóstico provável de TOC e não haviam recebido tratamento adequado até o momento, e manifestaram interesse em participar do projeto após receberem maiores informações a seu respeito foram encaminhados à triagem com os psiquiatras: Dra. Juliana Diniz, Dra. Roseli G. Shavitt, Dr. André Seixas, Dra. Janaína Cecconi, Dr. Quirino Cordeiro Jr. e Dra. Aline Sampaio.

Na triagem psiquiátrica, para determinar se o indivíduo era elegível para o estudo, foram avaliados: história médica e psiquiátrica (Ficha de triagem, Anexo A); YBOCS e CGI, entrevista clínica não estruturada para TOC e exame físico.

Para participar do estudo, os participantes tiveram de preencher os seguintes critérios de inclusão:

- (1) Diagnóstico de TOC de acordo com os critérios do DSM-IV;
- (2) Escore mínimo na Escala YBOCS de 16 para a presença de obsessões e compulsões ou 10 para a presença de apenas obsessões ou compulsões;
- (3) Ausência de tratamento prévio adequado para o TOC, caracterizado pelo uso de clomipramina ou um inibidor seletivo de recaptura da serotonina em dose comprovadamente eficaz, por pelo menos 12 semanas, e/ou ter recebido pelo menos 20 horas de terapia cognitivo-comportamental (March et al., 1997);

- (4) Aceitar participar de pesquisa clínica com possibilidade de ser alocado para TCCG ou medicação.

Critérios de exclusão:

- (1) Qualquer doença médica que apresentasse algum potencial para invalidar ou tornar difícil a interpretação dos resultados clínicos (por exemplo, antecedente de traumatismo crânio-encefálico com amnésia pós-traumática);
- (2) Uso abusivo e/ou dependência atual de álcool ou de outras substâncias psicoativas;
- (3) Presença de sintomas psicóticos ou maniformes;
- (4) Risco de suicídio, definido por tentativa prévia recente ou ideação com planejamento atual;
- (5) Presença de comorbidade psiquiátrica ou clínica que poderia piorar com o uso da medicação prevista no protocolo.

Pacientes com história de episódio maníaco prévio foram admitidos, uma vez que poderiam beneficiar-se do tratamento com TCCG (doze pacientes foram admitidos nesta condição, cinco pacientes alocados para TCCG e sete para ISRS). No caso dos que foram alocados para o tratamento com fluoxetina, foi introduzido um estabilizador de humor antes do ISRS. Outra observação é de que um paciente foi admitido durante um episódio depressivo, sem história prévia de mania, e apresentou um primeiro episódio maníaco após o início do tratamento com ISRS. Este caso foi tratado com a retirada do antidepressivo, introdução do estabilizador do

humor e nova tentativa de introdução do antidepressivo ou encaminhamento para o grupo de TCC e foi considerado como paciente que abandonou tratamento na análise. Todos estes casos entraram na análise, uma vez que o presente estudo visa investigar uma situação prática clínica.

Duzentos e vinte participantes passaram pela avaliação psiquiátrica. Após informações a respeito da pesquisa, doze (5,4%) não aceitaram participar do estudo. Ao todo, cinquenta pacientes (23%) não entraram no estudo, pelos seguintes motivos:

- (1) Não apresentaram diagnóstico primário de TOC (outros diagnósticos eram mais graves) (n = 28);
- (2) Não apresentaram escore inicial mínimo no YBOCS de 16 quando presentes obsessões e compulsões ou 10 quando presente apenas obsessão ou compulsão (n = 10);
- (3) Já estavam em, ou tinham recebido, tratamento adequado (n = 9);
- (4) Havia alto risco de suicídio (n = 2);
- (5) Apresentava arritmia cardíaca, sendo contra-indicado o tratamento farmacológico com associação, caso o paciente não respondesse ao uso de fluoxetina e fosse encaminhado ao estudo de associação medicamentosa, doutorado da Dra. Juliana Diniz (n = 1).

Os pacientes incluídos no estudo que já tomavam medicação psicotrópica tinham que estar com a dosagem estável há pelo menos três meses para poder começar o tratamento de TCCG, ou passar pela retirada



da medicação ao longo de duas semanas para iniciar o tratamento com ISRS.

Cento e cinquenta oito pacientes preencheram os critérios de inclusão/exclusão, aceitaram participar do estudo e foram sequencialmente alocados para receber TCCG ou fluoxetina. A taxa de inclusão do estudo, número de pacientes incluídos sobre número de pacientes avaliados, foi de 71,81%.

O método utilizado neste estudo para alocar pacientes em grupos de intervenção minimiza a possibilidade de diferenças entre os grupos em relação a variáveis com valor prognóstico. O método de minimização é mais bem descrito por Scott et al. (2002) e Pocock e Simon (1975). Um programa de computador foi desenvolvido pelos nossos estatísticos (Prof. Dr. Carlos Alberto de Bragança Pereira e Prof. Vitor Fossaluza) baseados em métodos semelhantes descritos previamente na literatura para alocar sequencialmente os pacientes. Nesse programa, os fatores prognósticos foram inseridos para calcular qual seria a menor diferença dessas características entre os grupos de tratamento. Os fatores prognósticos utilizados foram: escore inicial da YBOCS, sexo, idade e história prévia de tratamento. Com estes fatores inseridos, o programa de computador selecionava o tratamento para os pacientes de forma a equilibrar os grupos de tratamentos em relação a estas características específicas. A velocidade para alocar pacientes no grupo de TCCG ou ISRS podia ser alterada de acordo com a demanda. Ou seja, quando havia necessidade de se completar um novo grupo de TCC ou quando havia mais pacientes em um grupo de tratamento do que em outro. O processo de alocação foi conduzido para cada três pacientes recrutados, com dois pacientes alocados para TCCG e

um para ISRS, ou o contrário, de acordo com a necessidade de se inserir pacientes em um determinado grupo de tratamento. A alocação para os grupos foi determinada sem o conhecimento dos profissionais responsáveis pela avaliação e recrutamento dos pacientes, o que garantiu a impossibilidade de se manipular a inserção de um paciente específico em um dos tratamentos. A especificidade do método aqui utilizado é o uso de uma medida composicional para o cálculo dos vetores, mais bem descrito por Hofmeijer et al. (2008) e Fossaluza et al. (resultados não publicados)<sup>1</sup>, e tem sido utilizado em ensaios clínicos como o de Kofotolis et al. (2008).

### **3.3 PROTOCOLOS DE TRATAMENTO**

#### **3.3.1 Medicamento**

Os pacientes encaminhados para tratamento farmacológico receberam fluoxetina durante 12 semanas, recebendo 20mg/dia na primeira semana, com aumento semanal de 20mg/dia, até a dose de 80 mg/dia ou a dose máxima tolerada. Seis pacientes não toleraram os efeitos colaterais da fluoxetina e receberam outro ISRS (sertralina= 200mg/dia, paroxetina= 60 mg/dia, citalopram=50mg/dia). Estes pacientes foram considerados na análise como pacientes que abandonaram o tratamento e as últimas medidas com o uso da fluoxetina foram incluídas na análise. As consultas psiquiátricas ocorreram nas semanas: 0, 2, 4, 8 e 12, e foram realizadas por psiquiatras em programas de doutorado ou que já haviam

---

<sup>1</sup> Fossaluza, V; Diniz, J.; Pereira, B., Miguel, E., Pereira, C. (resultados não publicados). Sequential allocation and balancing prognostic factors.

terminado o doutorado, sob supervisão de duas psiquiatras fazendo o pós-doutorado.

Os pacientes tinham acesso telefônico aos psiquiatras responsáveis pela equipe no intervalo entre as consultas e caso houvesse necessidade de alteração de medicação, o comparecimento ao serviço para consulta “extra” era solicitado.

Na oitava semana, os pacientes que necessitaram redução da dose da fluoxetina por efeitos colaterais, e passaram a tolerar melhor o medicamento, voltaram a aumentar lenta e progressivamente a dose (10 mg/dia a cada semana), até 80mg/dia ou a dose máxima tolerada.

### **3.3.2 Terapia cognitivo comportamental em grupo**

Os pacientes encaminhados à TCCG foram reunidos em grupos de seis a oito pessoas, que receberam uma sessão de duas horas por semana, ao longo de 12 semanas, e mais três sessões mensais de manutenção. Essas sessões foram conduzidas por uma terapeuta treinada pelo psiquiatra-criador do protocolo de TCCG, Prof. Dr. Aristides Cordioli. A terapeuta é a autora do presente estudo, com mestrado em psicologia experimental: análise do comportamento (base conceitual e filosófica da terapia comportamental) e com experiência clínica de sete anos em terapia comportamental e aplicação de exposição com prevenção de resposta em casos de TOC, tendo sido acompanhada na condução dos grupos (até o décimo grupo) e supervisionada (em todos os grupos) durante a condução

dos grupos pela psicóloga Márcia Motta, com extensa experiência em análise do comportamento.

Cinco psicólogos, duas psiquiatras e dois estudantes de psicologia acompanharam a condução dos grupos, mas não fizeram um registro sistemático de observação, o que impossibilitou uma medida de fidedignidade ao protocolo. Ao mesmo tempo, estudos que pretendem avaliar efetividade costumam não ser rigorosos com a metodologia empregada para que os resultados reflitam a prática terapêutica a ser avaliada em *settings* que não o da pesquisa. Assim, em estudos de efetividade não necessariamente é necessária a avaliação da fidelidade ao manual.

Os pacientes alocados para TCCG que estavam previamente medicados estavam com doses fixas de medicamento há pelo menos três meses antes do início do tratamento.

### **3.3.2.1 Sequência das sessões de Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo - baseado no protocolo de Cordioli (2002):**

- **Sessão 1**
  - Apresentação dos participantes.
  - Apresentação de *slides*: informações psico-educativas sobre TOC, seus sintomas, suas causas e o impacto na vida pessoal e familiar.
  - Treino na identificação dos sintomas: obsessões, compulsões (abertas e encobertas) e comportamentos associados (esquiva, lentidão obsessiva).

- Orientações para o preenchimento da lista de sintomas.

- **Sessão 2**

- Apresentação de *slides*: familiarização com os tratamentos disponíveis para o TOC, seus resultados e o modelo comportamental do TOC.
- Elaboração da lista de sintomas e sua graduação de acordo com a aflição/ansiedade que provocam.
- Início da hierarquização dos sintomas (do menos ansiogênico ao mais).

- **Sessão 3**

- Continuação do preenchimento da lista de sintomas e respectivas graduações e hierarquização dos sintomas.
- Apresentação de *slides*: técnica de exposição e prevenção da resposta.
- Exercícios de exposição e prevenção de respostas (por meio de modelos de como se expor e fazendo uma exposição com cada paciente com algum sintoma possível no momento - de preferência, o que gerava menos ansiedade).
- Orientação de como manter o exercício de EPR e como utilizá-lo e treinar outros três possíveis sintomas do TOC (neste momento) ao longo da semana para cada paciente.

- **Sessão 4**

- Relatos sobre os exercícios de EPR realizados durante a semana.
- Orientações para as próximas exposições com sintomas seguintes da lista.

- Apresentação de *slides*: o modelo cognitivo e as técnicas cognitivas de correção de pensamentos automáticos e crenças distorcidas típicas do TOC.

- **Sessão 5**

- Relatos sobre os exercícios de EPR realizados durante a semana.
- Orientações para as próximas exposições com sintomas seguintes da lista.
- Apresentação de *slides*: técnica cognitiva de avaliação excessiva do risco e da responsabilidade.

- **Sessão 6**

- Relatos sobre os exercícios de EPR realizados durante a semana.
- Orientações para as próximas exposições com sintomas seguintes da lista.
- Apresentação de *slides*: técnica cognitiva de avaliação excessiva do poder do pensamento e da necessidade de controlá-lo.

- **Sessão 7**

- Relatos sobre os exercícios de EPR realizados durante a semana.
- Orientações para as próximas exposições com sintomas seguintes da lista.
- Apresentação de *slides*: correção de pensamentos disfuncionais como necessidade de ter certeza e perfeccionismo.

- Registro do auto-monitoramento.
- **Sessão 8** - Sessão conjunta com os familiares.
  - Informações para a família sobre o TOC e como auxiliar nos exercícios de exposição.
- **Sessões 9, 10 e 11**
  - Revisão de tópicos abordados em sessões anteriores, das tarefas de casa e dos registros de auto-monitoramento.
  - Reforço da prática de estratégias cognitivas e de exposição e prevenção da resposta.
  - Estratégias de prevenção de recaídas.
- **Sessão 12**
  - Avaliação do tratamento e reforço em estratégias de prevenção de recaídas.
  - Recursos da comunidade (associações de portadores, informativos).
- **Sessões de Manutenção: 13, 14 e 15 (1 mês, 2 meses e 4 meses após a 12ª sessão)**
  - Avaliação do tratamento e reforço em estratégias de prevenção de recaídas.
  - Recursos da comunidade.

O protocolo (manual) completo de terapia e os *slides* utilizados durante as sessões encontram-se anexos (Anexos B e C, respectivamente).

Ao longo das sessões, sempre que possível foram conduzidas exposições com prevenção de resposta. Fazem parte deste método de tratamento tarefas (lista de sintomas e leituras) e exercícios (EPR), para

serem feitos em casa, que são prescritos a partir de sugestões do próprio paciente e dos demais participantes e relatados no início da sessão seguinte. As metas e exercícios de cada semana foram registrados pela terapeuta e pelo próprio paciente, para melhor controle dos exercícios feitos entre as sessões.

Pacientes que faltaram a mais de duas sessões consecutivas foram considerados na análise como pacientes que abandonaram o tratamento, uma vez que as faltas dificultam o andamento da terapia. Foram inseridos os últimos dados referentes às respostas ao tratamento destes pacientes coletados antes das duas faltas consecutivas (método *last observation carried forward-LOCF*).

### **3.4 INSTRUMENTOS**

Todos os pacientes elegíveis foram avaliados de forma direta, antes do início do tratamento, com os instrumentos que constituem a “Apostila de Primeiro Atendimento” (Miguel e cols, 2007), desenvolvida pelos pesquisadores do PROTOC para investigar de forma minuciosa e abrangente aspectos sócio-demográficos, clínicos e de história de vida do paciente com TOC. Esta apostila comporta os seguintes instrumentos de avaliação, com os quais foram coletados os dados a serem analisados como variáveis independentes à resposta aos tratamentos neste estudo:

- 1 - Questionário Médico e Sobre Fatores de Risco (desenvolvido pelo PROTOC com base em instrumentos desenvolvidos inicialmente na Universidade de Yale, pelo Dr. James Leckman e seus colaboradores);



- 2 - Histórico Escolar, Profissional, Histórico Médico Geral e de Tratamento Psiquiátrico prévio (todos desenvolvidos pelo PROTOC);
- 3 - Escala de avaliação de nível sócio-econômico da Associação Brasileira do Instituto de Pesquisa de Mercado - ABIPEME (Marplan, 1989);
- 4 - Escala Dimensional para Avaliação de Presença e Gravidade de Sintomas Obsessivo-Compulsivos DYBOCS (*Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale - DYBOCS*) (Rosário-Campos et al., 2006) (Anexo D);
- 5 - Escala Yale-Brown de Sintomas Obsessivo-Compulsivos - YBOCS (*Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*) (Goodman et al., 1989b);
- 6 - Escala de Fenômenos Sensoriais USP-SPS (Rosário-Campos et al., 2005);
- 7 - Questionário sobre História Natural de TOC (Leckman et al., 2002);
- 8 - Escala de Avaliação Global de Tiques desenvolvida pelo *Yale Child Study Center - YGTSS (Yale Global Tics Severity Scale)* (Leckman et al., 1989);
- 9 - Inventário de Depressão de Beck, Beck-D (Beck et al., 1961) e Inventário de Ansiedade de Beck, Beck-A (Beck et al., 1988);
- 10 - K-SADS adaptada para adultos para avaliar Transtorno de Hiperatividade e Déficit de Atenção (Mattos et al., 2006); Escala de Hiperatividade MTA-SNAP (Adler et al., 2006);
- 11 - Escala para Transtorno de Ansiedade de Separação (baseada na K-SADS: Orzaschel e Puig-Antich, 1987);
- 12 - Escala de Adequação Social - EAS (Weissman e Payket, 1974);
- 13 - Escala de Avaliação de Crenças de Brown - BABS (Eisen et al., 1998);

- 14 - Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV - Transtornos do Eixo I (SCID-I/P - *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-patient edition*) (First et al., 1995);
- 15 - SCID para Transtornos do Impulso (First, 2004);
- 16 - Escala de Impressão Clínica Geral (ICG - versão adaptada) (Guy, 1976).

Destes instrumentos, foram destacadas as seguintes variáveis (números correspondentes aos instrumentos):

- 1 - Sexo (masculino/feminino), estado civil (solteiro, casado, divorciado, viúvo), idade atual;
- 2 - Nível de escolaridade (1º grau incompleto, 1º grau completo, 2º grau completo, 3º grau completo), ocupação (trabalhando, desempregado, estudante, do lar, aposentado, afastado);
- 3 - Classificação sócio-econômica (classes A, B, C, D, E);
- 4 - Dimensões de sintomas do TOC (violência/ agressão, sexual/ religiosa, simetria/ ordem/ contagem/ arranjo, contaminação/ limpeza, colecionamento, diversas) (presença ou ausência);
- 5 - Gravidade do TOC (escore - quanto maior o escore, maior a gravidade);
- 6 - Fenômenos sensoriais que acompanham o TOC (fenômeno sensorial tátil, fenômeno sensorial músculo/esquelético/visceral, estar em ordem (“just-right”), “just-right” visual, “just-right” tátil, “just-right” auditivo, sensação de incompletude, energia interna, ter que) (presença ou ausência);
- 7 - Idade de início do TOC, curso do TOC (crônico, episódico, progressivo, outros);

- 8 - Transtornos de Tiques (presença ou ausência);
- 9 - Gravidade da Depressão e Ansiedade (escore – quanto maior o escore, maior a gravidade);
- 10 - Transtorno de Hiperatividade com Déficit de Atenção (THDA) (presença ou ausência);
- 11 - Transtorno de Ansiedade de Separação (presença ou ausência);
- 12 - Adequação social (escore – quanto menor, maior a adequação);
- 13 - Grau de crítica dos sintomas do TOC (escore – quanto maior, maior a gravidade);
- 14 - Presença de comorbidades psiquiátricas do DSM-IV Eixo I (número e tipo de comorbidades psiquiátricas);
- 15 - Presença de Transtornos de Controle de Impulso (presença ou ausência).

Os principais instrumentos utilizados são descritos com mais detalhes abaixo:

- Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV - Transtornos do Eixo I (SCID-I/P - *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-patient edition*) (First et al., 1995) - Esta é uma entrevista semi-estruturada, aplicada apenas por avaliadores treinados, em indivíduos com 16 anos ou mais, para obter os diagnósticos de comorbidades psiquiátricas do Eixo I do DSM-IV. A SCID avalia transtornos atuais (último mês) e/ou passados, com respostas que podem ser positivas, negativas ou positivas para diagnóstico subclínico.
- Escala Yale-Brown de Sintomas Obsessivo-Compulsivos - YBOCS (*Yale-Brown Obsessive- Compulsive Scale*) (Goodman et al., 1989b) -

Avalia a gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos. Foi utilizada a tradução para o português, assim como a lista de sintomas obsessivo-compulsivos. Esta descreve e oferece exemplos de tipos de SOC e é seguida pela avaliação da sua gravidade. Possui cinco questões referentes ao tempo gasto com as obsessões e compulsões, à interferência nas atividades diárias, à angústia sentida se os rituais não forem realizados, à resistência efetuada pelo paciente e o grau controle sobre a realização dos rituais, com respostas variando de 0 a 4 pontos e escore máximo de 40 pontos.

- Escala Dimensional para Avaliação de Presença e Gravidade de Sintomas Obsessivo-Compulsivos DYBOCS (*Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale - DY-BOCS*) (Rosário-Campos et al., 2006)
  - Este questionário foi baseado, em parte, nos itens da *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* e em resultados de análises fatoriais de estudos envolvendo pacientes dos Estados Unidos, Brasil e Canadá. As versões em inglês e em português foram feitas ao mesmo tempo. Esta escala dividiu 88 tipos de sintomas em seis dimensões diferentes. Em outras escalas, alguns sintomas, como por exemplo, rituais de repetição para evitar uma obsessão sexual ou rituais de repetição para evitar um pensamento agressivo, podem ficar ambíguos por não especificarem a que conteúdo se referem. A escala DY-BOCS permite que o entrevistador especifique a qual dimensão o sintoma pertence, além de poder quantificá-lo de maneira específica. Os sintomas na escala DY-BOCS podem ser marcados como presentes, ausentes ou passados. Uma das vantagens desta escala é a pontuação da gravidade referente a cada dimensão de sintoma possibilitando identificar em

qual dimensão o paciente é mais prejudicado. Esta diferenciação pode ser útil para estudos de tratamento. A pontuação da gravidade desta escala varia de 0 a 15 pontos (perguntas referentes a tempo, angústia e interferência que os sintomas causam, com pontuação máxima de cinco pontos cada questão) e existe um escore final que varia de zero a 30 (incluindo 15 pontos para a questão referente a prejuízo). As seis dimensões de sintomas são: 1 - “agressão/violência”; 2 - “sexual/religião”; 3 - “ordem/simetria/contagem /arranjo”; 4 - “contaminação/limpeza”; 5 - “coleccionismo” e 6 - “diversas”. Como a lista de sintomas foi validada, mas a escala de gravidade não foi até o momento, foram utilizados na análise apenas os dados referentes à presença dos sintomas, sem avaliar a gravidade.

Ao final do tratamento foram aplicados, por um avaliador cego em relação ao tratamento recebido pelo paciente, as escalas de YBOCS, DYBOCS, ICG, Beck-D e Beck-A.

O treinamento dos entrevistadores/avaliadores consistiu em assistir pelo menos cinco entrevistas gravadas em vídeo e cinco entrevistas ao vivo conduzidas por um pesquisador experiente na aplicação destas escalas. Nestas situações foram coletados dados para avaliar a confiabilidade entre aplicadores. Em estudo recente sobre a nossa metodologia de trabalho, a taxa de confiabilidade entre os pesquisadores do grupo (PROTOC) que conduziram as avaliações deste estudo foi de 96% (Miguel et al., 2008).

### 3.5 DETERMINAÇÃO DA RESPOSTA AO TRATAMENTO

A resposta ao tratamento foi calculada tanto como variável contínua (redução percentual no escore inicial da YBOCS), como variável categorial.

Para definir a resposta contínua foi utilizado o seguinte cálculo com os escores do YBOCS:

$$\text{Grau de resposta} = \frac{\text{YBOCS (inicial - final)} \times 100}{\text{YBOCS inicial}}$$

Para a resposta categorial, foram considerados respondedores os pacientes que tiveram redução igual ou maior a 35% no escore da YBOCS e pontuações no ICG 1 ('muito melhor') ou 2 ('melhor').

### 3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Análises de intenção de tratar (*"intention to treat"* - na qual o paciente, uma vez alocado para tratamento, é considerado na análise, mesmo que o tenha abandonado) e levando em conta a última observação, medida (*"last observation carried forward"* - referindo-se à última avaliação do paciente antes de se desligar do protocolo) foram conduzidas.

O teste de Mann-Whitney foi utilizado para avaliar a resposta como variável contínua (porcentual de redução média no escore do YBOCS inicial) e o teste de qui-quadrado foi empregado para avaliar resposta como variável categorial (para comparar taxa de resposta dos dois grupos). A correção de continuidade de Yates para o teste de qui-quadrado foi usada quando havia menos de cinco pacientes na variável analisada em algum dos grupos.

Foi feita uma regressão linear para verificar a influência das seguintes variáveis na redução do escore do YBOCS:

- tipo de tratamento;
- idade de início dos sintomas;
- sexo;
- estado civil;
- curso dos sintomas;
- número de comorbidades psiquiátricas;
- escore inicial na YBOCS;
- escore na BABS;
- escore inicial na EAS;
- escore inicial na Beck-A;
- escore inicial na Beck-D;
- presença de fenômenos sensoriais;
- abandono do tratamento;
- as dimensões do DYBOCS (conteúdos dos sintomas);
- comorbidades psiquiátricas.

Para as últimas, foram analisados e estabelecidos os seguintes subgrupos:

1. Transtorno Bipolar;
2. Depressão (Transtorno Depressivo Maior + Distímia);

3. Pânico e Agorafobia (Transtorno de Pânico com Agorafobia + Transtorno de Pânico sem Agorafobia + Agorafobia);
4. Fobia Social;
5. Fobia Específica;
6. Transtorno de Estresse Pós-Traumático;
7. Transtorno de Ansiedade Generalizado;
8. Transtorno Dismórfico Corporal;
9. Transtornos Somatoformes (Transtorno Somático + Transtorno Doloroso + Hipocondria + Transtorno Somático Indiferenciado);
10. Transtornos de controle do Impulso (Dermatotilexomania + Transtorno Explosivo Intermitente + Comprar Compulsivo + Tricotilomania + Comportamento Sexual Impulsivo Compulsivo + Jogo Patológico + Uso de Internet Compulsivo + Uso de Videogame Compulsivo + Cleptomania + Automutilação);
11. Transtornos Alimentares (Anorexia Nervosa + Bulimia + Compulsão Alimentar Periódica);
12. Transtorno de tiques;
13. Transtorno de Ansiedade de Separação;
14. Transtorno de Hiperatividade e Déficit de Atenção.

Somente comorbidades presentes em pelo menos nove pacientes foram incluídas na análise de regressão. O critério de resposta foi a redução percentual no escore inicial no YBOCS. O efeito da interação entre variáveis



preditivas também foi considerado. As variáveis foram selecionadas com método *stepwise* baseado no AIC (*Akaike Information Criteria*) (Paula, 2004).

Todos os testes estatísticos foram interpretados com um nível de significância de 5%. Tamanhos de efeito (Cohen's *d*) foram calculados para escores na YBOCS pós-tratamento para comparar com outros tamanhos de efeito de outros estudos de tratamento.

A maioria das análises estatísticas foi conduzida no *software* "Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows", versão 14.0.

## **4 Resultados**

---

#### **4.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA**

Cento e cinquenta e oito pacientes atenderam os critérios de inclusão. Setenta foram (44,3%) sequencialmente alocados para a Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG), e oitenta e oito (55,7%) para o tratamento medicamentoso (fluoxetina). No grupo de tratamento TCCG, 18 pacientes abandonaram o tratamento (25,7%), enquanto 33 (37,5%) abandonaram o tratamento medicamentoso, uma diferença não significativa do ponto de vista estatístico ( $p=0,11$ ).

Entre os pacientes de terapia que abandonaram, alguns informaram os possíveis motivos: uma paciente deixou de comparecer às sessões após informar que estava sendo perseguida por ter denunciado um criminoso; um paciente procurou atendimento psiquiátrico particular após o falecimento de um parente e divórcio; um paciente apresentou sintomas psicóticos durante o tratamento e passou a ser tratado com medicamento que não estava autorizado pelo protocolo; uma paciente começou a trabalhar e não conseguiu vir mais às sessões e uma paciente engravidou acidentalmente durante o protocolo e não conseguiu comparecer às sessões devido às náuseas. Dos 13 pacientes restantes, sabe-se apenas o momento em que eles abandonaram: um paciente desistiu após ser alocado para tratamento e antes de iniciá-lo, dois pacientes abandonaram após a primeira sessão, três pacientes abandonaram até a sétima sessão do protocolo e sete pacientes abandonaram exatamente após a oitava sessão (sessão de família).

Dos 33 pacientes que abandonaram o tratamento medicamentoso, quatro foram alocados, mas não chegaram a iniciar o tratamento; nove (27%) não toleraram os efeitos colaterais da fluoxetina (destes, seis receberam outra medicação e três desistiram do tratamento com medicação); 14 (42%) pararam de comparecer às consultas e seis (18%) foram retirados do estudo devido aos seguintes motivos: dois por risco de suicídio; um por abuso de substância atual; um por apresentar psicose durante o protocolo; um por ter tido uma virada maníaca durante o protocolo e um por ter recebido tratamento fora do protocolo de pesquisa. Vale ressaltar que estes últimos pacientes apresentaram estas condições que impossibilitaram a continuidade ao longo do tratamento e passaram a contar como pacientes que abandonaram o tratamento na análise.

A tabela 2 apresenta os dados sócio-demográficos dos pacientes que participaram do estudo. Entre os 158 pacientes, oitenta e sete pacientes eram do sexo feminino (55,06%) e 71 do sexo masculino (44,94%). A idade atual da amostra (média) foi de 34,04 anos (e.p.= 0,87), e a idade média de início dos sintomas foi de 13,09 anos (e.p.= 0,75).

Outros dados demográficos, assim como características clínicas - registrados na Apostila de Primeiro Atendimento, foram obtidos para 147 pacientes. Mais da metade da amostra completou o ensino médio (51,7%), enquanto apenas alguns tinham grau superior de ensino (n = 8), ou não haviam completado o ensino fundamental (n = 8). Com relação à situação profissional, aproximadamente metade dos pacientes estava trabalhando (50,3%), e apenas a minoria (6,1%) eram aposentados ou afastados do trabalho (incluindo o motivo de doença). Praticamente metade estava solteira (49,7%), e um pouco menos da metade casada (44,2%). As classes

sócio-econômicas predominantes, de acordo com os critérios da ABIPEME, foram as classes B (48,3%) e C (35,4%), ou seja, classe média.

Não houve diferença estatística significativa entre os grupos de tratamento para as características acima, exceto em relação à classificação sócio-econômica ( $p=0,013$ ) como apresentado na Tabela 2. Enquanto no grupo de TCCG um pouco mais da metade da amostra pertencia à classe B (53,1%), no grupo de tratamento medicamentoso as classes B e C representaram a maior parte da amostra (44,6% e 42,2%, respectivamente).

Tabela 2 - Características demográficas da amostra total e por grupos de tratamento

	TCCG		ISRS		Total		p-valor
	N	%	N	%	N	%	
<b>Sexo</b>							0,8834
Feminino	39	55,7%	48	54,55%	87	55,06%	
Masculino	31	44,3%	40	45,45%	71	44,94%	
<b>Escolaridade</b>							0,7872
1º grau incompleto	4	6,3%	4	4,8%	8	5,40%	
1º grau completo	10	15,6%	9	10,8%	19	12,90%	
2º grau completo	33	51,6%	43	51,8%	76	51,70%	
3º grau completo	13	20,3%	23	27,7%	36	24,50%	
Pós-graduação	4	6,3%	4	4,8%	8	5,40%	
<b>Ocupação</b>							0,5107
Desempregado	18	28,1%	13	15,7%	31	21,10%	
Trabalhando	28	43,8%	46	55,4%	74	50,30%	
Estudante	6	9,4%	6	7,2%	12	8,20%	
Do lar	8	12,5%	11	13,3%	19	12,90%	
Aposentado/Afastado	3	4,7%	6	7,2%	9	6,10%	
Outros	1	1,6%	1	1,2%	2	1,40%	
<b>Estado Civil</b>							0,4974
Solteiro	31	48,4%	42	50,6%	73	49,70%	
Casado	31	48,4%	34	41,0%	65	44,20%	
Divorciado	2	3,1%	6	7,2%	8	5,40%	
Viúvo	0	0,0%	1	1,2%	1	0,70%	
<b>ABIPEME</b>							0,0131
A	2	6,3%	3	9,6%	12	8,20%	
B	7	53,1%	0	44,6%	71	48,30%	
C	17	26,6%	35	42,2%	5	35,40%	
D	34	10,9%	37	0,0%	7	4,80%	
E	4	3,1%	8	3,6%	5	3,40%	
	<b>Média</b>	<b>e.p.</b>	<b>média</b>	<b>e.p.</b>	<b>média</b>	<b>e.p.</b>	<b>p-valor</b>
<b>Idade Atual</b>	33,9	1,32	34,1	1,17	34,04	0,87	0,8274
<b>Idade de Início do TOC</b>	13,5	1,13	12,8	1,01	13,09	0,75	0,5337

Legenda: TCCG: terapia cognitivo-comportamental em grupo; ISRS: inibidor seletivo de recaptção de serotonina; TOC: transtorno obsessivo-compulsivo.

## 4.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA AMOSTRA

Dados referentes ao curso do TOC foram obtidos de 147 pacientes. Cinquenta e quatro pacientes (36,75%) relataram um curso crônico com piora progressiva do TOC, 29 (19,7%) relataram um curso flutuante com fases de melhora seguidas por fases de piora, mas sem remissão dos sintomas em nenhum momento, 22 (15%) relataram crises episódicas com remissão total entre crises, e 42 (28,6%) descreveram cursos de sintomas não especificados, como manutenção dos sintomas com a mesma gravidade ao longo do tempo.

Em relação à idade de início dos sintomas, os dados foram obtidos de 136 participantes. A maior parte desta amostra (n=73; 53,7%) apresentou os primeiros sintomas de TOC antes dos 10 anos de idade (início precoce), e apenas 24 pacientes (17,6%) apresentaram os primeiros sintomas após os 18 anos de idade (início tardio). Trinta e nove pacientes (28,7%) tiveram o início dos sintomas entre os 11 e os 17 anos de idade.

Os conteúdos mais frequentes das obsessões e compulsões na amostra foram os sintomas relacionados a simetria, ordem, contagem e arranjo (89,1% - n=131); seguido pelos sintomas relacionados a contaminação e limpeza (72,1% -n=106) e sintomas de colecionamento (72,1% - n=106); e os sintomas relacionados a agressão, violência e desastres naturais (69,4% - n=102); sintomas sexuais e religiosos (58,5% - n=86). Um pouco mais da metade (51% - n=75) relatou sintomas diversos não especificados, diferentes dos anteriores, porém não categorizados em uma dimensão (categoria “miscelânea” da DY-BOCS). Vale destacar que o paciente poderia apresentar mais de uma classe de conteúdo de sintomas, e

é devido a isto que a soma das porcentagens dos tipos de sintomas é superior a 100%.

Os escores médios na YBOCS inicial e final foram, respectivamente, 25,89 (e.p.= 0,42) e 20,15 (e.p.=0,66), com uma redução média de 22,24% (e.p. = 2,29) nos sintomas.

Foram encontradas quase três comorbidades, em média, por participante (média = 2,7, e.p.=0,19).

Não houve diferença estatística significativa destes dados entre os grupos de tratamento, como apresentado na Tabela 3.



**Tabela 3** - Características clínicas do Transtorno Obsessivo-Compulsivo para amostra total e por grupos de tratamento

	TCCG		ISRS		Total		p-valor
	N	%	N	%	N	%	
<b>Curso dos Sintomas</b>					N=147		0,0714
Flutuante	17	26,6%	12	14,5%	29	19,70%	
Episódica	5	7,8%	17	20,5%	22	15%	
Piora progressiva	22	34,4%	32	38,6%	54	36,75%	
Outros	20	31,3%	22	26,5%	42	28,60%	
<b>Idade de Início</b>					N=136		0,4744
Antes dos 10 anos	32	53,3%	41	53,9%	73	53,70%	
Entre 11 e 17 anos	15	25,0%	24	31,6%	39	28,70%	
Após os 18 anos	13	21,7%	11	14,5%	24	17,60%	
<b>DY-BOCS</b>					N=147		
Agressão	42	65,6%	60	72,3%	102	69,40%	0,3847
Sexual/Religiosos	33	51,6%	53	63,9%	86	58,50%	0,1337
Simetria	59	92,2%	72	86,7%	131	89,10%	0,2937
Contaminação	50	78,1%	56	67,5%	106	72,10%	0,1532
Colecionamento	50	78,1%	56	67,5%	106	72,10%	0,1532
Diversas	29	45,3%	46	55,4%	75	51%	0,2241
	<b>Média</b>	<b>e.p.</b>	<b>média</b>	<b>e.p.</b>	<b>Média</b>	<b>e.p.</b>	<b>p-valor</b>
<b>Y-BOCS Obsessão</b>							
Inicial	12,8	0,40	12,7	0,31	12,73	0,25	0,6735
Final	10,2	0,52	10,1	0,44	12,14	0,34	0,7559
% Redução	18,9%	3,7%	21,2%	3,1%	20,16%	2,37%	0,6237
<b>Y-BOCS Compulsão</b>							
Inicial	13,2	0,34	13,1	0,31	13,16	0,23	0,9011
Final	10,2	0,55	10,0	0,48	10,01	0,36	0,5989
% Redução	25,9%	3,9%	21,9%	3,4%	23,69%	2,56%	0,4268
<b>Y-BOCS Total</b>							
Inicial	26,0	0,65	25,8	0,55	25,89	0,42	0,7989
Final	20,0	1,03	20,3	0,86	20,15	0,66	0,9023
% Redução	23,1%	3,4%	21,5%	2,9%	22,24%	2,19%	0,8454
<b>Número de comorbidades</b>	2.44	0.28	2.91	0.25	2.70	0.19	0.158

Legenda: TCCG: terapia cognitivo-comportamental em grupo; ISRS: inibidor seletivo de recaptação de serotonina; DY-BOCS: Escala Dimensional para Avaliação de Presença e Gravidade de Sintomas Obsessivo-Compulsivos; Y-BOCS: Escala Yale-Brown de Sintomas Obsessivo-Compulsivos.

Os fenômenos sensoriais foram investigados a partir da escala USP-SPS e os dados foram obtidos de 148 participantes. Noventa e oito pacientes (66,2% da amostra) apresentaram algum fenômeno sensorial. Destes, 67 (45,3% da amostra) apresentaram o tipo “just-right” visual, 45 (30,6%) tinham um fenômeno sensorial tátil, 35 (23,8%) relataram o “ter que”, 22

(15%) relataram a sensação de energia interna, 21 (14,3%) apresentaram o “just-right” tátil, o mesmo número apresentou a sensação de incompletude, 20 (13,6%) apresentaram algum fenômeno sensorial músculo-esquelético-vascular e 17 (11,6%) apresentaram o “just-right” auditivo. Um estudo recente do nosso grupo utilizando esta escala (Lee e cols, no prelo) sugere que os tipos de fenômenos sensoriais não podem ser classificados em uma única classe de fenômeno, questionando assim se o escore geral reflete ou não uma medida de gravidade.

Mais uma vez, como pode ser observado na Tabela 4, não houve diferença estatística significativa entre os grupos de tratamento.

**Tabela 4** - Porcentagem de fenômenos sensoriais para amostra total e por grupos de tratamento

	TCCG		ISRS		Total		p-valor
	N	%	N	%	N	%	
Fenômeno Sensorial Tátil	17	26,6%	28	33,7%	45	30,6%	0,3495
Fenômeno Sensorial Músculo-Esquelético/Visceral	10	15,6%	10	12,0%	20	13,6%	0,5306
“Just-Right” Visual	33	51,6%	34	41,0%	67	45,3%	0,2008
“Just-Right” Auditivo	7	10,9%	10	12,0%	17	11,6%	0,8346
“Just-Right” Tátil	11	17,2%	10	12,0%	21	14,3%	0,3773
Incompletude	10	15,6%	11	13,3%	21	14,3%	0,6837
Energia Interna	9	14,1%	13	15,7%	22	15,0%	0,7874
Ter Que	15	23,4%	20	24,1%	35	23,8%	0,9259
Fenômeno Sensorial (todos)	47	72,3%	51	61,4%	98	66,2%	0,1656

Legenda: TCCG: terapia cognitivo-comportamental em grupo; ISRS: inibidor seletivo de recaptação de serotonina.

Outras escalas foram aplicadas, como a EAS para avaliar adequação social (antes do tratamento), a BABS para avaliar o grau de crítica em relação às obsessões (antes do tratamento), o inventário de Beck-D para avaliar o grau de depressão (antes e após o tratamento) e o inventário de Beck-A para avaliar o grau de ansiedade (antes e após o tratamento). A EAS inicial foi obtida para 128 pacientes, a BABS para 140, os Beck-D e Beck-A iniciais para 143, o Beck-D final para 66, e o Beck-A final para 68.

A média da EAS inicial foi de 2,6 (e.p.= 0,06), indicando uma adequação social média da amostra. O escore da EAS pode ir de 0 a 5, e quanto mais baixo o escore, maior a adequação. No caso da presente amostra, o escore médio de adequação social encontrou-se praticamente no meio entre 0 (ótima adequação) e 5 (inadequação limitante). A BABS inicial obteve um escore médio de 5,4 (e.p.= 0,39), o Beck-D inicial e final escores médios de 20 (e.p.= 0,9) e 16,1 (e.p.= 1,3), e o Beck-A inicial e final escores médios de 19,4 (e.p.= 1,05) e 18,9 (e.p.= 1,5).

Houve uma redução maior na intensidade da depressão e da ansiedade, medidos pelo Beck-D e Beck-A, entre os pacientes do grupo de tratamento medicamentoso em relação ao grupo TCC, no entanto esta diferença não chegou a ser significativa ( $p = 0,803$  para redução percentual do Beck-D e  $p = 0,356$  para redução percentual do Beck-A). Os valores totais e por grupos de tratamento são apresentados na Tabela 5.

**Tabela 5** - EAS, BABS, Beck-D e Beck-A para amostra total e por grupos de tratamento e diferença estatística entre grupos

	<b>TCCG</b>		<b>ISRS</b>		<b>Total</b>		<b>p-valor</b>
	<b>Média</b>	<b>e.p.</b>	<b>Média</b>	<b>e.p.</b>	<b>Média</b>	<b>e.p.</b>	
<b>EAS</b> Inicial	2,6	0,10	2,6	0,08	2,6	0,06	0,6736
<b>BABS</b> Inicial	5,1	0,55	5,6	0,56	5,4	0,39	0,6535
<b>Beck-D</b>							
Inicial	19,3	1,44	20,6	1,14	20	0,9	0,4267
Final	17,1	2,72	15,7	1,45	16,1	1,3	0,8148
<b>Beck-A</b>							
Inicial	19,5	1,70	19,2	1,32	19,4	1,05	0,9625
Final	19,0	3,04	18,9	1,66	18,9	1,5	0,7164

Legenda: TCCG: terapia cognitivo-comportamental em grupo; ISRS: inibidor seletivo de recaptção de serotonina; EAS: escala de adequação social; BABS: escala de avaliação de crenças de Brown; Beck-D: Inventário de depressão de Beck; Beck-A: inventário de ansiedade de Beck.

A SCID, entrevista aplicada para identificar comorbidades do EIXO-I do DSM-IV, foi aplicada em todos os 158 participantes.

A tabela 6 apresenta o número de pacientes e a porcentagem da amostra para cada comorbidade psiquiátrica do Eixo I do DSM-IV para a amostra total e para cada grupo de tratamento. Mais da metade da amostra apresentou algum transtorno de humor (58,5%), e 61,4% apresentou algum transtorno de ansiedade. O transtorno depressivo maior foi a comorbidade mais frequente (47,6%), seguida por fobia social (31%), transtorno de ansiedade generalizada (29,1%) e fobia específica (25,3%). Não houve diferença estatística significativa entre os grupos em relação às frequências de comorbidades.

**Tabela 6** - Comorbidades do Eixo-I segundo o DSM-IV entre os grupos

Diagnósticos do Eixo I do DSM-IV	TCCG		ISRS		Total		p-Valor
	n	%	N	%	n	%	
Transtornos de Humor	34	53,10%	52	62,70%	86	58,50%	0,245
Transtorno Depressivo Maior	28	43,80%	42	50,60%	70	47,60%	0,409
Distímia	8	11,40%	14	15,90%	22	13,90%	0,419
Transtorno Bipolar	5	7,10%	8	9,10%	13	8,20%	0,658
Transtornos de Ansiedade	42	60,00%	55	62,50%	97	61,40%	0,748
Transtorno de Pânico com Agorafobia	4	5,70%	2	2,30%	6	3,80%	0,481
Transtorno de Pânico sem Agorafobia	3	4,30%	3	3,40%	6	3,80%	1
Agorafobia	3	4,30%	8	9,10%	11	7,00%	0,387
Fobia Social	19	27,10%	30	34,10%	49	31,00%	0,348
Fobia Específica	16	22,90%	24	27,30%	40	25,30%	0,526
Transtorno de Estresse Pós Traumático	5	7,10%	11	12,50%	16	10,10%	0,268
Transtorno de Ansiedade Generalizada	21	30,00%	25	28,40%	46	29,10%	0,827
Transtornos Somatoformes	14	20,00%	19	21,60%	33	20,90%	0,807
Somatização	3	4,30%	6	6,80%	9	5,70%	0,736
Transtorno Dismórfico Corporal	8	11,40%	10	11,40%	18	11,40%	0,99
Transtorno de Dor Crônica	4	5,70%	4	4,50%	8	5,10%	1
Hipocondria	1	1,40%	2	2,30%	3	1,90%	1
Transtorno Somatoforme Indiferenciado	1	1,40%	1	1,10%	2	1,30%	1
Transtornos Alimentares	4	5,70%	10	11,40%	14	8,90%	0,337
Anorexia	0	0,00%	1	1,10%	1	0,60%	1
Bulimia	1	1,40%	0	0,00%	1	0,60%	0,908
Comer Compulsivo	3	4,30%	10	11,40%	13	8,20%	0,188
Transtornos de Controle do Impulso	17	24,30%	22	25,00%	39	24,70%	0,918
Dermatotilexomania	7	10,00%	9	10,20%	16	10,10%	0,962
Tricotilomania	1	1,40%	0	0,00%	1	0,60%	0,908
Transtorno Explosivo Intermitente	6	8,60%	3	3,40%	9	5,70%	0,269
Comportamento Sexual Impulsivo	0	0,00%	2	2,30%	2	1,30%	0,58
Comprar Compulsivo	2	2,90%	8	9,10%	10	6,30%	0,204
Cleptomania	0	0,00%	1	1,10%	1	0,60%	1
Auto-mutilação	0	0,00%	2	2,30%	2	1,30%	0,58
Uso Compulsivo da Internet	3	4,30%	3	3,40%	6	3,80%	1
Uso Compulsivo de Videogame	0	0,00%	1	1,10%	1	0,60%	1
Tiques*	12	18,80%	20	24,10%	32	21,80%	0,436
Transtorno de Hiperatividade e Déficit de Atenção*	3	15%	6	20%	9	18%	0,652
Transtorno de Ansiedade de Separação*	12	18,80%	16	19,30%	28	19%	0,936

Legenda: TCCG: terapia cognitivo-comportamental em grupo; ISRS: inibidor seletivo de recaptação de serotonina.

\* dados obtidos por outros instrumentos que não a SCID. A presença de tiques foi obtida pela YGTSS: Escala de Avaliação Global de Tiques para 147 pacientes, a presença de Transtorno de Hiperatividade e Déficit de Atenção foi obtida pela K-SADS: Escala de Avaliação de Transtorno de Hiperatividade e Déficit de Atenção para 60 pacientes, e a presença de Transtorno de Ansiedade de Separação foi obtida pela escala de Transtorno de Ansiedade de Separação para 147 pacientes. As porcentagens destas comorbidades foram calculadas em relação ao número total de cada escala preenchida e não ao total de participantes do estudo.

O número de comorbidades psiquiátricas por paciente foi calculado, e identificou-se que apenas 18,4% da amostra (29 pacientes) apresentaram TOC sem outras comorbidades psiquiátricas. Em contrapartida, 21,5% (n=34) apresentaram uma comorbidade psiquiátrica, e o restante da amostra (60,13% - n=95) apresentou pelo menos duas comorbidades. A Tabela 7 apresenta estes dados, mostrando o número de comorbidades psiquiátricas do Eixo I do DSM-IV para a amostra total e por grupos de tratamento.

**Tabela 7** - Número de Comorbidades do Eixo-I segundo o DSM-IV entre os grupos

Número de comorbidades	TCCG n (%)	ISRS n (%)	Total n (%)
0	12 (17,1)	17 (19,3) ((19,3)	29 (18,4)
1	22 (31,4)	12 (13,6)	34 (21,5)
2	11 (15,7)	11 (12,5)	22 (13,9)
3	6 (8,6)	16 (18,2)	22 (13,9)
4	6 (8,6)	12 (13,6)	18 (11,4)
5	3 (4,3)	10 (11,4)	13 (8,2)
6	5 (7,1)	1 (1,1)	6 (3,8)
7	2 (2,9)	6 (6,8)	8 (5,1)
8	2 (2,9)	1 (1,1)	3 (1,9)
10	1 (1,4)	2 (2,3)	3 (1,9)
Total	70 (100)	88 (100)	158 (100)

Legenda: TCCG: terapia cognitivo-comportamental em grupo; ISRS: inibidor seletivo de recaptção de serotonina.

### 4.3 RESPOSTA AOS TRATAMENTOS

Os pacientes com TOC sem outro transtorno psiquiátrico adicional atingiram, em média, 36,62% de redução no escore da YBOCS pré-tratamento, enquanto os pacientes com uma única comorbidade atingiram 21,5% e aqueles com duas ou mais comorbidades atingiram uma redução média de 18,72% do YBOCS pré-tratamento. Comparativamente, a redução do escore na YBOCS pré-tratamento nos pacientes sem outro transtorno psiquiátrico foi significativamente maior do que nos pacientes com uma ou mais comorbidades psiquiátricas ( $p=0,034$ ), como mostra a tabela 8. O valor de  $p$  é resultado da comparação dos três grupos (TOC sem comorbidade psiquiátrica, TOC com uma comorbidade psiquiátrica e TOC com duas ou mais comorbidades psiquiátricas).

**Tabela 8** - Média de redução percentual no escore inicial (pré-tratamento) da Escala Yale-Brown de Sintomas Obsessivo-Compulsivos (Y-BOCS) em relação à presença e frequência de comorbidades psiquiátricas

	N	Média de Redução Percentual	d.p.	p-valor
TOC sem comorbidade psiquiátrica	29	34,62	27,8	
TOC com uma comorbidade psiquiátrica	34	21,15	25,49	0,034
TOC com duas ou mais comorbidades psiquiátricas	92	18,73	26,87	
Total	155	22,24	27,25	

Legenda: TOC: transtorno obsessivo-compulsivo.

Utilizando como critério de resposta ao tratamento a redução de pelo menos 35% no escore inicial da YBOCS e a resposta 1 (“muito melhor”) ou 2 (“melhor”) na ICG pós tratamento, quarenta e quatro pacientes (30,1%) responderam ao tratamento recebido. Destes, vinte e um pacientes receberam TCCG (33,3% do grupo que recebeu este procedimento), e 23 pacientes receberam fluoxetina (27,7% do grupo que recebeu procedimento medicamentoso) (Tabela 9). Embora a média da porcentagem de respondedores do grupo de TCCG tenha sido um pouco mais alta do que a do grupo de ISRS, a diferença estatística não foi significativa ( $p = 0,463$ ).

**Tabela 9** - Resposta ao Tratamento<sup>a</sup>

Tratamento	Não respondedores		Respondedores		Total	<i>p</i> -Valor
	N	%	n	%		
TCCG	42	66,7	21	33,3	63	
ISRS	60	72,3	23	27,7	83	0,463
Total	102	69,9	44	30,1	146	

<sup>a</sup>Pacientes que apresentaram redução de pelo menos 35% no escore do YBOCS em relação à linha de base e com escores 1 ou 2 no ICG foram considerados respondedores.

Legenda: TCCG: terapia cognitivo-comportamental em grupo; ISRS: inibidor seletivo de recaptção de serotonina.

Analisando a resposta ao tratamento como variável contínua, a redução percentual obtida foi de 22,24% (d.p= 2,19) para a amostra toda, sendo especificamente 23,13% (d.p=3,42) a redução no grupo que recebeu TCCG, e 21,54% (d.p.=2,85) no que recebeu tratamento medicamentoso. Não houve diferença estatística significativa na redução percentual dos escores



da YBOCS entre os grupos de tratamento ( $p= 0,875$ ), como mostra a Tabela 10.

**Tabela 10** - Redução percentual do escore inicial (pré-tratamento) da YBOCS

Tratamento	Média	d.p.	<i>p</i> -Valor
TCCG	23,13%	3,42	0,875
ISRS	21,54%	2,85	
Total	22,24%	2,19	

Legenda: TCCG: terapia cognitivo-comportamental em grupo; ISRS: inibidor seletivo de recaptção de serotonina.

O cálculo do tamanho de efeito (Cohen's *d*), diferença entre médias da YBOCS pré e pós tratamento dividida pelo desvio padrão pré tratamento, foi feito para cada tratamento. Ambos os tratamentos atingiram bons tamanhos de efeito (em torno de 1.1), semelhantes aos obtidos em estudos anteriores (Van Oppen et al. (1997); Cordioli et al. (2003); McLean et al. (2001)) (Tabela 11).

**Tabela 11** - Tamanhos de efeito para cada tratamento utilizado

Tratamento	Tamanho de Efeito <sup>a</sup>
TCCG	1,096
ISRS	1,084

<sup>a</sup>Cohen's *d* usando d.p.pré tratamento

Legenda: TCCG: terapia cognitivo-comportamental em grupo; ISRS: inibidor seletivo de recaptção de serotonina.

#### 4.4 FATORES PREDITIVOS DE RESPOSTA AOS TRATAMENTOS

Foi realizada análise de regressão linear para identificar que variáveis poderiam estar associadas às respostas aos tratamentos. A Tabela 12 apresenta os valores ajustados na análise de regressão linear para a resposta ao tratamento como variável contínua.

Foram incluídas na regressão linear todas as variáveis descritas na análise estatística da sessão método. Costuma-se incluir nas análises de regressão apenas as variáveis cuja associação com o tratamento em análise univariada foi significativa. No entanto, é possível que uma variável que não tenha sido significativa em análise univariada possa ser significativa em análise de regressão. Por este motivo que praticamente todas as variáveis foram incluídas no cálculo da regressão.

Sexo masculino, apresentar um escore inicial mais alto na Beck-A, ter abandonado o tratamento e apresentar comorbidade com Transtorno Depressivo Maior ou Distímia foram associados com taxas mais baixas de resposta ao tratamento. A presença de Transtornos de Impulso foi associada com uma tendência a responder melhor ao tratamento. Todos os resultados foram independentes do tratamento recebido.

**Tabela 12** - Regressão linear para a resposta a tratamento como variável contínua

	<b>Coefficiente</b>	<b>Erro Padrão</b>	<b>p-valor</b>	
<b>Intercepto</b>	36,032	9,331	0,0002	*
<b>Sexo Masculino</b>	-11,272	4,976	0,0254	*
<b>EAS inicial</b>	3,838	3,75	0,3082	
<b>Beck-A inicial</b>	-0,548	0,225	0,0165	*
<b>Abandono a tratamento</b>	-11,865	5,302	0,0272	*
<b>TDM/distímia</b>	-11,617	5,146	0,0259	*
<b>Transtornos do Impulso</b>	9,219	5,497	0,0963	.

Legenda: EAS: escala de adequação social; Beck-A: inventário de ansiedade de Beck; TDM: Transtorno Depressivo Maior.

**Artigo**

As informações mais consistentes resultantes do presente estudo, utilizando as variáveis mais importantes na análise, geraram o artigo em anexo (Anexo E). Diferentemente da regressão linear apresentada na tese, na análise do artigo foram consideradas apenas as variáveis: tipo de tratamento, sexo, tipo e número de comorbidades psiquiátricas e a redução no escore da YBOCS.

Devido a este fato, no artigo as associações entre menor resposta aos tratamentos e presença de fobia social e entre maior resposta a TCCG e presença de Transtorno Bipolar foram estatisticamente significantes.

## **5 Discussão**

---

O principal objetivo deste estudo foi comparar a efetividade de dois tratamentos de primeira linha para o TOC, construindo uma situação de tratamento mais próxima da prática clínica fora do ambiente de pesquisa e aproximando-se mais da experiência dos portadores de TOC que costumam procurar tratamento no sistema público de saúde brasileiro. Para isso, foram admitidos pacientes com TOC e comorbidades psiquiátricas, casos que costumam ser excluídos nos ensaios clínicos que avaliam a eficácia dos tratamentos. Além disso, escolheu-se um protocolo já validado de terapia cognitivo-comportamental para aplicação em grupo (Cordioli, 2002), e um medicamento genérico (fluoxetina) contribuem para a investigação de tratamentos que podem ser facilmente implementados pelo sistema público, de forma a este poder oferecer um tratamento efetivo com gastos reduzidos.

## **5.1 RESPOSTAS AOS TRATAMENTOS**

A redução dos sintomas de TOC nos pacientes que participaram tanto do tratamento de TCCG quanto do medicamentoso foi um pouco acima de 20%, e aproximadamente 30% dos participantes foram classificados como respondedores (diminuição de, pelo menos, 35% no escore do YBOCS em relação à linha de base e escore de 1 ou 2 no ICG). A resposta a tratamento do TOC é heterogênea, sendo que em diferentes estudos a porcentagem de respondedores varia de 30% (semelhante ao resultado deste estudo) até 70% (bastante superior aos resultados aqui encontrados) (Tolin et al., 2004; Foa et al., 2005; Storch et al., 2008;

Whittal et al., 2005; McLean et al., 2001). Foa et al. (2005) obtiveram média de escores da YBOCS de pré- e pós-tratamento com clomipramina de 26,3 e 18,2, respectivamente, o que corresponde a uma redução média de 42% do escore inicial da YBOCS. Em contraste, neste estudo, o grupo que recebeu fluoxetina obteve escores médios na YBOCS pré- e pós-tratamento de 25,82 e 20,29 o que corresponde a uma redução de 21,54% no escore inicial da YBOCS. Assim como apontado por Foa et al. (2005), o tratamento medicamentoso sozinho parece produzir uma melhora limitada, uma vez que foi identificado que a EPR, assim como EPR combinada a medicamento produziram melhores respostas quando comparadas ao tratamento medicamentoso sozinho. A diferença dos achados dos dois estudos pode ser consequência de diferenças metodológicas. Estudos prévios levantaram a hipótese de clomipramina ser mais eficaz para o tratamento do TOC do que os ISRSs como a fluoxetina (Ackerman e Greenland, 2002). Os ISRSs se mantêm como tratamento de primeira linha pelo perfil de efeitos colaterais e toxicidade mais favorável do que a clomipramina (Pigott e Seay, 1999). Por outro lado, a clomipramina é a droga de escolha em casos resistentes a dois ISRSs pelas diretrizes atuais de tratamento (Bandelow et al., 2008). No entanto, no nosso entender, o mais provável é que estas diferenças se devem à seleção amostral que naquele estudo excluiu pacientes com comorbidades atuais como Depressão Maior e Transtorno de Personalidade Esquizotípica ou Borderline.

Em relação ao grupo tratado com TCCG no nosso estudo, o escore médio inicial na YBOCS foi 25,97, caracterizando uma população com TOC grave. O escore médio após tratamento foi 19,97, superior ao relatado nos estudos que encontraram a maior eficácia da TCC (Foa et al., 2005; Souza

et al., 2006) e semelhante ao dos estudos que não reproduziram taxas altas de resposta (Tundo et al., 2007; Anderson e Rees, 2007). No estudo de Anderson e Rees (2007), por exemplo, o escore médio na YBOCS pós-tratamento foi de 18,1, semelhante ao relatado por Tolin et al. (2004) de 18,15. Neste último, os autores encontraram uma taxa de redução no escore da YBOCS inicial de 26,3% que também é semelhante a do nosso estudo. Novamente, acreditamos que as principais diferenças aqui se devem aos métodos de seleção amostral. Por exemplo, os últimos dois citados acima, e que também incluíram amostras com comorbidades psiquiátricas encontraram resultados semelhantes aos nossos. Além disso, eles também utilizaram um método de análise de ensaios clínicos mais conservador em relação a medidas de eficácia, o de intenção de tratar (*“intention to treat”*), que leva em conta os dados de pacientes que foram randomizados (ou alocados) independentemente de terem terminado o tratamento ou não.

Uma questão a ser considerada em relação à menor resposta à TCC neste estudo, é o fato do tratamento com TCC ter sido feito em grupos. A razão disto foi o interesse na investigação da efetividade de um tratamento acessível, de menor custo, que pudesse ser generalizado para o sistema público de saúde. Anderson e Rees (2007) não encontraram diferença significativa entre a TCC conduzida em grupos ou individualmente para tratamento do TOC, e McLean et al. (2001) observaram que o procedimento de exposição e prevenção de resposta costuma ser bem sucedido tanto individualmente quanto em grupo. No entanto, os mesmos autores sugerem que a TCC conduzida individualmente pode ser mais eficaz do que quando conduzida em grupo (McLean et al., 2001).

## 5.2 DADOS DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

Embora o nosso estudo tenha se caracterizado por uma população mais grave, baixas taxas de abandono ao tratamento foram encontradas. Encontramos no grupo TCCG uma taxa de abandono de 25,7%, inferior à da fluoxetina (37,5%). A taxa de abandono à TCCG não foi diferente daquela relatada na literatura: 25% costumam recusar o tratamento com EPR (Foa et al., 1983), e em torno de 13% a 20% abandonam o tratamento (Kobak et al., 1998). Vale ressaltar que os pacientes do presente estudo que desistiram antes do início do tratamento foram incluídos na análise, entrando no grupo dos que abandonaram tratamento.

Quando se observa a taxa de pacientes que desistem antes do início do tratamento juntamente com os pacientes que desistem durante o tratamento, estudos com metodologia rigorosa como o de Foa et al. (2005) apresentam taxas altas de abandono, como 43,24% no grupo de tratamento com EPR e 42,55% no grupo de tratamento com clomipramina. No mesmo estudo, ao se considerar apenas os pacientes que abandonaram o tratamento após o seu início, as taxas de abandono ficaram em torno de 25% para todos os grupos de tratamentos, semelhante ao encontrado no presente estudo para a TCCG (que só teve um paciente desistente antes do início do tratamento). A taxa de abandono maior no tratamento com fluoxetina pode ter sido devida tanto aos efeitos colaterais da medicação, quanto à situação de o paciente ter sido atendido, em alguns casos, por mais de um psiquiatra, dificultando o vínculo. Ao mesmo tempo, vale ressaltar que, quando perguntados pela equipe o que mais os havia



ajudado, os pacientes responderam que foi a atenção recebida pela equipe de tratamento.

Um estudo recente do nosso grupo (Diniz et al., submetido) comparou as características clínicas entre os pacientes que completaram e os que abandonaram o tratamento do presente estudo. Neste estudo, encontramos diferenças de características sócio-demográficas ou dos sintomas obsessivo-compulsivos entre os dois grupos. Com relação à gravidade dos sintomas, foi observado que os pacientes que abandonaram o tratamento apresentaram maiores escores de ansiedade (segundo a Beck-A inicial), e identificou-se uma tendência de associação entre estes pacientes e uma menor crítica em relação aos sintomas do TOC, segundo a BABS. Além disso, a presença de transtornos de ansiedade e de somatização também se associaram à não adesão ao tratamento.

As características da nossa amostra foram discretamente diferentes das amostras de outros estudos (Foa et al., 2005; Simpson et al., 2008; Storch et al., 2008), nos quais o número de participantes do sexo masculino era levemente superior ao feminino. Semelhante à nossa amostra, um outro estudo brasileiro que comparou o mesmo protocolo de TCCG com sertralina utilizando critérios de inclusão mais rígidos (Souza et al., 2006) e a meta-análise sobre os tratamentos psicológicos do TOC realizada por Rosa-Alcázar et al. (2008) também encontraram uma porcentagem de mulheres superior a de homens. Além disso, no presente estudo a amostra também apresentou predomínio de escolaridade inferior ao de outras amostras, (McLean et al., 2001, Souza et al., 2006), já que a taxa de participantes com ensino superior foi baixa. Esta característica, embora não tenha se sobressaído como um fator preditivo de baixa resposta ao tratamento na

regressão linear, pode ter limitado o aproveitamento do protocolo de terapia, uma vez que o tratamento se baseia, entre outras coisas, em leituras e compreensão de conceitos abstratos.

As idades atuais e de início dos sintomas obsessivos poderiam consistir em outros fatores associados à menor resposta ao tratamento observada no nosso estudo. No entanto, as médias de idade atual e da idade de início dos sintomas deste estudo foram semelhantes às médias encontradas em diferentes ensaios clínicos ou estudos de prognóstico de pacientes adultos com TOC (Mavissakalian et al., 1990; Greist et al., 1995; Steketee et al., 1999; Wewetzer et al., 2001; Shavitt et al., 2006).

No entanto, acreditamos que a utilização de critérios de inclusão amplos, resultando numa amostra mais heterogênea, tenha sido o principal elemento que contribuiu para as baixas taxas de resposta obtidas neste estudo. Souza et al. (2006) relataram que 50% de sua amostra inicial foi excluída devido aos critérios de inclusão restritos. Pacientes com comorbidades psiquiátricas como transtornos de personalidade e fobia social costumam ser excluídos de ensaios clínicos utilizando a TCC em grupo no protocolo de tratamento. O estudo de Foa et al. (2005) demorou 10 anos para ser concluído em função da dificuldade em obter-se a amostra desejada levando-se em conta os seus critérios de exclusão.

No nosso estudo a escolha por investigar esta população, incluindo comorbidades, ao invés de excluí-las, foi para verificar a efetividade destes tratamentos em uma população mais próxima daquela que procura tratamento em diferentes ambientes clínicos, onde não se costuma aplicar entrevistas diagnósticas estruturadas previamente ao tratamento.

Quando o objetivo do estudo é identificar a eficácia de uma técnica ou medicamento específicos, uma série de cuidados metodológicos são necessários para reduzir o viés causado por qualquer variável que possa influenciar a resposta ao tratamento. Uma dessas variáveis, por exemplo, é a presença de comorbidades psiquiátricas. No entanto, quando o objetivo é verificar a efetividade de tratamentos em um sistema público de atendimento, as variáveis que costumam estar presentes no cotidiano devem ser consideradas (Tunis et al., 2003).

Em geral, os ensaios clínicos que investigaram TCC e EPR para o tratamento do TOC estudaram amostras com baixas taxas de comorbidade (McLean et al., 2001; Cordioli et al., 2003; Whittal et al., 2005). No presente estudo, o número médio de comorbidades psiquiátricas por paciente foi de 2,7 (d.p = 0,19), sendo que 81,6% da amostra tinham pelo menos um diagnóstico psiquiátrico adicional. Ou seja, apenas 18,4% dos pacientes apresentaram TOC puro. Este dado é próximo do encontrado por Anderson e Rees (2007), que obtiveram uma amostra com 65% de pacientes com pelo menos um diagnóstico psiquiátrico além do TOC, bem como de Tolin et al. (2004), que encontraram 75% de comorbidade psiquiátrica, de Shavitt et al. (2006) que encontraram comorbidade psiquiátrica em 85% da amostra e de Tundo et al. (2007), que, ao estudarem pacientes com TOC resistente, observaram que 42% dos pacientes tinham outros transtornos psiquiátricos concomitantes.

Os transtornos do humor e de ansiedade constituíram os transtornos psiquiátricos adicionais mais comuns dos pacientes dessa amostra, o que também vai ao encontro à literatura (Shavitt et al., 2006; Anderson e Rees, 2007, Tundo et al., 2007, Abramowitz et al., 2000). É comum a presença de

depressão unipolar associada ao TOC, podendo em alguns casos surgir como transtorno secundário ao TOC (Rasmussen et al., 1998).

As taxas de comorbidade e as taxas de resposta aos tratamentos destes estudos corroboram as observações de Hollander et al. (2002) e Shavitt et al. (2006), de que um maior número de comorbidades está associado a uma pior resposta ao tratamento medicamentoso do TOC. Ao mesmo tempo, há estudos como o de Abramowitz et al. (2003), que, mesmo incluindo pacientes com comorbidades, observaram taxas de resposta ao tratamento cognitivo-comportamental do TOC comparáveis aos resultados dos ensaios clínicos controlados com amostras selecionadas.

Na amostra do presente estudo, os pacientes com TOC puro tiveram uma redução no escore da YBOCS, em relação à linha de base, significativamente maior do que os pacientes com comorbidades psiquiátricas ( $p = 0,034$ ). Assim, como confirmado por Tolin et al. (2004), a TCC com EPR pode ser muito útil para tratar pacientes com TOC, mas a melhora daqueles com alto número de comorbidades poderá ser menor do que daqueles com TOC puro, e talvez sejam necessários tratamentos mais longos e com mais ênfase em EPR.

Ainda que a técnica em estudo seja a EPR, vale ressaltar que o protocolo utilizado neste projeto apresenta mais elementos que a EPR, o elemento-chave recomendado por alguns autores para a TCC em grupos (McLean et al., 2001; Whittal et al., 2005). Neste sentido, o nosso protocolo apresenta uma “aula” inicial para aprender quais são os sintomas do TOC, uma aula para o paciente identificar seus próprios sintomas, uma aula para entender e colocar em prática a EPR, sete sessões com orientações de como

proceder nas EPRs seguintes, quatro sessões com “aulas” sobre técnicas cognitivas para questionar crenças errôneas no TOC, uma sessão com a família, três sessões com registro de auto-monitoramento e quatro com técnicas de prevenção de recaídas. Ou seja, a EPR em si tem duração mais breve e talvez o foco do protocolo seja menor em EPR do que o recomendado. Para uma população com alto grau de comorbidades psiquiátricas, como a deste estudo, este protocolo parece não ter sido suficiente para atingir um grau de melhora semelhante ao de outros estudos.

É possível que, assim como sugerido por Tolin et al. (2004), fossem necessárias mais sessões de EPR do que o prescrito pelo protocolo, para uma população mais complexa ou resistente. Em geral, os manuais de protocolos prescrevem o número de sessões, os procedimentos ou conteúdos trabalhados em cada uma das sessões com o objetivo de diminuir os sintomas do transtorno diagnosticado (Neno, 2005), o que acaba reduzindo a capacidade de ajudar os casos mais resistentes ou com mais comorbidades.

Embora Storch et al. (2008) não tenham encontrado diferença estatística significativa entre a resposta à TCC intensiva e à TCC semanal em um ensaio no qual os pacientes podiam escolher a frequência do tratamento, o formato de uma sessão por semana é menos intensivo do que o recomendado por Foa et al. (2005), que obtiveram resultados muito bons com um protocolo de EPR diário. Os resultados aqui encontrados foram mais próximos daqueles de Cottraux et al. (1990), que também utilizaram um protocolo de EPR semanal.

Outra questão relacionada ao tempo do protocolo é o fato de que nem todos os pacientes identificam todos os seus sintomas no início do tratamento, muitas vezes tendo havido alterações da lista de sintomas ao longo do processo, o que impediu que todos os sintomas tivessem passado pela EPR, e só ter havido uma sessão com a família (que é insuficiente para a orientação sobre a técnica empregada, assim como para a verificação do que foi seguido pela família como orientação – digno de nota, sete pacientes abandonaram o tratamento após a sessão familiar).

Vermes e Zamignani (2002) apontaram a importância do trabalho com a família do paciente com TOC para obter melhores resultados, o que inclui: orientação familiar sobre características, etiologia e variáveis ambientais (entre elas os comportamentos de familiares) que podem ajudar a manter os rituais; colaborar com o tratamento registrando comportamentos obsessivo-compulsivos, estabelecer novas condições ambientais e alterar o padrão de relacionamento familiar. Em uma única sessão não é possível desenvolver todas estas atividades.

Essas limitações do protocolo de TCCG podem ter contribuído para a ausência de diferença significativa de resposta ao tratamento entre TCC e fluoxetina. Portanto, este achado foi diferente da hipótese formulada a partir dos ensaios clínicos prévios que compararam EPR ou TCCG com o tratamento medicamentoso para o TOC (Foa et al., 2005; Souza et al., 2006), nos quais houve melhor resposta associada ao tratamento psicoterápico. No caso de Foa et al. (2005), o tratamento comportamental proposto foi mais intensivo. Já em relação a Souza et al. (2006), embora o mesmo protocolo de TCCG tenha sido utilizado, muitos pacientes com possível mau prognóstico foram excluídos, o que deve ter contribuído para

uma maior taxa de respondedores. Além disso, a dose de sertralina utilizada no estudo de Souza et al. (2006) foi inferior à dose máxima recomendada (200mg/dia), o que pode ter favorecido a melhor resposta comparativa da TCCG neste estudo.

Embora tenhamos encontrado taxas de resposta menores, o tamanho de efeito de ambos os tratamentos (em torno de 1,1) foram semelhantes aos obtidos em estudos anteriores (Van Noppen et al., 1997; Cordioli et al., 2003); McLean et al., 2001). É possível que os tamanhos de efeito relativamente altos dos tratamentos do nosso estudo sejam reflexo do tamanho da amostra, já que amostras maiores estão associadas a menor variabilidade, e quanto menor a variabilidade maior o tamanho de efeito.

### **5.3 FATORES PREDITIVOS DE RESPOSTA AOS TRATAMENTOS**

Ser do sexo masculino foi identificado, por meio da regressão linear, como um fator preditivo de pior resposta ao tratamento, na mesma linha dos resultados prévios de Torresan et al. (2009) e Zittler et al. (2000). Maiores escores iniciais no Inventário de Ansiedade de Beck, indicando maior frequência e gravidade dos estados ansiosos, também se associaram a uma pior resposta. Um dado novo, mas não surpreendente, é de que os pacientes que abandonaram o tratamento tiveram respostas piores. Além disso, houve ainda uma associação entre escores iniciais altos do Beck-A e não adesão aos tratamentos propostos nesta pesquisa.

Outro importante fator preditivo de pior resposta ao tratamento foi a presença de depressão e/ou distímia, o que já havia sido descrito por

Steketee et al. (1999), Abramowitz et al. (2000) e Tolin et al. (2004). A depressão, segundo o modelo de desamparo aprendido de Seligman (1975), é caracterizada por déficits comportamentais, emocionais e motivacionais, que podem dificultar o engajamento dos pacientes depressivos em tratamentos que precisam da sua participação ativa, como nas atividades de EPR ou, até mesmo no seguimento de um tratamento medicamentoso. Abramowitz et al. (2000) identificaram que os pacientes com depressão grave mostraram respostas a TCC intensiva significativamente menores que pacientes com depressões mais leves ou ainda sem depressão. Alguns autores enfatizam que talvez seja necessário usar sequencialmente vários manuais quando o paciente apresenta esta ou outra comorbidade psiquiátrica (Westen et al., 2004).

Algumas limitações deste estudo merecem ser comentadas. A falta de avaliação dos transtornos de personalidade para identificar o quanto interferem na resposta aos tratamentos; a ausência das medidas de verificação da integridade do protocolo de TCC empregado (embora, em se tratando de um estudo de efetividade, tal medida não teria sido obrigatória); e a impossibilidade dos pacientes escolherem o tratamento que desejariam ter recebido (o que pode ter limitado o engajamento e investimento nos tratamentos aos quais foram alocados). Finalmente, este estudo poderia ter incluído um grupo tratado com a combinação de tratamentos psicológico e medicamentoso (abordagem comprovadamente mais eficaz segundo Foa et al. (2005)), se incluído, traria informações também relevantes sobre a efetividade destes tratamentos neste tipo de amostra.



#### **5.4 REFLEXÕES PARA FUTUROS ESTUDOS**

Pesquisas futuras deverão levar em conta não só novas possibilidades de desenho (ex.: deixar o paciente escolher o tipo de tratamento), mas também buscar superar limitações inerentes aos métodos de avaliação atual e das técnicas psicoterápicas utilizadas em ensaios clínicos envolvendo pacientes com TOC. Abaixo discutiremos em detalhe estes dois últimos aspectos.

Um limitação não apenas deste estudo, mas talvez dos estudos sobre o assunto se refere a forma com o desfecho é avaliado. Ou seja, de como é feita a utilização de escalas de sintomas que dependem do relato verbal do paciente. Muitos estudos da Análise do Comportamento têm identificado que contingências diferentes controlam o comportamento verbal (o dizer) e comportamento não verbal (fazer) (Ribeiro, 1989; Baer e Detrich, 1990; Pergher, 2002). Dessa forma, o que é relatado pelo indivíduo não necessariamente descreve realmente o que ele vive, faz e sente. A correspondência entre o fazer e o dizer não é obrigatória. Durante a avaliação de resultados, o relato do paciente pode estar sob controle de consequências relacionadas diretamente àquele momento, e não ao que realmente tem ocorrido com ele. Pode ocorrer do paciente não perceber progresso, e mesmo assim relatar melhora quando há um bom vínculo com a Instituição, na tentativa de agradar ou mesmo para evitar tomar medicamentos após o tratamento psicoterápico. Pode acontecer ainda, de o paciente notar melhora, mas relatar piora ou não nenhum avanço diante da possibilidade de finalizar o tratamento e deixar de receber cuidados da

equipe. Nesses casos, o relato do sujeito não está sob controle de como ele realmente está se sentindo, mas das possíveis consequências de uma situação na qual ele se encontra no momento, como deixar de ter atendimento se disser que está melhor, ou receber um tratamento que não deseja se disser que está pior.

Outra questão importante referente ao relato verbal é que as pessoas não necessariamente sabem descrever precisamente o que sentem e vivem. Segundo Skinner (1974), o indivíduo é dependente da sociedade para conhecer a si mesmo. Ele passa a identificar o que sente a partir da sua interação com contingências dispostas pela comunidade verbal. As descrições alheias servem de modelo para se iniciar os próprios relatos a respeito de suas condições corporais. A comunidade irá então modelar a emissão de tais repostas verbais. Contudo, a comunidade não tem acesso ao que ocorre “dentro da pele” do sujeito, ela observa apenas os eventos públicos que podem ou não ser indicativos do que de fato o indivíduo sente. A comunidade reforça diferencialmente as respostas auto-descritivas de um sujeito, mas não se pode dizer que tal resposta estava sob controle de uma condição interna precisa (Tourinho,1999). Nem sempre se consegue dar o *feedback* correto para as descrições dos eventos privados. Dessa forma, podemos descrever o que nos acontece e o que sentimos de forma não fidedigna ao que realmente ocorre.

Além disso, entre os vieses conhecidos nos estudos em Psiquiatria, está o viés de recordação ou memória, no qual alguns pacientes conseguem descrever melhor o que lhes aconteceu, dependendo da história de vida, do que outros (Prince et al., 2003). Um exemplo é o de mães de crianças autistas que, em geral, descrevem melhor pequenos detalhes do

desenvolvimento do filho em relação a mães de crianças normais, por já terem passado por várias entrevistas médicas que contribuíram para que ficassem mais atentas para detalhes do desenvolvimento da criança.

Ao longo de um processo de tratamento é possível, inclusive, que os pacientes passem por um treino de discriminação de seus eventos privados, aprendendo a refinar suas descrições do que lhes ocorre a partir da investigação do profissional. Assim, pode ocorrer que alguns pacientes, nas entrevistas iniciais, relatem eventos mais distantes da realidade do que nas entrevistas finais, resultando numa diferença nos escores dos inventários que não corresponde somente à alteração dos sintomas do paciente ao longo do tratamento, mas sim da melhora na acurácia do relato. Pesquisadores da área que utilizam estas escalas como medida podem acabar utilizando escores cujas diferenças talvez não representem muito, e é possível que as respostas aos tratamentos aqui encontradas tenham este viés, assim como as de outros estudos que obtiveram melhores respostas.

Além disso, há ainda a questão da confiabilidade dos avaliadores. Greist et al. (2002) verificaram que, para garantir uma alta qualidade e confiabilidade na aplicação de entrevistas, é necessário um treinamento contínuo dos profissionais. Os entrevistadores deste estudo foram treinados antes do início da investigação, e passaram semestralmente por um treinamento que verifica o nível de confiabilidade.

Tanto a EPR quanto as técnicas cognitivas, empregadas para facilitar a aceitação dos exercícios de EPR, focam em diminuir os sintomas do TOC, negligenciando variáveis ambientais e de história de vida do paciente que costumam manter as regras e/ou sintomas do TOC. Exemplo: uma paciente

só aceita ter relações sexuais com o marido usando preservativo devido a uma obsessão de que vai contrair AIDS. Ao investigarmos em que condições estes sintomas aparecem e quais consequências os sucedem, descobrimos que a paciente, ao exigir o uso do preservativo devido ao TOC, dificulta a frequência das relações sexuais (o marido não se sente confortável com o uso de preservativo), nas quais costuma sentir dor (resultado de experiências sexuais passadas traumáticas, e não de crenças errôneas). Neste caso, a exigência do uso do preservativo não é só uma esQUIVA do conteúdo da obsessão, mas uma esQUIVA de uma situação extremamente aversiva na vida da paciente. Assim, questionar como se pega AIDS e fazer EPRs não parece suficiente para tratar essa pessoa.

Para tratá-la adequadamente seria necessário fazer uma análise funcional, ou de contingências dos comportamentos relatados. Uma série de ações são necessárias como identificar as situações que lhe são aversivas, encontrar formas de passar por novas contingências não aversivas, além de identificar que há diferentes estímulos presentes na situação traumática passada e nas situações presentes.

O questionamento de crenças e a EPR são procedimentos focados na classificação taxonômica, e costumam funcionar para os sintomas do TOC que não são mantidos por outras variáveis ambientais. Isso porque a ênfase do tratamento está nos padrões de comportamentos ditos desviantes, deixando-se de observar diferenças relevantes intra-sujeitos (Cavalcante e Tourinho, 1998). Assim, estes procedimentos abrangem uma contingência específica, a que resulta na consequência de alívio pela retirada do estímulo aversivo por meio da realização da compulsão e não outras contingências com variáveis importantes na manutenção dos sintomas (Banaco, 1999). No

caso de populações mais complexas, com maior gravidade ou com duração longa do transtorno, talvez, essas intervenções não sejam suficientes.

Assim, além da eliminação da estimulação aversiva, resultante da realização de compulsão, há várias outras consequências que podem exercer controle operante sobre as respostas obsessivo-compulsivas. Alguns reforçadores sociais importantes, como a atenção, e a retirada de eventos aversivos diferentes das obsessões, como a diminuição da demanda de tarefas, além das sensações físicas de ansiedade características do TOC podem ter esse papel (Vermes e Zamignani, 2002). Muitas vezes, o déficit de habilidades importantes, como as sociais, pode estar relacionado com os comportamentos obsessivo-compulsivos, seja como consequência das limitações que o transtorno gera nas atividades do paciente, seja como condição anterior ao transtorno, o que pode facilitar a sua instalação (Banaco, 1997). Nesta última condição, os comportamentos obsessivo-compulsivos podem ser seguidos de atenção social ou esquiva de situações sociais aversivas, e esta consequência pode passar a controlar também a emissão futura das respostas do TOC.

Segundo Carr (1993), a topografia da resposta, ou seja, sua configuração espacial ou forma do responder (Catania, 1999), muito utilizada nas classificações taxonômicas, não é determinante para definir o tratamento. Mais importante do que a forma é a função da resposta, já que diferentes topografias como agressão, auto-lesão, abuso sexual, sarcasmo e cantar músicas obscenas podem ter uma mesma função e serem mantidas por uma mesma consequência, a de conseguir atenção, por exemplo.

Como alternativa para dar conta das outras variáveis de controle dos comportamentos obsessivo-compulsivos, a Análise do Comportamento propõe a análise funcional destes comportamentos. A análise funcional consiste na identificação de relações entre os eventos ambientais e as ações do organismo (Meyer, 2003). Para identificar tais relações é necessário especificar a ocasião em que a resposta ocorre, a própria resposta e suas consequências. Neste caso, tanto as condições ambientais que precedem quanto as que sucedem o comportamento estão relacionadas à sua manutenção. Assim, são identificadas a função do comportamento e suas condições mantenedoras. Os dados podem ser obtidos por meio do relato verbal e pela observação direta dos comportamentos do paciente, e organizados para que se identifiquem as variáveis independentes (antecedentes e consequências) e dependentes (respostas) (Skinner, 1953). Uma vez a análise definida, Sturmey (1996) coloca que algumas estratégias podem ser traçadas, podendo estas basear-se nas respostas, nas consequências e/ou nos antecedentes da contingência. A estratégia pode ainda estar relacionada à história de vida, programada para modificação de enfrentamentos atuais, ou ainda visar a modificações taxonômicas, como é o caso da EPR.

Segundo Zamignani e Banaco (2005):

A existência de pacotes de tratamento padronizados, de fato, é um avanço para o treinamento e aplicação de estratégias de tratamento, e seu uso pode produzir bons resultados em muitos casos. Em outros casos, todavia, a melhor escolha pode ser a adoção de alguns dos elementos presentes nos pacotes de tratamento ou mesmo o uso de estratégias completamente individualizadas. O que irá definir qual o melhor delineamento do tratamento será a avaliação funcional. (p. 90)

Yano (2003) identificou a partir da observação direta de sessões de terapia comportamental padronizada (seguindo manual) e não padronizada para Transtorno de Pânico que ocorre situações de individualização do tratamento, fugindo ao protocolo, mesmo no tratamento padronizado. Dessa forma, parece não haver uma garantia de que o tratamento padronizado seja exatamente como é prescrito, além apenas dar conta de uma parcela da população tratada, a que responderia à intervenção programada.

Assim, para os casos mais complexos pode ser necessária uma avaliação inicial da queixa levando-se em conta não apenas os sintomas do transtorno, mas a funcionalidade dos comportamentos em questão, para se traçar que elementos são necessários no tratamento deste paciente. Segundo Bohart (2000), a terapia tem o compromisso de cuidar dos pacientes, potencializando suas capacidades, o que não ocorre quando há a formalização dos tratamentos em termos de técnicas especificamente adequadas para cada tipo de transtorno psiquiátrico (Neno, 2005).

Em 1999, a Força Tarefa da Divisão 29 da *American Psychology Association* passou a pesquisar a relação terapêutica, características do terapeuta e características não diagnósticas. Tal cuidado se deveu aos questionamentos em relação aos aspectos técnicos da intervenção psicoterápica propostos pelos procedimentos específicos para cada transtorno psiquiátrico na Força Tarefa da Divisão 12 (Neno, 2005). Passou-se nesse momento a enfatizar as características individuais dos pacientes, independentemente do diagnóstico, e a relação terapêutica. Castonguay et al (1999) defenderam que seria possível incorporar aos manuais aspectos relacionados à relação terapêutica.

A proposta do nosso estudo, a de comparar dois tratamentos de primeira linha para o TOC, adotou um protocolo já validado, para ser conduzido em grupos, que não permitia a incorporação dos aspectos descritos acima. No entanto, vale ressaltar que novos protocolos, da terceira geração da terapia comportamental, criados visando abordar não apenas os sintomas, mas as contingências, poderiam ser empregados para verificar sua eficácia em uma população com TOC que exija maiores cuidados além de EPR e técnicas cognitivas. Esses protocolos são utilizados com maior flexibilidade, no sentido de que apresentam um detalhamento maior para incorporar a sensibilidade a fatores individuais dos tratamentos. Sem número de sessões restrito e com ritmo de desenvolvimento de acordo com a evolução de cada indivíduo, os protocolos mostraram-se válidos para cada intervenção em que são utilizados e não com o objetivo de serem válidos na maioria das intervenções que foram utilizados, como os manuais restritos costumam ser (Neno, 2005).

Entre esses protocolos destacam-se atualmente a Terapia Analítica Funcional (*Functional Analytic Psychotherapy* - FAP) desenvolvida por Kohlenberg e Tsai (1991) e a Terapia da Aceitação e do Compromisso (*Acceptance and Commitment Therapy* - ACT) desenvolvida por Hayes (1987).

A FAP baseia-se na relação terapêutica para a alteração dos comportamentos do paciente, partindo do princípio de que o paciente emite, durante a sessão, os comportamentos-problema (comportamentos clinicamente relevantes) diante do terapeuta, que adquire o valor de estímulo discriminativo e de reforçador condicionado. Diante da ocorrência dessas respostas durante a sessão, o terapeuta passa a reforçar



diferencialmente, ou seja, não atentar para as respostas não adequadas (que levam ao sofrimento), enfraquecendo-as e reforçando as respostas desejadas e adequadas do paciente, que permitam retornos (reforçadores) importantes na vida da pessoa fora do consultório. Dessa forma, a FAP enfatiza a relação terapêutica e, principalmente, a forma como o terapeuta consequência (valoriza) os comportamentos do paciente.

Já a ACT baseia-se no aprendizado por experiências (contingências), ou seja, a partir do que foi vivido, da situação, comportamento e consequências que ficaram relacionados. No entanto, muitas vezes, este aprendizado pode ser suprimido pelo comportamento verbal, resultando em desvantagens adaptativas, como a esquiva de situações e de certos estados internos aversivos. Diante disso, as intervenções baseiam-se em estabelecer novos controles de estímulos a partir do comportamento verbal. Procura-se mudar a função de um estímulo verbal (ou de qualquer outro) e, conseqüentemente, modificar a função dos estímulos a ele relacionados, diminuindo o caráter aversivo, o que diminuirá também a aversividade dos estímulos não verbais. Esta diminuição do caráter aversivo permite a vivência de outras contingências e, conseqüentemente, outros eventos privados.

Concluindo, tornam-se necessários estudos que utilizem novos métodos de avaliação e um protocolo modificado, a fim de ampliar o alcance dos métodos de avaliação e a eficácia da psicoterapia do TOC, respectivamente. A análise do comportamento tem desenvolvido outras formas de intervenção além da EPR que, apesar de não serem especificamente voltadas para o TOC, poderiam ser estudadas para verificar sua validade para a população com TOC, levando em conta as

singularidades de cada sujeito e, quem sabe, cuidando dos casos mais resistentes que não respondem aos tratamentos padronizados voltados à diminuição de sintomas. Ou seja, voltada para uma abordagem mais personalizada.

## **6 Conclusões**

---

A partir dos resultados encontrados, conclui-se que, para o tratamento do TOC no curto prazo com terapia cognitivo-comportamental em grupo e fluoxetina, em uma população com comorbidades psiquiátricas:

- 1) As taxas de resposta aos tratamentos foram menores do que as encontradas nos estudos controlados com critérios de inclusão mais restritos produzidos até o momento;
- 2) As taxas de resposta foram semelhantes entre os pacientes tratados com terapia cognitivo-comportamental e aqueles tratados com fluoxetina;
- 3) Pacientes com um número maior de comorbidades psiquiátricas responderam menos aos tratamentos;
- 4) Depressão e distímia estiveram associadas a pior resposta a ambos os tratamentos. Fobia Social não se associou a pior resposta aos tratamentos.
- 5) Sexo masculino, abandonar o tratamento e escores iniciais mais altos no Inventário de Ansiedade de Beck também se associaram com pior resposta aos tratamentos.

## **9 Referências**

---

---

[Abramowitz JS](#), [Franklin ME](#), [Schwartz SA](#), [Furr JM](#). Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Consul Clin Psychology*. 2003; 71(6):1049-57.

Abramowitz JS, Franklin ME, Street G, Kozak M, Foa EB. Effects of comorbid depression on response to treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behav Therapy*. 2000; 31:517-28.

Ackerman DL, Greenland S. [Multivariate meta-analysis of controlled drug studies for obsessive-compulsive disorder](#). *J Clin Psychopharmacology*. 2002; 22(3):309-17

Ackerman DL, Greenland S, Bystritisky A, Morgenstern H, Katz RJ. Predictors of treatment response in obsessive-compulsive disorder: Multivariate analyses from a multicenter trial of clomipramine. *J Clin Psychopharmacology*. 1994; 14(4):247-54.

Adler LA, Spencer T, Faraone SV, Kessler RC, Howes MJ, Biederman J, Secnik K. Validity of pilot Adult ADHD Self- Report Scale (ASRS) to Rate Adult ADHD symptoms. *Ann Clin Psychiatry*. 2006; 18(3):145-8.

Alarcon RD, Libb JW, Spitler D. A predictive study of obsessive-compulsive disorder response to clomipramine. *J Clin Psychopharmacology*. 1993; 13:210-3.

Alonso P, Menchon JM, Pifarre J, Mataix-Cols D, Torres L, Salgado P, Vallejo J. Long-term follow-up and predictors of clinical outcome in obsessive-compulsive patients treated with serotonin reuptake inhibitors and behavioral therapy. *J Clin Psychiatry*. 2001; 62:535-40.

American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- DSM-IV-TR*. 4 ed., Washington, DC, American Psychiatric Press, 2002.

Anderson R, Rees C. Group versus individual cognitive-behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *Behav Res Therapy*. 2007; 45(1):123-37.

Araujo LA, Ito LM, Marks IM. Early compliance and other factors predicting outcome of exposure for obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry*. 1996; 169:747-52.

Asbahr FR, Castillo AR, Ito LM, Latorre MR, Moreira MN, Lotufo-Neto F. Group cognitive-behavioral therapy versus sertraline for the treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005; 44(11):1128-36.

Baer RA, Detrich R. Tacting and manding in correspondence training: effects of child selection of verbalization. *J Exp Anal Behavior*. 1990; 54(1):23-30.

Banaco RA. Auto-regras e patologia comportamental. In: Zamignani DR, org. *Sobre Comportamento e Cognição*. Santo André: Arbytes; 1997.v.3, p.80-8.

Banaco R A. Técnicas cognitivo-comportamentais e análise funcional. In: Kerbauy RR e Wielenska RC, org. *Sobre comportamento e cognição*. Santo André: Arbytes; 1999. v.4, p.75-82.

Bandelow B, Zohar J, Hollander E, Kasper S, Möller HJ and WFSBP TASK FORCE ON TREATMENT GUIDELINES FOR ANXIETY OBSESSIVE-COMPULSIVE POST-TRAUMATIC STRESS DISORDERS. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the

pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders - First Revision. *J Biol Psychiatry*. 2008; 9(4):248— 312.

Beck AT, Brown G, Epstein N, Steer RA. An Inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consul Clin Psychology*. 1988; 56: 893-7.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mockj, Erbaugh G. An Inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961; 4: 561-71.

Black DW, Monahan P, Gable J, Blum N, Clancy G, Baker P. Hoarding and treatment response in 38 nondepressed subjects with obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1998; 59(9): 420-5.

Bohart AC. The client is the most important common factor: Clients' self-healing capacities and psychotherapy. *J Psychother Integration*. 2000; 10(2): 127-49.

Braga DT, Cordioli AV, Niederauer K, Manfro GG. Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: a 1-year follow up. *Acta Psychiatr Scandinavica*. 2005; 112(3): 180-6.

Carr EG. Behavior analysis is not ultimately about behavior. *Behav Analyst*. 1993; 16: 47-9.

Carrasco JL, Hollander E, Schneier FR, Liebowitz MR. Treatment outcome of obsessive-compulsive disorder with comorbid social phobia. *J Clin Psychiatry*. 1992; 53:11.

Castonguay LG, Schut AJ, Constantino MJ, Halperin GS. Assessing the role of treatment manuals: Have they become necessary but nonsufficient ingredients of change? *Clin Psychol: Sci Practice*. 1999; 6(4): 449-55.



Catania AC. *Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição*. Trad. Deisy das Graças de Souza...(et al.).4. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.

Cavalcante SN, Tourinho EZ. Classificação e diagnóstico na clínica: Possibilidades de um modelo analítico-comportamental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 1998; 14: 139-47.

Cavedini P, Erzegovesi S, Ronchi P, Bellodi L. [Predictive value of obsessive-compulsive personality disorder in antiobsessional pharmacological treatment](#). *Eur Neuropsychopharmacology*. 1997; 7(1):45-9.

Chambless DL, Hollon SD. Defining empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychology*. 1998; 66(1): 7-18.

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.

Cordioli AV. *Terapia cognitivo-comportamental em grupo no transtorno obsessivo-compulsivo* (tese). Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

Cordioli AV, Heldt E, Bochi DB, Margis R, Souza MB, Tonello JF, Manfro, GG, Kapczinski F. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *Psychoter Psychosomatic*. 2003; 72:211-6.

Cordioli AV, Heldt E, Bochi DB, Margis R, Souza MB, Tonello JF, Teruchkin B, Kapczinski F. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a clinical trial. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002; 24(3):113-20.

Cottraux J, Mollard E, Bouvard M, Marks I, Sluys M, Nury AM, Douge R, Cialdella P. [A controlled study of fluvoxamine and exposure in obsessive-compulsive disorder.](#) *Int Clin Psychopharmacology*. 1990; 5(1):17-30.

de Haan E, van Oppen P, van Balkom AJ, Spinhoven P, Hoogduin KA, Van Dyck R. [Prediction of outcome and early vs. late improvement in OCD patients treated with cognitive behaviour therapy and pharmacotherapy.](#) *Acta Psychiatr Scandinavica*. 1997; 96(5):354-61.

Diniz J, Malavazzi D, Fossaluza V, Belotto-Silva C, Borcato S, Pimentel I, et al. Predictors of treatment noncompliance among patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychoter Psychosomatics*. submetido.

Eddy KT, Dutra L, Bradley R; Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Review*. 2004; 24(8):1011-30.

Eisen JL, Phillips KA, Baer L, Beer DA, Atala KD, Rasmussen SA. The Brown Assessment of Beliefs Scale: reliability and validity. *Am J Psychiatry*. 1998; 155:102-8.

Erzegovesi S, Cavallini, MC, Cavedini P, Diaferia, G, Locatelli M, Bellodi L. Clinical predictors of drug response in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacology*. 2001; 21: 488-92.

Estes WK, Skinner BF. Some quantitative properties of anxiety. *J Exp Psychology*. 1941; 29: 390-400.

Ferrão YA, Shavitt RG, Bedin N, Mathis ME, Lopes AC, Fontenelle LF, Torres A, Miguel Filho EC. Clinical features of refractory obsessive-compulsive patients. *J Affective Disorders*. 2006; 94: 199-209.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured clinical interview for DSM-IV Axis I Disorders - patient edition (SCID-I/P, Version 2.0). *Biometrics Research Department*, New York, NY, New York State Psychiatric Institute, 1995.

Fisher PL, Wells A. How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behav Res Therapy*. 2005; 43(12):1543-58.

Foa EB. Failure in treating obsessive-compulsives. *Behav Res Therapy*. 1979; 17, 169-76.

[Foa E, Grayson J, Steketee G, Doppelt H, Turner R, Latimer P.](#) Success and failure in the behavioral treatment of obsessive-compulsives. *J Consult Clin Psychology*. 1983; 51(2):287-97.

Foa E, Liebowitz M, Kozak M, Davies S, Campeas R, Franklin M, et al. Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2005; 162(1):151-61.

Foa EB, Steketee G. Emergent fears during treatment of three obsessive compulsives: symptom substitution or deconditioning? *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1977; 8, 353-8.

Freeston MH, Ladouceur R, Gagnon F, Thibodeau N, Rhéaume J, Letarte H, Bujold A. Cognitive—behavioral treatment of obsessive thoughts: A controlled study. *J Consult Clin Psychology*. 1997; 65: 405 -13.

Freeston MH, Rhéaume J, Ladouceur R. Correcting faulty appraisals of obsessive thoughts. *Behav Res Therapy*. 1996; 34: 443-6.

Goodman WK, Price LJ, Rasmussen SA, Delgado PL, Heninger GR, Charney D S. Efficacy of fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1989a; 46:36–44.

Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown obsessive compulsive scale: II. validity. *Arch Gen Psychiatry*. 1989b; 46: 1012-16.

Greist JH. [Behavior therapy for obsessive compulsive disorder](#). *J Clin Psychiatry*. 1994; 55(Suppl):60-8.

Greist JH, Chouinard G, DuBoff E, Halaris A, Kim SW, Koran L, Liebowitz M, Lydiard B, Rasmussen SA, White K, Sikes C. Double-blind parallel comparison of three dosages of sertraline and placebo in outpatients with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1995; 52:289-95.

Greist JH, Mundt JC, Kobak K. [Factors contributing to failed trials of new agents: can technology prevent some problems?](#) *J Clin Psychiatry*. 2002; 63(2): 8-13.

Guy W. ECEDEU assessment manual for psychopharmacology, revised. *NIMHANS*. 1976; 76(338): 217-22.

Hayes SC. A contextual approach to therapeutic change. In: Jacobson NS, editor. *Psychotherapist in clinical practice*. New York: The Guilford Press, 1987, p. 327-87.

Hofmeijer J, Anema PC, van der Tweel I. New algorithm for treatment allocation reduced selection bias and loss of power in small trials. *J Clin Epidemiology*. 2008; 61(2): 119-24.

Holander E, Bienstock C, Koran L, Pallanti S, Marazziti D, Rasmussen S, et al. Refractory obsessive-compulsive disorder: state-of-the-art treatment. *J Clin Psychiatry*. 2002; 63(6), 20–9.

[Howland RH](#), [John Rush A](#), [Wisniewski SR](#), [Trivedi MH](#), [Warden D](#), [Fava M](#), [Davis LL](#), [Balasubramani GK](#), [McGrath PJ](#), [Berman SR](#). Concurrent anxiety and substance use disorders among outpatients with major depression: Clinical features and effect on treatment outcome. [Drug Alcohol Depend](#). 2009; 99:248-60.

Jenike M, Baer L, Minichiello W. *Obsessive-compulsive disorders: theory and management*. Chicago: Year Book Medical Publication; 1990.

Kazdin AE. *History of behavior modification: Experimental foundations of contemporary research*. Baltimore: University Park Press; 1978.

[Keeley M](#), [Storch E](#), [Merlo L](#), [Geffken G](#). Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Review*. 2008; 28(1):118–30.

[Kobak K](#), [Greist J](#), [Jefferson J](#), [Katzelnick D](#), [Henk H](#). Behavioral versus pharmacological treatments of obsessive compulsive disorder: a meta-analysis. *Psychopharmacology (Berl)*. 1998; 136(3):205–16.

Kofotolis ND, Vlachopoulos SP, Kellis E. Sequentially allocated clinical trial of rhythmic stabilization exercises and TENS in women with chronic low back pain. *Clin Rehabilitation*. 2008; 22(2): 99-111.

Kohlemberg RJ, Tsai M. *Functional analytic psychotherapy*. New York: Plenum Press, 1991.

Kozak M, Liebowitz M, Foa E. Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for OCD. In: Goodman WK, Rudorfer M, Maser JM.

editores, *Obsessive-compulsive disorder*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 2000.

Leckman JF. Questionário sobre história natural do TOC-YALE. Junho 2002, versão 06/2002.

Leckman JF, Riddle MA, Hardin MT. The Yale Global tic severity scale: initial testing of a clinician-rated scale of tic severity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1989; 8:566-73.

Leonard HL, Swedo SE, Lenane MC, Rettew DC, Hamburger SD, Bartko JJ, Rapoport JL. A 2- to 7-year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 1993; 50: 429-39.

Mancebo MC, Eisen JL, Pinto A, Greenberg BD, Dyck IR, Rasmussen SA. [The brown longitudinal obsessive compulsive study: treatments received and patient impressions of improvement.](#) *J Clin Psychiatry*. 2006; 67(11):1713-20.

March JS, Frances A, Carpenter D, Kahn DA. The expert consensus guideline series – Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *J Clin Psychiatry*. 1997; 58(4).

March JS, Biederman J, Wolkow R, Safferman A, Mardekian J, Cook EH, Cutler NR, Dominguez R, Ferguson J, Muller B, Riesenber R, Rosenthal M, Salle FR, Wagner KD, Steiner H. Sertraline in children and adults with obsessive-compulsive disorder a multicenter randomized controlled trial. *JA MA*. 1998; 280(20):1752-6.

Marks IM. Clinical phenomena in search of laboratory models. In: Maser J, Seligman M. Org. *Psychopathology: experimental models*. San Francisco: W.H. Freeman & Company. 1977, p.175-213.

Marks IM. Behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: a decade of progress. *Can J Psychiatry*. 1997; 42(10):1021-7.

Marks IM. The maturing of therapy: some brief psychotherapies help anxiety/depressive disorders but mechanisms of action are unclear. *Br J Psychiatry*. 2002; 200-4.

Marks IM, Hodgson R, Rachman S. Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in vivo exposure: a two year follow-up and issues in treatment. *Br J Psychiatry*. 1975; 127:349-64.

Marks IM, O'Sullivan G. Drugs and psychological treatments for agoraphobia/panic and obsessive-compulsive disorders - a review. *Br J Psychiatry*. 1988; 153: 650-8.

Mataix-Cols D, Rauch S, Manzo PA, Jenike MA, Baer L. Use of factor-analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1999; 156:1409-16.

Mavissakalian MR, Jones B, Olson S, Perel JM. Clomipramine in obsessive-compulsive disorder: clinical response and plasma levels. *J Clin Psychopharmacology*. 1990; 10:261-8.

McDougle CJ, Goodman WK, Leckman JF, Barr LC, Heninger GR, Price LH. The efficacy of fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: Effects of comorbid chronic tic disorder. *J Clin Psychopharmacology*. 1993; 13:354-8.

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; 51:302-8.

McGrath PJ, Khan AY, Trivedi MH, Stewart JW, Morris DW, Wisniewski SR, Miyahara S, Nierenberg AA, Fava M, Rush JA. [Response to a Selective Serotonin Reuptake Inhibitor \(Citalopram\) in Major Depressive Disorder With Melancholic Features: A STAR\\*D Report.](#) *J Clin Psychiatry.* (no prelo).

McLean P, Whittal M, Thordarson D, Taylor S, Sochting I, Koch W, et al. Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychology.* 2001; 69:205-14.

Meyer SB. Análise funcional do comportamento. In: Costa CE, Luzia JC, Sant'anna HHN. Org. *Primeiros passos em análise do comportamento e cognição.* Santo André: ESETec. 2003, p. 75-91.

Meyer V. Modification of expectation in cases with obsessional rituals. *Behav Res Therapy.* 1966; 4:273-80.

Miguel EC, Ferrão YA, Rosário MC, Mathis MA, Hounie AG, Fontenelle LF, Torres AR, Cordoli AV, Gonzalez CH, Prado HS, Perin EA, Santos SI, Copque H, Diniz JB, Shavitt RG, Borges MC, Lopes AP, Torresan RC, Raffin AL, Meyer E, Petribú K. (2008). The Brazilian Research Consortium on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (CTOC): recruitment, assessment instruments and methods for the development of multisite collaborative studies. *Rev Bras Psiquiatria.* 2008; 30(3): 185-96.

Miguel EC, Rosário-Campos MR, de Mathis MA, et al. APOSTILA DE PRIMEIRO ATENDIMENTO - PROTOC. *Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.* São Paulo, Brasil, Versão 2007.

Minichiello WE, Baer L, Jenike MA. Schizotypal personality disorder: a poor prognostic indicator for behaviour therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disorders.* 1988; 1: 273-6.



Miranda MA. *Transtorno obsessivo-compulsivo e comorbidade: um estudo caso-controle* [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina; 1999.

Montgomery AS. Clomipramine in obsessional neurosis: a placebo controlled trial. *Pharmacol Medicine*. 1980; 1:189-92.

Montgomery AS, Kasper S, Stein DJ, Bang Hedegaard K, Lemming OM. Citalopram 20 mg, 40 mg and 60 mg are all effective and well tolerated compared with placebo in obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacology*. 2001; 16(2):75-86.

**Neno, S. Tratamento Padronizado: Condicionantes Históricos, Status Contemporâneo e (In)Compatibilidade com a Terapia Analítico-Comportamental (tese). Belém (PA): Universidade Federal do Pará; 2005.**

**Neziroglu F, Stevens KP, McKay D, Yaryura-Tobias JA. Predictive validity of the overvalued ideas scale: outcome in obsessive-compulsive and body dysmorphic disorders. *Behav Res Therapy*. 2001; 39(6):745-56.**

Orvaschel H, Puig-Antich J. Kiddie-SADS-E: Schedule for affective disorder and schizophrenia for school-age-children – epidemiologic (4<sup>th</sup>. version). Ft. Lauderdale, FL: Nova University, *Center for Psychological Study*, 1987.

Paula GA. *Modelos de Regressão com Apoio Computacional*. São Paulo: IME-USP, 2004.

Pergher NK. De que forma as coisas que nós fazemos são contadas por outras pessoas: um estudo de correspondência entre comportamento não verbal e verbal (dissertação). São Paulo(SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2002.

Perugi G, Akiskal HS, Pfanner C, Presta S, Gemignani A, Milanfranchi A, Lensi P, Ravagli S, Cassano GB. The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *J Affective Disorder*. 1997; 46:15-23.

Piggot T, Seay S. Biological treatments for obsessive-compulsive disorder: literature review. In: Swinson RP, Antony MM, Rachman S, et al. editors. *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment*. New York, NY: Guilford Publications; 1998.

Pigott TA, Seay SM. [A review of the efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder](#). *J Clin Psychiatry*. 1999; 60(2):101-6.

Prince M, Stewart R, Ford T, Hotopf M. *Practical Psychiatric Epidemiology*. Oxford University Press; 2003.

Pocock SJ, Simon R. Sequential treatment assignment with balancing for prognostic factors in the controlled clinical trials. *Biometrics*, 1975;31:103-115.

Rachman S, Cobb J, Grey S, McDonald B, Mawson D, Sartory G, Stern R. [The behavioural treatment of obsessional-compulsive disorders, with and without clomipramine](#). *Behav Res Therapy*. 1979; 17(5):467-78.

Raffin AL. *Preditores da Resposta, em Curto Prazo, À Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo de Tempo Limitado, no Transtorno Obsessivo-Compulsivo* (dissertação). Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

Rasmussen S, Eisen J, Pato M. Current issues in the pharmacologic management of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1993; 54:4-9.

Ravizza L, Barzega G, Bellino S, Bogetto F, Maina G. Predictors of response in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1995; 56: 368-73.

Ribeiro AF. Correspondence in children's self-report: Tacting and manding aspects. *J Exp Anal Behavior*. 1989; 51(3): 361-7.

Rosa-Alcázar AI, Sanchez-Meca J, Gómez-Conesa A, Marin-Martínez F. Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clin Psychol Review*. 2008; 28(8):1310-25.

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; 158:1899-903.

Rosário-Campos MC, Prado HS, Shavitt RG, Hounie AG, Chacon PJ, Mathis ME, Mathis MA, Leckman JF, Miguel EC. Escala para avaliação de presença e gravidade de fenômenos sensoriais da universidade de São Paulo (USP-SPS). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2005 10ª. versão.

Rosário-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S, Chacon P, Ferrao 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. *Mol Psychiatry*. 2006; 11(5):495-504.

Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behav Res Therapy*. 1985, 23(5): 571-83.

Salkovskis PM. *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York: Guilford Press; 1996.

Salkovskis PM. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Therapy*. 1999; 37: S29-S52.

Salkovskis PM, Westbrook D. Behavior therapy and obsessional ruminations: can failure be turned into success? *Behav Res Therapy*. 1989; 27(2): 149-60.

**Saxeena S, Maidment KM, Vapnik T, Golden G, Rishwain T, Rosen RM, Tarlow G, Bystritsky A. Obsessive-compulsive hoarding: symptom severity and response to multimodal treatment. *J Clin Psychiatry*. 2002; 63: 21-7.**

**Scott NW, McPherson G, Ramsay G, Campbell MK. The method of minimization to clinical trials: a review. *Control Clin Trials*. 2002; 23(6): 662-74.**

Seligman M. *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco, CA: W.H. Freeman; 1975.

Seligman MEP. The effectiveness of psychotherapy: The *Consumer Reports* study. *Am Psychologist*. 1995; 50, 965-74.

**Shavitt G. *Fatores preditivos de resposta ao tratamento com clomipramina a curto prazo em pacientes com Transtorno Obsessivo Compulsivo*. (tese). São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2002.**

Shavitt R, Belotto C, Curi M, Hounie A, RosárioCampos M, Diniz J, et al. Clinical features associated with treatment response in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2006; 47:276-81.

Sidman M. *Coerção e suas implicações*. Trad. Andery MA, Sérgio TMP. Campinas: Editorial Psy II; 1995

Simpson HB, Foa EB, Liebowitz MR, Ledley DR, Huppert JD, Cahill S, Vermes D, Schmidt AB, Hembree E, Franklin M, Campeãs R, Hahn CG, Petkova E. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for augmenting pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2008; 165:621-30.

Skinner BF. *Science and human behavior*. New York: Macmillan; 1953.

Skinner BF. *Sobre o Behaviorismo*. Trad. Villalobos MP. Editora Cultrix: São Paulo; 1974.

Skoog G, Skoog I. A 40-Year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1999; 56:121-7.

Souza M, Isolan L, Oliveira R, Heldt E, Manfro G, Cordioli A. A randomized clinical trial of cognitive-behavioral group therapy and sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2006; 67(7):1133-9.

[Steketee](#) G. Social support and treatment outcome of obsessive compulsive disorder at 9-month follow up. *Behav Psychotherapy*. 1993; 21:81-95.

Steketee G, Eisen J, Dyck I, Warshaw M, Rasmussen S. Predictors of course in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*. 1999; 89:229-38.

Storch EA, Merlo LJ, Lehmkuhl H, Geffken GR, Jacob M, Ricketts E, Murphy TK, Goodman WK. [Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a non-randomized comparison of intensive and weekly approaches](#). *J Anxiety Disorder*. 2008; 22(7):1146-58.

Sturmey P. *Functional analysis in clinical psychology*. Chichester: John Wiley & Sons; 1996.

*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. A Report Adopted by the Division 12 Board – October 1993.* <http://www.apa.org/divisions/div12/est/chamble2.pdf>.

Thomsen PH. Obsessive-Compulsive disorder in children and adolescents: predictors in childhood for long-term phenomenological course. *Acta Psychiatr Scandinavica*. 1995; 92: 255-9.

Thören P, Alsberg M, Cronholm B, Jornestedt L, Traskman L. Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder: A controlled clinical trial. *Arch Gen Psychiatry*. 1980; 37:1281-5.

Tolin D, Maltby N, Diefenbach G, Hannan S, Worhunsky P. Cognitive-behavioral therapy for medication nonresponders with obsessive-compulsive disorder: a wait-list-controlled open trial. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65(7):922–31.

Tollefson G, Rampey A, Potvin JH, Jenike MA, Rush AJ, Dominguez RA, Koran LM, Shear K, Goodman W, Genduso LA. A multicenter investigation of fixed-dose fluoxetine in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1994; 51:559-67.

Torres AR, Lima MCP. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: a review. *Rev Bras Psiquiatria*. 2005; 27(3):237-42.

[Torresan RC](#), [Ramos-Cerqueira AT](#), [de Mathis MA](#), [Diniz JB](#), [Ferrão YA](#), [Miguel EC](#), [Torres AR](#). Sex differences in the phenotypic expression of obsessive-compulsive disorder: an exploratory study from Brazil. [Compr Psychiatry](#). 2009;50(1):63-9.

Tourinho EZ. Eventos privados: O que, como e por quê estudar. In: Kerbauy RR, Wielenska RC. Org. *Sobre Comportamento e Cognição: Psicologia*

*Comportamental e Cognitiva - Da Reflexão Teórica à Diversidade na Aplicação*. Santo André: Arbytes; 1999, v. 4, p. 13-25.

Tundo A, Salvati L, Busto G, Spigno D, Falcini R. Addition of cognitive-behavioral therapy for nonresponders to medication for obsessive-compulsive disorders: a naturalistic study. *J Clin Psychiatry*. 2007; 68:1552-6.

Tunis S, Stryer D, Clancy C. Practical clinical trials: Increasing the value of clinical research for decision making in clinical and health policy. *JAMA*. 2003; 290(12):1624-32.

Van Noppen B, Steketee G, McCorkle B, Pato M. Group and multifamily behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: a pilot study. *J Anxiety Disorders*. 1997; 11: 431-46.

Van Oppen P, Arntz A. Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Therapy*. 1994; 33:79-87.

Van Oppen P, de Haan E, VanBalkom AJLM, Spinhoven P, Hoogduin K, VanDyck R. Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Behav Res Therapy*. 1995; 33, 379-90.

Vermes JS, Zamignani D R. A perspectiva analítico-comportamental no manejo do comportamento obsessivo-compulsivo: estratégias em desenvolvimento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. 2002; 4(2): 135-49.

[Wampold BE](#). *Psychotherapy: the humanistic (and effective) treatment* [Am Psychol](#). 2007; 62(8):855-73.

Westen D, Novotny CM, Thompson-Brenner H. The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychol Bulletin* 2004; 130: 631-63.

Wewetzer C, Jans T, Muller B, Neudorfl A, Bucherl U, Remschmidt H, Warnke A, Herpertz-Dahlmann B. Long-term outcome and prognosis of obsessive-compulsive disorder with onset in childhood or adolescence. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2001; 10: 37-46.

Whittal M, Thordarson D, McLean P. Treatment of obsessive-compulsive disorder: Cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behav Res Therapy*. 2005; 43:1559-76.

Wielenska RC. Terapia comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo. *Rev Bras Psiquiatria*. 2001; 23: 62-64.

Winsberg ME, Cassic KS, Koran LM. Hoarding in obsessive-compulsive disorder: a report of 20 cases. *J Clin Psychiatry*. 1999; 60(9):591-7.

[Wolpe J](#). Need-reduction, drive-reduction, and reinforcement; a neurophysiological view. [Psychol Review](#). 1950; 57(1):19-26.

[Wolpe J](#). Objective psychotherapy of the neuroses. [S Afr Med Journal](#). 1952; 26(42):825-9.

Yano Y. Tratamento padronizado e individualizado no transtorno do pânico (tese). São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2003.

Zamignani DR, Banaco RA. Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. 2005; 7(1), 77-92.



Zitterl W, Demal U, Aigner M, Lenz G, Urban C, Zapotoczky, et al. Naturalistic course of obsessive compulsive disorder and comorbid depression. Longitudinal results of a prospective follow-up study of 74 actively treated patients. *Psychopathology*. 2000; 33(2): 75–80.

Zohar J, Judge R. Paroxetine versus clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. OCD Paroxetine Study Investigators. *B J Psychiatry*. 1996; 169(4):468-74.

## **Anexos**

---



Retardo Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso/ Dependência de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso/ Dependência De outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outros sintomas psiquiátricos que julgar importante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Doenças clínicas/ neurológicas (incluindo tratamento e alteração de exame físico) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tratamentos psiquiátricos prévios:

- Medicações (dose , duração, melhora);
  
- Psicoterapia (linha, número de sessões, melhora);

Tratamento atual (local , medicação, dose duração):

Condição sócio econômica (com quem mora, renda familiar, trabalho, vem às consultas sozinho/acompanhado, disponibilidade de seguir tratamento neste ambulatório, etc):

Preenche todos os critérios de inclusão e nenhum dos critérios de exclusão? sim

Consentimento assinado

Exames gerais

(ECG, função renal, função hepática, hormônios tireoidianos, hemograma completo, colesterol total e frações / glicemia de jejum)

Peso: \_\_\_\_\_Kg

Altura: \_\_\_\_\_m

PA: \_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_mmHg

Pulso: \_\_\_\_\_bpm

Retorno para preenchimento de apostila: \_\_\_\_\_

Retorno para início de tratamento (avisar sobre período de wash out): \_\_\_\_\_

**Anexo B:**

**TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM  
GRUPO NO TRANSTORNO OBSESSIVO-  
COMPULSIVO**

**MANUAL DA TERAPIA**

**Aristides Volpato Cordioli**

**2004**

## INFORMAÇÕES GERAIS

---

- 1. Horário e local das reuniões:** As reuniões do Grupo de Terapia Cognitivo-Comportamental para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) são realizadas às \_\_\_\_\_, das \_\_\_\_ às \_\_\_\_ horas.
- 2. Número de sessões:** Haverá um total de 12 sessões, sendo uma sessão por semana. Também haverá sessões de reforço e revisão no quarto, quinto e sexto meses.
- 3. Marcação das consultas:** Ao término de cada sessão, é fundamental comparecer ao registro geral (andar térreo do IPq) e agendar as sessões subseqüentes.
- 4. Faltas e atrasos:** Procure não faltar. Serão admitidas somente duas faltas. Se houver necessidade, avise com antecedência sempre que possível, ligando para o número **3069.6972** (Protoc) e deixando recado com as secretárias. Serão desligados do grupo os pacientes que tiverem duas faltas consecutivas sem notificação prévia. Procure sempre chegar no horário, mas não deixe de comparecer por motivo de atraso. Por fim, se houver a necessidade de entrar em contato com a equipe por algum motivo, ligue para o referido número e deixe o número do seu telefone para que a equipe possa contatá-lo se for preciso ou conveniente.
- 5. Interrupção do tratamento:** Os pacientes que não estiverem se sentindo bem ou acreditarem que não estejam se beneficiando do tratamento têm liberdade, a qualquer momento, de solicitar seu desligamento do programa. Nesta eventualidade, solicitamos que os pacientes conversem com os coordenadores da pesquisa, explicando seus motivos.
- 6. Aplicação de escalas:** O grupo de tratamento para o TOC está inserido em uma pesquisa do Serviço de Psiquiatria. Com a finalidade de avaliar o andamento da terapia, pesquisadores do grupo de pesquisa irão contatar os pacientes para a aplicação de escalas.
- 7. Manual da Terapia:** Lembre-se de trazer seu *Manual da Terapia* para todas as sessões, pois ele serve também como um caderno de exercícios e registros a serem realizados durante as sessões ou em casa. Além disso, o *Manual da Terapia* contém um resumo dos temas a serem abordados em cada sessão.



## APRESENTAÇÃO

---

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é uma doença bastante comum, acometendo aproximadamente um em cada 40 a 50 indivíduos durante a vida. É provável que, no Brasil, existam entre 3 e 4 milhões de pessoas com o TOC. Muitas dessas pessoas têm uma vida gravemente comprometida pelos sintomas, mas nunca foram diagnosticadas, pela simples razão de que desconhecem o fato de que esses sintomas constituem, na realidade, uma doença, e não simples “manias”.

O TOC é considerado uma doença mental grave por vários motivos: é uma das dez maiores causas de incapacitação de acordo com Organização Mundial da Saúde; em geral, é uma doença crônica; acomete os indivíduos ainda quando jovens – seu início, em geral, é ao final da adolescência ou início da idade adulta, mas não é raro que comece durante a infância – e, via de regra, mantém-se ao longo de toda a vida. É verdade que o TOC apresenta flutuações, mas raramente desaparece por completo e, em aproximadamente 10% dos casos, tende a evoluir para uma deterioração progressiva. Seus sintomas provocam grande desconforto, acarretam limitações profissionais, sociais e na vida pessoal dos portadores, sendo, não raro, incapacitantes pelo tempo que tomam e pelo grau de sofrimento que os acompanha.

Os sintomas do TOC também provocam uma grande interferência nas rotinas da família. É comum a restrição ao uso de objetos (móveis, roupas, talheres), ao acesso a peças da casa (tanto por parte do portador como da família), a demora no banheiro, a preocupação excessiva com sujeira ou contaminações, manias de limpeza (por exemplo, lavando excessivamente as mãos, as roupas, o piso da casa, obrigando os demais membros da família a fazerem o mesmo). Essas preocupações, cuidados excessivos e exigências interferem nas rotinas da família, no lazer, provocam discussões, atritos, desarmonia, exigências irritadas no sentido de não interromper ou de participar dos rituais, dificuldades para sair, atrasos, etc., e não raramente a separação de casais ou a demissão de empregos.

O TOC se caracteriza pelo fato de o indivíduo ter pensamentos, imagens, palavras ou impulsos que são involuntários e indesejados – as obsessões. São comuns as preocupações envolvendo sujeira/limpeza, necessidade de ter certeza, dúvidas, preocupação com alinhamento ou simetria de móveis, objetos ou papéis, guardar coisas inúteis ou ser atormentado por pensamentos “ruins” ou “horríveis”, que se tenta afastar ou neutralizar sem sucesso. Esses pensamentos ou impulsos invasivos normalmente são acompanhados de medo ou aflição, e levam o indivíduo a executar comportamentos destinados a reduzir a aflição – os chamados rituais ou compulsões, como lavar as mãos, evitar tocar em objetos considerados sujos ou contaminados, verificar portas, janelas, gás, alinhar, guardar. E, como o portador de TOC de fato sente alívio ao realizar os rituais, acredita ser este o verdadeiro caminho para ter menos aflição quando, na verdade, está se tornando prisioneiro de uma armadilha, passando a se sentir impelido a repetir esses rituais toda vez que sua mente é invadida por alguma obsessão. Pode-se dizer, então, que o TOC é uma doença de medos excessivos, e que as compulsões ou rituais e as evitações são as formas erradas de se lidar com esses medos.

### **As causas do TOC**

Até o presente momento não foram ainda esclarecidas as verdadeiras causas do TOC. Existem evidências de que diversos fatores podem estar envolvidos em

sua origem. Alterações em funções cerebrais que envolvem substâncias como a serotonina, infecções e traumatismos cerebrais podem provocar sintomas obsessivo-compulsivos. Por outro lado, o TOC costuma ser uma doença familiar: é mais comum entre gêmeos idênticos do que entre gêmeos não-idênticos, e, quando existe um portador numa família, é comum que existam outros indivíduos acometidos. Assim, existe uma suspeita de que possa haver um componente genético na origem do TOC.

Sabe-se, ainda, que fatores de ordem psicológica, como certas formas erradas de aliviar a ansiedade e o medo, aprendidas ao longo da vida (como, por exemplo, a evitação de tudo o que se acredita ser perigoso ou arriscado, além da tendência a exagerar o risco que as coisas têm ou a própria responsabilidade sobre os acontecimentos), influenciam no surgimento e na manutenção dos sintomas.

### **Tratamentos para o TOC**

Felizmente, de uns anos para cá, métodos eficazes foram desenvolvidos para o tratamento do TOC: uso de medicações – clomipramina (Anafranil), fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina ou citalopram – e a chamada terapia cognitivo-comportamental (TCC). Os dois métodos podem ser usados de forma independente ou em associação, e ainda não se sabe em que situações essa associação é vantajosa. Entre 20 e 60% dos pacientes que usam medicamentos respondem ao tratamento, isto é, apresentam uma boa redução na intensidade dos sintomas; essa redução tende a ser um pouco maior com o uso da terapia cognitivo-comportamental.

### **A terapia cognitivo-comportamental (TCC)**

A TCC parte do princípio de que o indivíduo, por alguma razão que se desconhece (talvez por uma predisposição genética), adquiriu, ao longo na vida (normalmente quando jovem), medos excessivos e distorcidos: de sujeira, contaminação, de cometer erros, de se sentir responsável pela ocorrência de doenças ou desastres ou por impedir que aconteçam. O indivíduo também aprendeu que a realização de rituais ou a evitação de determinadas situações alivia tais medos; por esse motivo, tem a necessidade de executá-los todo momento, perpetuando o transtorno para o resto da vida. A TCC tem por objetivo levar o indivíduo a perder tais medos, aprendendo como eliminá-los e livrando-se, assim, dos sintomas do TOC. Esses objetivos são alcançados através de algumas técnicas chamadas de comportamentais e cognitivas: exposição, prevenção da resposta e correção das crenças distorcidas comuns no TOC, que serão aprendidas ao longo da terapia.

A TCC é um tratamento breve. No início, geralmente é acompanhada por um aumento da ansiedade – porém perfeitamente suportável –, seguida de um alívio posterior dos sintomas. O sucesso depende essencialmente da realização efetiva dos exercícios programados para os intervalos entre as sessões. Os pacientes que conseguem vencer seus medos e realizar as tarefas programadas obtêm, de modo geral, um alívio acentuado dos sintomas ou até mesmo seu desaparecimento completo.

### **TCC em grupo**

A TCC pode ser realizada sob a forma de tratamento individual (no consultório) ou em grupo. Esta última forma é igualmente efetiva e proporciona a

oportunidade de tratamento para um número maior de pacientes. Oferece, ainda, algumas vantagens adicionais em relação ao tratamento individual, como:

- Possibilidade de compartilhar informações e experiências e de descobrir que outras pessoas possuem o mesmo problema, diminuindo o isolamento, a vergonha e o estigma que, em geral, acompanham os portadores do TOC.
- Aquisição de esperança pela observação da melhora dos outros. Como o TOC, em geral, é um transtorno crônico, os pacientes com frequência desacreditam que um dia possam se livrar de seus sintomas. Vendo outras pessoas melhorarem, eles voltam a acreditar que também podem melhorar.
- Encorajamento para assumir riscos e realizar tarefas evitadas por serem consideradas perigosas: é mais fácil assumir riscos e perder o medo quando observamos outras pessoas fazendo tarefas que nós mesmos tememos.
- Apoio e coesão no grupo mediante o envolvimento dos participantes nas discussões, incentivando e apoiando os demais, dando sugestões e vice-versa.
- Oportunidade de corrigir erros de percepção e de avaliação pela observação do comportamento dos outros, aprendendo, com isso, a distinguir entre um comportamento normal e um sintoma do TOC.

Maiores detalhes da técnica podem ser encontradas nos artigos citados na lista bibliográfica (Falls-Stewart et al., 1993; Van Noppen et al., 1997, 1998).

### **As etapas da terapia cognitivo-comportamental em grupo**

A TCC em grupo é um tratamento breve, com um total de 12 sessões semanais de duas horas cada e, eventualmente, mais algumas sessões de acompanhamento após a alta. O paciente é inicialmente avaliado por um psiquiatra, para fazer o diagnóstico do TOC e verificar se não há a presença de outras doenças que contra-indiquem esta modalidade de tratamento ou exijam outras abordagens, como o uso de medicamentos. Uma vez completada a avaliação, se o paciente for diagnosticado como portador de TOC, não apresentar nenhuma contra-indicação, estiver efetivamente interessado em se tratar e dispor do tempo necessário para comparecer às sessões, estará apto a iniciar o tratamento.

## SEQÜÊNCIA DAS SESSÖES

---

- **Sessões 1** - Sessão conjunta com familiares. Apresentação dos participantes. Informações psico-educativas: o que é o TOC, quais seus sintomas, suas causas e o impacto na vida pessoal e familiar. Treino na identificação dos sintomas: obsessões, compulsões, compulsões mentais e comportamentos associados (esquiva, lentidão obsessiva).
- **Sessões 2 e 3** - Familiarização com o modelo comportamental do TOC, com as técnicas de exposição e prevenção da resposta e com técnicas especiais para o tratamento de obsessões. Elaboração da lista de sintomas e sua graduação de acordo com a aflição que provocam. Aprendizagem e uso das técnicas de exposição e prevenção da resposta no grupo e nos intervalos entre as sessões.
- **Sessão 4** - Familiarização com o modelo cognitivo e com as técnicas cognitivas de correção de pensamentos automáticos e crenças distorcidas típicas do TOC. Continuação dos exercícios de exposição e prevenção da resposta.
- **Sessão 5** - Aprendizagem e utilização de técnicas cognitivas de correção de crenças distorcidas.
- **Sessão 6** - Avaliação excessiva do risco e da responsabilidade. Continuação dos exercícios de exposição e prevenção da resposta.
- **Sessão 7** - Aprendizagem e utilização de técnicas cognitivas de correção de crenças distorcidas: avaliação excessiva do poder do pensamento e da necessidade de controlá-lo. Continuação dos exercícios de exposição e prevenção da resposta.
- **Sessão 8** - Continuação das tarefas de exposição e prevenção da resposta e de correção de pensamentos disfuncionais: necessidade de ter certeza e perfeccionismo. Registro do automonitoramento.
- **Sessões 9**- Sessão conjunta com os familiares. O TOC e a família. Continuação dos exercícios de exposição e prevenção da resposta.
- **Sessões 10 e 11**- Revisão de tópicos abordados em sessões anteriores, das tarefas de casa e dos registros de automonitoramento. Reforço da prática de estratégias cognitivas e de exposição e prevenção da resposta. Estratégias de prevenção de recaídas.
- **Sessão 12**- Avaliação do tratamento e reforço em estratégias de prevenção de recaídas. Recursos da comunidade. Combinação de encontros futuros.
- **Sessões de Reforço: 13, 14 e 15 (1 mês, 2 mês e 4 meses após a 12ª)** - Avaliação do tratamento e reforço em estratégias de prevenção de recaídas. Recursos da comunidade. Combinação de encontros futuros.

Ao longo das sessões, sempre haverá explicações por parte do terapeuta sobre aspectos do TOC e oportunidades para esclarecer dúvidas. Fazem parte deste método de tratamento tarefas e exercícios para serem feitos em casa, que são prescritos ao final de cada sessão a partir de sugestões do próprio paciente e dos demais participantes e relatados no início da sessão seguinte. As metas e

exercícios de cada semana são registrados no *Manual da Terapia*, onde existem espaços apropriados para listas, resumos das explicações, gráficos, escalas de sintomas, etc. Por fim, talvez o aspecto mais importante do tratamento seja o clima de incentivo, amizade e descontração que acaba se estabelecendo entre os participantes do grupo, o que resulta em estímulo para a realização dos exercícios e tarefas necessários para a superação das dificuldades, capacidade de suportar um certo aumento da aflição e o posterior alívio dos sintomas dos quais o paciente se tornou prisioneiro.

### **Participação da família**

O envolvimento dos familiares nos sintomas do TOC ocorre na grande maioria dos casos. E se, por um lado, a família pode auxiliar o paciente a superar os sintomas, ela também pode, por outro, adotar atitudes que os mantenham. Por esse motivo, a TCC em grupo prevê a participação dos familiares em duas ocasiões: na primeira sessão, para ouvirem, junto com os pacientes, a explicação sobre o que é o TOC e quais são seus sintomas; e na oitava sessão, na qual são debatidas formas de colaborar com o tratamento – uma ótima oportunidade para o esclarecimento de dúvidas.

## **SESSÃO 1 - IDENTIFICANDO OS SINTOMAS DO TOC**

---

### **Agenda**

- Apresentação do projeto, dos participantes e familiares; entrega do *Manual da Terapia*.
- Explicação dos objetivos do grupo, regras e combinações; objetivos da sessão.
- Explicação: os sintomas do TOC, incidência, curso e impacto na vida pessoal e familiar.
- Exercícios práticos: leitura da *Lista Yale-Brown de Obsessões e Compulsões (Y-BOCS checklist)* e da lista de evitações; exercício de identificação de obsessões, compulsões e evitações.
- Tarefas de casa: leitura de folheto explicativo e elaboração de listas de sintomas. Leituras adicionais: *site* da Internet ([www.ufrgs.br/toc](http://www.ufrgs.br/toc)), livro *Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo* (Cordioli, 2004). Editora Artmed. Avaliação da sessão pelos participantes.

### **Apresentação do projeto e dos participantes e entrega do material**

A primeira sessão tem início com uma breve apresentação de cada um dos participantes, incluindo nome, profissão, procedência, quais os sintomas que apresenta, tratamentos que já realizou e o que espera do grupo. Depois, há a apresentação das demais pessoas presentes. O coordenador faz uma breve explicação sobre as vantagens da terapia em grupo; situa a TCC em grupo no contexto das terapias para o TOC e expõe a agenda da sessão, dando oportunidade para os pacientes e familiares exporem suas opiniões, fazerem perguntas, etc.

### **Distribuição do *Manual da Terapia***

A seguir é distribuído o *Manual da Terapia*. O coordenador explica o conteúdo do manual: roteiro das sessões, folhas de exercício, etc. Expõe as regras e combinações a serem seguidas (pág.2), ressaltando a importância da assiduidade, pontualidade e realização dos exercícios, e explica como se desenrolam as sessões: revisão das tarefas de casa, breve explicação, exercícios da sessão e combinações das novas tarefas de casa.

### **Identificando os sintomas do TOC**

A primeira meta da TCC para o TOC é a identificação dos sintomas do transtorno. É importante que o paciente consiga reconhecer fenômenos que ocorrem na sua mente ou na sua conduta e são típicos do transtorno: obsessões, compulsões, compulsões mentais e evitações; afetos negativos, como medo, aflição, tristeza; e manobras realizadas para diminuir ou neutralizar esses afetos. Para tanto, o terapeuta, faz uma breve explicação sobre os sintomas do TOC, procurando exemplificá-los a partir dos relatos dos participantes na apresentação. Aborda, ainda, a incidência e a prevalência do TOC, bem como as razões de sua gravidade: curso e impacto na vida pessoal e familiar. A seguir é apresentado um breve resumo dos conceitos básicos.

## **O que é TOC e quais são os seus sintomas**

O TOC se caracteriza pela presença de obsessões e/ou compulsões suficientemente graves para ocupar boa parte do tempo do paciente (pelo menos uma hora por dia), causando desconforto ou um comprometimento importante das atividades diárias, do desempenho profissional e das relações interpessoais e familiares.

### **O que são obsessões?**

São idéias, pensamentos, imagens, palavras, frases, números ou impulsos involuntários que invadem a consciência de forma repetitiva e persistente. O indivíduo, por sua vez, mesmo desejando ou fazendo esforços, muitas vezes não consegue afastar ou suprimir esses pensamentos. As obsessões são sentidas como estranhas ou impróprias e geralmente acompanhadas de medo, angústia, culpa ou desprazer. Em geral, são tomadas como verdadeiras e, mesmo quando consideradas absurdas ou sem lógica, causam aflição, compelindo o indivíduo a fazer algo ou a evitar fazer algo (dependendo do tipo de obsessão) a fim de se livrar do medo (neutralizá-las). Exemplos incluem lavar as mãos, fazer verificações, repetir tarefas para que não aconteçam falhas e para o indivíduo não ser responsabilizado, evitar tocar em objetos considerados perigosos, contar, etc. As obsessões mais comuns relacionam-se a:

- Sujeira ou contaminação;
- Dúvidas;
- Simetria, perfeição, exatidão ou alinhamento;
- Agressão, preocupação em ferir, insultar ou agredir outras pessoas;
- Conteúdo sexual obsceno ou impróprio;
- Armazenagem, poupança, guardar coisas inúteis ou economizar;
- Somáticas;
- Religiosas: pecado, culpa, escrúpulos;
- Mágicas: números especiais, cores, datas e horários.

### **O que são compulsões?**

São comportamentos ou atos mentais repetitivos, executados em resposta a obsessões, ou em virtude de regras que devem ser seguidas rigorosamente, como lavar as mãos, contar, repetir frases ou números, fazer verificações, alinhar, guardar ou armazenar, repetir perguntas, etc.. As compulsões produzem o alívio momentâneo da ansiedade, sendo que o indivíduo é levado a executá-las toda vez que sua mente é invadida por uma obsessão. Não possuem uma conexão realística com o que desejam prevenir (por exemplo: apagar e acender a luz seis vezes para impedir um acidente de carro). As compulsões mais comuns são:

- Lavagem ou limpeza;
- Verificações ou controle;
- Repetições ou confirmações;
- Contagens;
- Ordem, arranjo, simetria, seqüência ou alinhamento;

- Acumular, guardar ou colecionar coisas inúteis;
- Compulsões mentais: rezar, repetir palavras, frases, números
- Diversas: tocar, olhar, bater de leve, confessar.

Também é comum a lentidão na execução de tarefas, a protelação e, em particular, as evitações.

### **O que são compulsões mentais?**

Algumas compulsões não são percebidas pelas demais pessoas porque são realizadas mentalmente: repetir palavras especiais ou frases/rezas, lembrar imagens ou cenas, fazer contagens ou repetir números, fazer listas, marcar datas, tentar afastar pensamentos indesejáveis substituindo-os por pensamentos contrários, etc.

### **O que são evitações?**

Em função de seus medos, o portador de TOC passa a evitar tocar em objetos e freqüentar certos lugares ou afastar certos pensamentos que, no seu entender, podem provocar desastres ou condenações. Exemplos: não tocar em objetos, móveis ou utensílios considerados contaminados; não se sentar em sofás, camas ou assentos de ônibus por medo de contaminação ou sujeira; não tocar em dinheiro, trincos de porta, não cumprimentar pessoas, etc. sem lavar as mãos depois; não usar banheiros públicos; não entrar em casa com os sapatos ou roupas usados na rua; não freqüentar lugares públicos, como hospitais, praças, considerados sujos ou contaminados; não passar por baixo de escadas, não pronunciar determinadas palavras; procurar livrar-se de pensamentos que assustam, etc.

### **Neutralização**

A neutralização diz respeito a todas as manobras que o paciente inicia voluntariamente, como rituais, repetir perguntas ou explicações, substituir pensamentos, buscar reassuramentos. A neutralização tem o objetivo de reduzir o medo, a aflição, a responsabilidade, a dúvida ou o risco imaginado. Pode ser encoberta (mental) ou manifesta.

Pesquisas têm demonstrado que o fato de o indivíduo utilizar diferentes formas de neutralização impede que seus medos desapareçam naturalmente, pois as oportunidades de confirmar se os medos são verdadeiros ou não, são perdidas. Na dúvida, o indivíduo segue realizando os rituais, e o fato de eles provocarem alívio aparece como uma prova de que seus medos são verdadeiros. Além disso, o esforço em neutralizar os medos faz com que as obsessões aumentem em intensidade e freqüência. Esforçar-se por afastar um pensamento “ruim” faz com que ele ocorra ainda mais intensa e freqüentemente.

Junto com a neutralização, o indivíduo adota outras manobras para controlar seus medos: ficar permanentemente com a atenção focalizada em certos temas ou, então, vigiando objetos, situações, lugares, pessoas que possam desencadear suas obsessões. Essa hipervigilância faz com que as obsessões sejam ainda mais freqüentes e intensas. É como diz o ditado, “quanto mais se pensa no demônio, mais ele aparece”, ou quanto mais a pessoa se preocupa com sujeira, mais vê sujeira.



## **Informações adicionais**

É importante que o paciente se informe e saiba tudo sobre o TOC. Isso o ajudará a identificar os sintomas e adotar novas formas de lidar com eles. Isso é particularmente importante porque, muitas vezes, já se habituou aos rituais, que passaram a fazer parte da sua maneira corriqueira de funcionar, perdendo a noção do que é normal e do que é exagerado, convivendo com seus sintomas com naturalidade, mesmo que eles lhe tomem muito tempo.

Informações adicionais podem ser buscadas no site [www.ufrgs.br/toc](http://www.ufrgs.br/toc) e nas associações de portadores do TOC. Recomenda-se também a leitura de folhetos e do livro *Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo*, do Dr. Aristides V. Cordioli, editado pela Artmed de Porto Alegre, que se destina a familiares e portadores do TOC e pode ser adquirido pela Internet ([www.livrariasaraiva.com.br](http://www.livrariasaraiva.com.br)) ou diretamente na Editora Artmed, pelo telefone (51) 3330.3444.

## **Exercício prático: elaboração da lista de sintomas**

Uma vez tendo compreendido o que é o TOC e quais são os seus sintomas, o passo seguinte da terapia de exposição e prevenção da resposta é a elaboração, pelo paciente, da lista dos seus sintomas. Essa tarefa é iniciada ainda durante a primeira sessão, mediante a leitura da *Lista Yale-Brown de Obsessões e Compulsões (Y-BOCS checklist)* e da lista de evitações (anexos 2 e 3 pág. 69 e 73) por um dos participantes. Após a leitura, o terapeuta abre espaço para o esclarecimento de dúvidas.

A lista de sintomas (Anexo 1 – pág. 68) deve ser preenchida em casa, no intervalo até a próxima sessão. É importante que ela contenha o máximo possível de detalhes, especificando locais, situações, objetos que desencadeiam obsessões ou levam à realização de rituais ou evitações, tempo despendido, além de número de vezes que um comportamento é repetido. A lista servirá de base para a TCC. É importante identificar as situações, objetos, locais ou pessoas que desencadeiam os sintomas referidos nos dois materiais lidos anteriormente. A seguir são apresentados alguns exemplos. Obs.: Não preencher a coluna grau de aflição, que será preenchida na próxima semana.

## **Situações ou objetos que desencadeiam medo de sujeira ou contaminação**

- Segurar trincos de portas;
- Segurar corrimãos de ônibus ou escadas;
- Pisar no tapete em casa ou no escritório;
- Usar banheiros em shoppings ou cinemas;
- Usar banheiros em rodoviárias, avião ou ônibus;
- Sentar em sofás ou cadeiras de salas de espera;
- Andar com os sapatos dentro de casa.

## **Situações ou objetos que desencadeiam medo de ferir os outros**

- Ver facas ou tesouras na mesa;
- Segurar facas ou tesouras;
- Usar a faca de cozinha para cortar frutas ou vegetais;

- Ver uma faca grande ou punhal;
- Usar uma faca grande ou punhal;
- Abraçar ou segurar um familiar tendo uma faca na mão;
- Andar perto de uma janela ou sacada com outra pessoa;
- Segurar um filho perto de uma janela ou escada.

#### **Situações ou objetos que desencadeiam dúvidas e necessidade de realizar verificações**

- Portas e janelas ao sair de casa;
- Portas e janelas ao deitar;
- Gás ao sair de casa;
- Gás ao deitar;
- Geladeira ao deitar;
- Torneiras ao sair de casa;
- Eletrodomésticos ao sair de casa;
- Porta do carro ao sair do veículo.

#### **Situações que desencadeiam medo de doenças**

- Andar em hospitais;
- Usar telefones públicos;
- Usar banheiros públicos;
- Sentar em salas de espera de hospitais;
- Sentar em bancos de praças freqüentadas por *gays*;
- Guardar frutas e mercadorias do supermercado;
- Cumprimentar determinadas pessoas (homossexuais, aidéticos, pessoas com câncer, etc.).

#### **Tarefas para casa**

- 1) Leia atentamente os itens *Informações gerais* e *Apresentação* do presente manual.
- 2) Leia o folheto *Transtorno obsessivo-compulsivo: perguntas e respostas* e anote suas dúvidas para que sejam discutidas na próxima sessão. Leituras adicionais: *Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo* do Dr. Aristides V. Cordioli editado pela Artmed de Porto Alegre e o site [www.ufrgs.br/toc](http://www.ufrgs.br/toc).
- 3) Releia cuidadosamente a *Y-BOCS checklist* (Anexo 2) e a lista de evitações e procure identificar comportamentos, preocupações excessivas, pensamentos, medos ou evitações que você considera como seus possíveis sintomas do TOC. Depois, transcreva-os para a lista de sintomas (pág. 68). Ao lado de cada sintoma, anote a letra O para obsessões, C para compulsões e E para evitações. Nas colunas da direita, anote o tempo que os sintomas tomam na sua rotina diária (em horas ou minutos) e o número de vezes que você os executa nos

casos de rituais ou evitações. Exemplo: *Situação*: ao sair de casa; *Sintoma*: verificar a fechadura da porta (C); *Tempo (duração)*: 2 minutos; *Nº vezes*: 3. Anote suas dúvidas para discuti-las no grupo. Deixe a coluna *Grau de aflição* em branco, para ser preenchida na próxima semana. Se possível, peça a ajuda de um familiar próximo e traga a folha preenchida para a próxima sessão.

### **Avaliação da sessão pelos participantes**

Antes de finalizar a sessão, o terapeuta solicita a cada um dos participantes uma avaliação da sessão. Esta é uma atividade rápida que dura entre cinco e dez minutos. Como é a primeira vez que a avaliação é feita, é interessante comentar que esta tarefa será uma rotina do final de todas as sessões, e tem como objetivo ressaltar o que cada um considerou de mais útil ou relevante. É necessário ser objetivo e administrar o tempo para não estender a sessão além das duas horas programadas, solicitando que os participantes sejam breves, estabelecendo um tempo para cada um se manifestar, interrompendo manifestações muito extensas (a fim dar oportunidade a todos). Pode-se iniciar a atividade com uma solicitação do tipo: “Gostaria que cada um de vocês expressasse perante o grupo o que achou da sessão, especialmente o que considerou mais importante para si”. Dependendo do tempo disponível, o coordenador poderá, ainda, estimular a interação entre os participantes e a troca de opiniões ou solicitar avaliações sobre tarefas específicas, estendendo um pouco mais a tarefa: “O que você achou dos exercícios práticos?”, “Conseguiu compreender as explicações?”, etc. É importante que todos se manifestem, pois isso, além de aumentar o sentimento de pertencer a um grupo e melhorar a adesão ao tratamento, permitirá corrigir eventuais falhas ou dificuldades.

## **SESSÃO 2 – As causas do TOC e o modelo comportamental**

---

### **Agenda**

- Revisão da sessão anterior e das tarefas de casa: esclarecimento de dúvidas sobre as informações contidas no folheto e sobre a elaboração da lista. Revisão das listas individuais.
- Informações adicionais sobre o TOC: causas biológicas; causas psicológicas; os medos e a aprendizagem: as diferentes formas de eliminar ou neutralizar os medos no TOC; a relação entre obsessões e compulsões, os fundamentos da teoria comportamental, e o modelo comportamental do TOC
- Elaboração das listas individuais de sintomas (em duplas) e avaliação do grau de ansiedade subjetiva (SUDS - *Subjective Unities of Distress*) associado a cada sintoma.
- Tarefas para casa: elaboração final da lista de sintomas (*checklist*) e das evitações, pontuação pela escala SUDS e hierarquização de acordo com o grau de dificuldade.
- Avaliação da sessão pelos participantes.

### **Revisão da sessão anterior**

O terapeuta dá início à sessão revisando individualmente os deveres de casa e esclarecendo eventuais dúvidas sobre as informações contidas no folheto e sobre a elaboração da lista. Perante o grupo, o terapeuta faz uma revisão das listas individuais de sintomas elaboradas em casa, tendo como objetivo que o paciente consiga identificar e discriminar seus sintomas: o que são e quais são suas obsessões, rituais ou compulsões e evitações. A seguir, é feita uma breve explanação sobre as causas do TOC e o modelo comportamental, base da terapia de exposição e prevenção da resposta.

### **Sumário da explanação**

#### *As prováveis causas do TOC*

Infelizmente, as causas do TOC ainda não são bem esclarecidas. As especulações são muito variadas, e vão desde místicas ou religiosas, passando por fixações na fase anal do desenvolvimento psicossocial, segundo a teoria psicanalítica, até hipóteses mais recentes, que sugerem disfunções da química cerebral relacionadas com a serotonina, uma substância produzida pelo próprio cérebro e que envolve os circuitos cerebrais que conectam as áreas frontais a zonas mais profundas (os chamados gânglios da base). Além da neuroquímica, infecções e traumatismos cerebrais, fatores de ordem psicológica, e até mesmo ambientais, podem contribuir para o aparecimento dos sintomas, o que leva a supor que possam existir distintos subgrupos de TOC, tanto na forma como se manifestam os sintomas como na resposta aos tratamentos.

#### *Os fatores de ordem biológica*

A hipótese de que o TOC se deve a fatores de ordem biológica tem várias evidências a seu favor:

- Diminuição dos sintomas com o uso de medicamentos que elevam os níveis de serotonina no cérebro, ativando a chamada função serotoninérgica cerebral e os circuitos relacionados do cérebro.
- Aumento do fluxo sanguíneo cerebral em certas regiões do cérebro de portadores do TOC: regiões órbita-frontais e nos núcleos da base. Esta alteração é observável em um exame chamado SPECT.
- Aumento no metabolismo da glicose em certas regiões do cérebro (córtex frontal, giro cíngulo e núcleo caudado) em pacientes com TOC. Esta alteração é observável na tomografia por emissão de pósitrons (PET). Pacientes que responderam ao tratamento com terapia comportamental e medicamentos antiobsessivos tiveram uma redução do metabolismo da glicose nestas mesmas regiões.
- Sintomas obsessivo-compulsivos podem surgir após doenças ou problemas cerebrais, como encefalite, traumatismo craniano, Coreia de Sydenham. O TOC é frequentemente associado com uma doença neurológica chamada de transtorno de Gilles de la Tourette (ST), caracterizada por tiques motores e vocais.
- É possível alcançar a redução dos sintomas obsessivo-compulsivos através de neurocirurgia em pacientes refratários às demais terapias (cingulotomia ou leucotomia).
- Elevada incidência (em torno de 60%) de sintomas obsessivo-compulsivos, geralmente transitórios, durante infecções por estreptococo beta-hemolítico do grupo A ou durante episódios de febre reumática em crianças e adolescentes. Esta alteração provavelmente está relacionada a mecanismos de auto-imunidade.
- Maior incidência (cinco vezes mais) do transtorno em familiares de portadores do TOC, especialmente quando o início é precoce e associado a tiques, quando comparados à população em geral. Em gêmeos, aparentemente, a incidência é 20 a 40 vezes maior do que na população em geral.

#### *Fatores psicológicos: aprendizagens e crenças errôneas*

Tem sido amplamente comprovado e, atualmente, é em geral aceita a hipótese de que os rituais ou compulsões estão relacionados com as obsessões: são estratégias utilizadas (aprendidas) pelos pacientes para neutralizar a aflição e o desconforto que acompanha as obsessões. Os comportamentos evitativos, tão comuns no TOC, teriam esta mesma função: são estratégias aprendidas em certo momento da vida para lidar com os medos e geralmente desadaptativas por serem excessivas e limitarem a vida dos portadores. De fato, terapias comportamentais que levam ao enfrentamento de tais medos mediante a exposição e prevenção de rituais podem levar ao completo desaparecimento dos sintomas, mesmo quando provocados por problemas neurológicos.

Existem também evidências de que no TOC são comuns pensamentos e crenças distorcidas como exagerar o risco de contrair doenças, de se contaminar, exagerar a responsabilidade que o indivíduo tem de provocar ou impedir que eventos ruins aconteçam (“Se meu carro for roubado e eu não tiver verificado se a porta estava bem fechada, a responsabilidade será toda minha”), com perfeccionismo (não posso falhar) ou a valorização extrema dos pensamentos e do controle (“Se eu tenho um pensamento ruim, posso praticá-lo!” ou “Pensar em algo

ruim pode fazê-lo acontecer”), com a necessidade de ter certezas para não cometer falhas (“Se eu falhar, não irão me perdoar!”). Acredita-se que tais crenças contribuam para o surgimento e a manutenção do TOC. E trabalhos mais recentes têm demonstrado que a terapia cognitiva, ou seja, a correção de tais crenças e de pensamentos distorcidos, é efetiva na redução dos sintomas obsessivo-compulsivos.

**No tratamento do TOC, os medicamentos regularizariam possíveis disfunções da neuroquímica cerebral envolvendo a serotonina, e a TCC corrigiria as aprendizagens errôneas, os pensamentos e as crenças disfuncionais.**

#### *A terapia comportamental*

A TCC em grupo se baseia na teoria comportamental e cognitiva do TOC. Na sessão de hoje, tomaremos contato com a teoria comportamental do TOC, que serve de base para algumas das técnicas utilizadas no tratamento dos seus sintomas, desenvolvidas especialmente na Inglaterra durante a década de 70 e divulgadas mais intensamente na década de 80 (Marks et al., 1975). Essas técnicas, junto com os medicamentos, são consideradas os tratamentos de primeira escolha para o TOC na atualidade. De forma resumida esta teoria considera que os medos são aprendidos ao longo da vida. Para desaprendê-los, o indivíduo é solicitado a se expor de forma gradual (exposição) às situações que os provocam, e a abster-se de executar os rituais quando sentir necessidade (prevenção da resposta). Além disso, existem recursos (técnicas cognitivas) para corrigir pensamentos e crenças distorcidas – eles serão aprendidos nas próximas sessões.

#### *A teoria comportamental*

A teoria comportamental se preocupa em explicar por que as pessoas, ao longo da vida, adquirem medos diante de objetos ou situações que normalmente não representam qualquer perigo e adotam formas erradas de lidar com eles. O TOC, de acordo com esta teoria, é uma doença caracterizada por medos excessivos adquiridos (aprendidos) em certos momentos da vida. Esses medos adquiridos são considerados aprendizagens erradas e que podem ser desaprendidos (Mowrer, 1939).

#### *Como as obsessões e compulsões são aprendidas.*

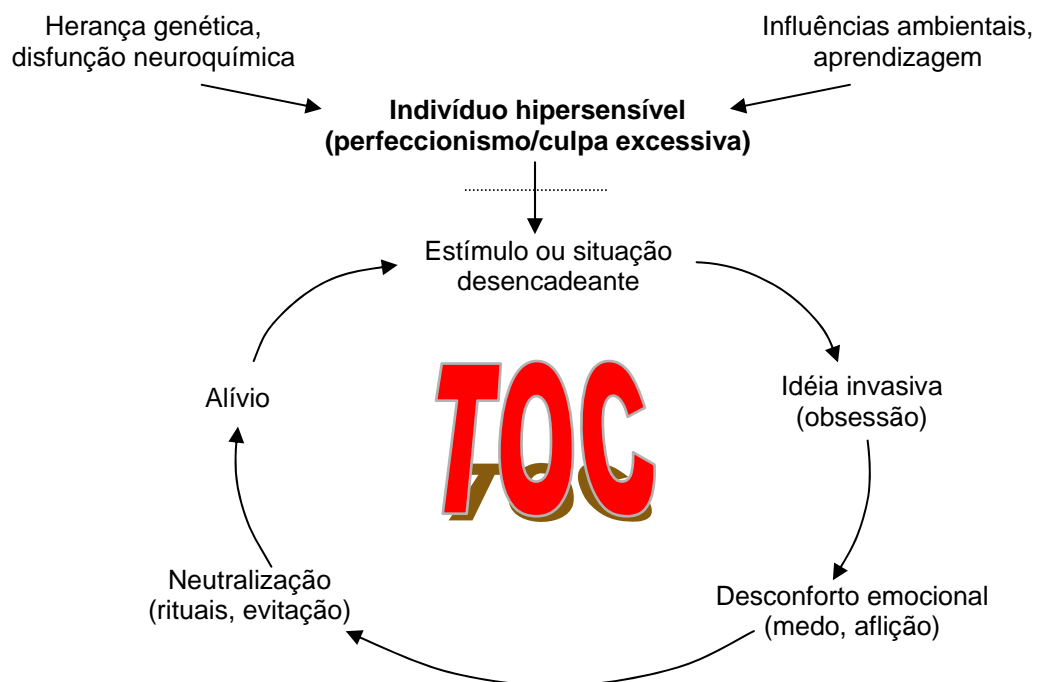
Segundo a teoria da aprendizagem, obsessões são pensamentos, idéias, imagens ou palavras aos quais, por algum motivo, medos ficaram associados (condicionamento). Para se livrar desses medos (ou neutralizá-los), o indivíduo realiza rituais ou evita entrar em contato com os objetos ou situações que os provocam (por exemplo, tocar em objetos considerados sujos, tocar em dinheiro e não lavar as mãos depois, etc.).

#### **Resumo da teoria e alguns termos importantes**

- **Condicionamento:** Por alguma razão desconhecida, em indivíduos predispostos, em determinado momento, objetos ou situações que normalmente não provocam nenhum medo (neutros), como banheiros, corrimãos, facas, números, cores ou até mesmo pensamentos, passam a representar uma provocação (ficam associados a medos).

- Generalização: Os medos são estendidos a outras situações ou objetos próximos ou semelhantes, que até então eram neutros, pois não provocavam nenhuma reação.
- Reforço: O indivíduo descobre (aprende) que rituais, compulsões e evitações aliviam os medos, mesmo que apenas temporariamente, e passa, então, a repeti-los.
- Manutenção dos sintomas: Devido às repetições, o paciente perde a oportunidade de comprovar se seus temores são verdadeiros ou não; ele prefere continuar repetindo os rituais, perpetuando, desta forma o TOC.
- Reforço das crenças erradas: O alívio obtido com a realização dos rituais reforça a idéia (crença errônea) de que os medos podem ser verdadeiros e de que se deve, portanto, continuar repetindo-os (Mowrer, 1939; Salkovskis et al., 1998; Salkovskis, 1999).

**A terapia comportamental do TOC parte do princípio de que medos que foram aprendidos podem ser desaprendidos através da exposição e prevenção da resposta.**

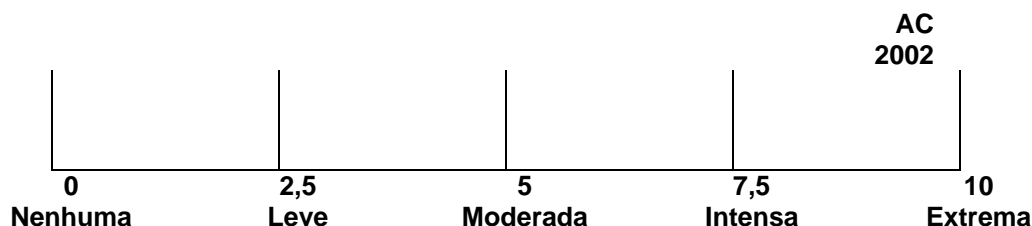


**Figura 1.** Como o TOC é mantido, de acordo com o modelo comportamental

### Exercícios práticos

- Avaliação do grau de ansiedade subjetiva (escala SUDS) associada aos sintomas.
- Elaboração das listas individuais de sintomas (em duplas).

## Escala SUDS



A escala SUDS é contínua e vai de 0 a 10 pontos. Os pontos são notas que o próprio paciente atribui aos seus sintomas ou aos sentimentos que tem naquelas situações em que sua mente é invadida por uma obsessão ou quando é obrigado a executar um ritual. A escala tem alguns pontos de referência, embora qualquer nota, de 0 a 10, possa ser atribuída. O terapeuta explica a escala ao grupo e pede que os participantes dêem exemplos de sintomas, atribuindo notas.

Para a atribuição das notas, os seguintes critérios devem ser seguidos:

- **grau 0:** ausência de qualquer ansiedade ou desconforto;
- **grau 2,5:** ansiedade leve; intermediária entre 0 e 5;
- **grau 5:** ansiedade moderada;
- **grau 7,5:** ansiedade intensa; intermediária entre 5 e 10;
- **grau 10:** ansiedade extrema.

### Exercício em grupo: revisão das listas individuais de sintomas e quantificação da ansiedade

- 1) Leia a sua lista de sintomas para seu colega e veja se vocês concordam quanto à identificação de sintomas. Se, ao ouvir os sintomas do colega, você identificou algum que não havia lhe ocorrido durante a elaboração da sua lista, acrescente agora.
- 2) Revise a sua lista de sintomas e selecione a situação em que você sente mais aflição e a situação que provoca menos aflição. Com base na escala, atribua uma nota para o grau de ansiedade ou aflição que você imagina que sentiria nessas situações e escreva a nota na coluna *Grau de aflição*.

### Tarefas para casa

- 1) Procure, na sua lista, situações nas quais você se sente compelido a realizar um ritual (por exemplo: lavar as mãos, verificar, repetir, alinhar, contar) e atribua uma nota para o grau de aflição que você sente antes de executar o ritual e depois de tê-lo executado. Depois, preencha o exercício abaixo:

**Situação** \_\_\_\_\_ **1:**

**Ritual que é compelido a realizar:**

**Grau de aflição: antes do ritual: \_\_\_\_\_; depois do ritual:**

\_\_\_\_\_



Situação

2:

---

Ritual que é compelido a realizar:

---

Grau de aflição: antes do ritual: \_\_\_\_\_; depois do ritual:

---

- 2) Complete a *Lista de Sintomas* e atribua notas para o grau de aflição associado a cada um deles na coluna *Grau de aflição*.
- 3) Ponha um número ao lado esquerdo de cada sintoma, classificando-os em ordem crescente, do mais leve para o mais grave, tendo em vista o grau de aflição que cada um provoca.

### **Avaliação da sessão pelos participantes**

Para encerrar a sessão, o terapeuta solicita que cada um dos participantes avalie a sessão, destacando o que considerou mais relevante, mais útil ou importante para si.

## **SESSÃO 3 – A terapia de exposição e prevenção da resposta**

---

### **Agenda**

- Revisão do exercício de registro de situações ativadoras de rituais e da lista hierarquizada de sintomas e evitações.
- Explicação sobre os fundamentos da terapia comportamental: **exposição e prevenção da resposta** e o fenômeno da **habituação**.
- Exercícios práticos: demonstrações e exercícios práticos de exposição e prevenção de resposta.
- Tarefas de casa: escolha individual dos objetivos da semana, de acordo com a lista hierárquica.
- Avaliação da sessão.

### **Revisão das tarefas de casa**

Como de costume, o terapeuta inicia a sessão expondo a agenda e, em seguida, revisa as tarefas de casa. Para isso, solicita que cada participante leia sua lista dos sintomas perante o grupo, incluindo as informações sobre tempo que os sintomas ocupam no dia-a-dia, número de vezes que os sintomas são executados e o grau de aflição associada a eles. A ocasião é propícia para o esclarecimento de dúvidas, tendo em vista seu objetivo inicial: fazer com que os pacientes sejam capazes de identificar e distinguir os sintomas do TOC e troquem experiências, descobrindo que outras pessoas têm problemas semelhantes aos seus (universalidade do problema) e que, portanto, eles não estão sozinhos.

### **Fundamentos da terapia comportamental**

A terapia comportamental tem por objetivo levar o indivíduo a perder os medos adquiridos ao longo da vida que comprometem seu desempenho e suas relações interpessoais, além de acarretar grande sofrimento. Para isso, busca substituir formas erradas de lidar com esses medos – as quais, na verdade, ajudam a mantê-los – e ensinar novas formas, que podem eliminá-los completamente.

A terapia comportamental, também chamada de terapia de exposição e prevenção da resposta, leva o indivíduo a descobrir (aprender) que sua ansiedade, aflição ou medos, embora desagradáveis, desaparecem espontaneamente caso ele se **exponha** (enfrentando, tocando, deixando de evitar) por um tempo suficiente e de forma repetida aos objetos ou situações que evita (**exposição**) e se **abstenha de realizar** os rituais (**prevenção da resposta**) que produzem alívio ao seu desconforto. E mais: com a repetição dos exercícios, a aflição sentida é cada vez menor, podendo desaparecer por completo. Este fenômeno é chamado de **habituação**. Vejamos esses conceitos importantes de forma mais detalhada.

<p><b>A terapia comportamental utiliza a exposição e a prevenção da resposta para provocar o fenômeno da habituação, que consiste na diminuição gradual e espontânea dos sintomas quando se permanece em contato com situações ou objetos que provocam medo de forma repetida.</b></p>
--

## Habituação

A terapia comportamental se baseia no fenômeno da habituação, ou seja, a ansiedade e, conseqüentemente, os sintomas físicos e psicológicos que o indivíduo sente (taquicardia, suor nas mãos, falta de ar, medo de perder o controle, apreensão) desaparecem espontaneamente (num período entre 15 minutos e 3 horas) sempre que o indivíduo se expõe de forma prolongada ou repetida a situações ou objetos que provocam medos (Hogdson & Rachman, 1972; Roper et al., 1973; Rachman et al., 1976). Além disso, o desaparecimento é mais rápido caso a exposição seja repetida. A cada exposição, a intensidade e a duração dos sintomas são menores. E, por mais intensa que seja a aflição, ela desaparece com o passar do tempo. Muitos pacientes temem o aumento inicial da ansiedade, mas a experiência tem demonstrado que ela não apresenta nenhum risco de enfarte, descontrole emocional, loucura ou de se tornar eterna, especialmente se os enfrentamentos forem graduais. O desaparecimento dos sintomas físicos e da ansiedade ocorre durante o exercício (habituação durante a sessão) e no intervalo entre as exposições (habituação entre as sessões).

## Exposição

A exposição é o principal recurso de que se dispõe para perder medos. Consiste em pôr o indivíduo em contato direto ou no nível da imaginação com objetos ou situações dos quais ele tem medo e que, por este motivo, são evitados. A exposição pode ser feita até mesmo a pensamentos considerados “ruins” e que são mantidos afastados da mente em virtude da aflição que provocam. Esta modalidade pode ser realizada evocando-se intencionalmente os pensamentos que normalmente se procura afastar da mente. Seu efeito principal, como já vimos, é a **habituação**. Períodos longos de exposição são mais efetivos do que exposições breves e interrompidas. Exposições diárias são preferíveis nos casos mais graves. O ideal é que os exercícios durem entre uma e duas horas diárias (no mínimo, 45 minutos), e eles não devem ser interrompidos enquanto os níveis de ansiedade estiverem elevados (em torno de 30 minutos) (Baer, 2000; Steketee, 1999).

A exposição pode ser feita *in vivo*, quando há um contato físico direto com objetos, móveis, roupas, partes do corpo, locais evitados, etc., ou no nível da imaginação, evocando pensamentos ruins, frases, palavras, números, imagens ou cenas horríveis, normalmente mantidas afastadas da mente. A exposição pode ser auxiliada pela modelação, que é a realização da exposição pelo terapeuta ou por outro paciente do grupo, sendo que o paciente apenas observa (passiva) ou participa (ativa).

## Prevenção da resposta

A prevenção da resposta consiste no ato de se abster de realizar rituais, compulsões, compulsões mentais ou quaisquer manobras destinadas a neutralizar a ansiedade e o medo que acompanham as obsessões ou seriam sentidos caso as referidas manobras não fossem realizadas. Exemplos: abster-se de lavar as mãos ou o corpo após tocar em objetos “contaminados”, realizar verificações desnecessárias ou repetidas, realizar contagens, afastar pensamentos “horríveis” da cabeça, repetir ações, palavras, frases, alinhar objetos como roupas, toalhas, colchas, cadarços de sapato, etc.

Exposição	Eliminação
-----------	------------



### **Exercícios para obsessões puras e pensamentos ruins**

Algumas estratégias aparentemente efetivas têm sido sugeridas para pacientes que apresentam predominantemente obsessões puras, ou seja, não acompanhadas de rituais:

- Exposição em imaginação: lembrar pensamentos ou imagens consideradas horríveis várias vezes ao dia e durante o tempo necessário para que a aflição desapareça (por exemplo: durante 15 minutos, três a quatro vezes ao dia).
- Repetir mentalmente várias vezes ou escrever palavras ou frases que provocam medo (encher uma folha de papel).
- Fazer um pequeno texto (mais ou menos uma página) descrevendo uma cena horrível e ler o texto repetidamente (cinco a dez vezes, três vezes ao dia).
- Gravar o texto horrível numa fita e ouvi-lo repetidamente (cinco a dez vezes, três vezes ao dia).

Cabe ao terapeuta indicar ou prescrever esses exercícios, de acordo com os sintomas específicos de cada paciente. As leituras ou gravações devem durar o tempo necessário para que ocorra a habituação.

### **Recomendações que auxiliam a eliminar pensamentos ruins**

- Não procure afastar ou lutar contra os pensamentos indesejáveis.
- Procure não ficar se esforçando para perceber quando um pensamento ruim está invadindo sua cabeça. Quanto mais você se preocupar com eles, mais intensos eles se tornarão (efeito do urso branco) (Lavy et al., 1990; Rachman, 1998).
- Não dê importância aos pensamentos ruins.
- Quando um pensamento ruim invadir sua cabeça, simplesmente não dê nenhuma importância a ele e não faça nada para afastá-lo: quanto maior a preocupação, mais eles irão aparecer (efeito do urso branco).
- Não procure neutralizar um pensamento ruim com um pensamento bom (por exemplo, repetindo a frase “Sou uma pessoa boa” depois de ter tido o pensamento horrível de envenenar o filho) ou repetindo uma palavra, um número, contando ou rezando.
- Procure lembrar propositalmente tais pensamentos e mantenha-os na mente o máximo de tempo que puder, até não sentir mais nenhuma aflição.

### **O “pare de pensar!” ou “pare com isso!” ou “pare!”**

Esta é uma estratégia indicada para reduzir ruminações obsessivas (dúvidas), rituais mentais (repetir, contar, rezar, substituir pensamentos, tentar afastar ou substituir pensamentos ruins, ruminações de dúvidas) ou mesmo para ser usada no momento em que o paciente se surpreende executando rituais que já se tornaram

hábitos e não são mais precedidos por cognições ou por um desconforto perceptível.

- O paciente deve, primeiramente, aprender a identificar quando sua mente é invadida por uma dúvida que não consegue esquecer ou sobre a qual não consegue parar de pensar, dedicando-se a repetir para si mesmo (ruminar) argumentos a favor ou contra aquela dúvida, possíveis opiniões das outras pessoas, conseqüências imaginadas, etc., a fim de chegar a um estado de absoluta certeza, o que muitas vezes é impossível.
- Por outro lado, o paciente deve identificar as manobras de pensamento que realiza para se livrar de um pensamento ruim, de uma aflição (ritual mental), ou mesmo quando inicia um ritual manifesto de forma quase automática (verificação, lavação, repetição), eventualmente não precedido de aflição ou de qualquer tipo de pensamento (cognição), como tocar, estalar os dedos, etc.
- Ao perceber tais fatos ou atividades, o paciente deve repetir em voz alta: “Pare!” ou “Pare com isso!”, procurando interromper a ruminação, compulsão ou manobra de neutralização.
- Juntamente com a frase, pode-se dar uma batida forte na mesa, bater palmas, dar um piparote com um atilho de borracha no pulso ou buscar outra forma de estímulo desagradável a fim de se distrair e cortar o fluxo do pensamento.
- Por fim, o paciente deve procurar envolver sua mente com outra idéia, com um estímulo mais atraente (ler, ouvir música) ou envolver-se numa tarefa prática.

### **Exercício prático de exposição e prevenção da resposta**

Uma vez encerrada a explanação, o terapeuta fará demonstrações e exercícios práticos de exposição e prevenção de resposta (modelação), demonstrando o fenômeno da habituação. Para tanto, o terapeuta deverá ter uma caixa com vários objetos “sujos” ou “contaminados” preparada com antecedência. A caixa pode conter um sabonete usado, uma esponja usada, embalagens de venenos, mata-mosquitos, brinquedos de criança usados, preservativos fora da embalagem, seringas usada (sem a agulha), cédulas de dinheiro, etc. A caixa será passada entre os participantes, e cada um deverá apanhar um objeto que lhe provoque nojo ou aflição e ficar segurando-o durante alguns minutos. Depois que todos tiverem apanhado algum objeto, o terapeuta solicitará que cada paciente quantifique o grau de aflição que está sentindo no momento. Depois de alguns minutos, solicitará novamente que quantifiquem o grau de aflição e comparem o novo grau com o grau anterior. Em geral, há uma rápida diminuição. Depois, os objetos são trocados entre os participantes.

A seguir, o terapeuta faz uma demonstração de exposição tocando com as mãos na sola dos sapatos e espalhando a contaminação pela roupa e pelo corpo, solicitando que os participantes façam o mesmo e lembrando-os de que o fato de não disporem de água para lavar as mãos significa que estarão fazendo também uma prevenção da resposta. Dependendo das circunstâncias e dos sintomas, o terapeuta pode solicitar que os pacientes toquem no trinco da porta, pisem no chão (assoalho ou carpete) com os pés descalços ou apenas com meias, toquem a tampa do vaso do banheiro, etc., sempre sem efetuar lavagens posteriores.

## Lembretes importantes

O terapeuta solicitará a um dos participantes que leia os seguintes lembretes importantes da TCC.

- O sucesso da terapia depende essencialmente da realização dos exercícios de exposição e prevenção de resposta. Considera-se como **tempo de exercício** o tempo durante o qual o paciente permanece em contato com objetos ou situações evitadas, ou o período em que ele resiste à execução de um ritual e durante o qual sente algum grau de aflição.
- É importante dedicar entre uma e duas horas diárias à realização dos exercícios (um mínimo de 20 horas durante toda a terapia).
- Repita o maior número de vezes que puder um determinado exercício (**exposição**) e fique o maior tempo possível sem executar o ritual ao qual está habituado (**prevenção da resposta**). Em geral, depois de 15 minutos a 3 horas de exposição ou abstenção de um ritual, tanto os sintomas físicos como a aflição, desaparecem espontaneamente (**habituação**), e a pessoa não sente mais a necessidade de executar o ritual.
- Lembre-se de que muitos rituais, com o passar do tempo, incorporaram-se de tal forma à rotina que acabam se tornando verdadeiros hábitos, que o paciente executa praticamente sem se dar conta. Por isso, é importante identificar as “situações-gatilho” que desencadeiam a necessidade de realizar os rituais (por exemplo, ao ir deitar, ao sair de casa ou ao usar o banheiro) e, com antecedência, ficar vigilante, programando a **exposição** e a não-realização de manobras de neutralização (**prevenção da resposta**).
- Por mais impossível que pareça, e por maior que seja a aflição, ela é suportável, não enlouquece e não provoca doenças cardíacas. Suportar a aflição representa uma vitória sobre o TOC e um aumento da confiança em si mesmo.

## Tarefas para casa

1) Complete a *Lista dos Sintomas*, incluindo todos os que você conseguir lembrar (pedir ajuda aos familiares).

2) Realize os seguintes exercícios de exposição e prevenção da resposta:

a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

d) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3) Releia os tópicos *Fundamentos da terapia comportamental* (pág.19) e *Lembretes importantes* (pág.22) e anote as dúvidas.

### **Avaliação da sessão pelos participantes**

Para encerrar, o terapeuta solicita que cada um dos participantes avalie a sessão, destacando o que considerou de mais relevante, mais útil ou importante para si.

#### **Quatro regras de ouro**

Enfrente as coisas de que você tem medo tão freqüentemente quanto possível.

Se você perceber que está evitando algum objeto ou situação, enfrente-o.

Se você sentir que necessita fazer algum ritual para se sentir melhor, esforce-se para não realizá-lo.

Repita os passos 1, 2 e 3 o maior número de vezes e pelo maior tempo possível.

#### **Lembretes**

Minha aflição não durará para sempre. Vai chegar um momento em que ela passará!

Basta não fazer nada, e a aflição e a ansiedade desaparecerão por si!

Se eu ficar prestando atenção no que estou sentindo, o medo ficará ainda maior!

Quanto mais eu me preocupar com um pensamento, mais tempo ele permanecerá na minha mente!

## **SESSÃO 4 – Pensamentos e crenças distorcidas no TOC**

---

### **Agenda**

- Revisão das tarefas de casa.
- Explicação: a terapia cognitiva no TOC; modelo cognitivo, pensamentos automáticos e crenças distorcidas típicas do TOC.
- Exercício prático: identificação e registro de pensamentos automáticos e crenças típicas do TOC.
- Tarefas de casa: continuação dos exercícios de exposição e prevenção da resposta; treino na identificação e registro de pensamentos automáticos, crenças distorcidas e ansiedade associada.
- Avaliação da sessão.

### **Revisão das tarefas de casa**

A revisão das tarefas de casa é muito importante nesta sessão, pois esta é a primeira vez que os pacientes comparecem ao grupo depois de terem tido como tarefa de casa exercícios de exposição e prevenção da resposta, que são associados a um alto grau de receio devido ao aumento de aflição previsto. O terapeuta solicita que cada paciente relate sua experiência, o grau de dificuldade encontrado, bem como o número de vezes que conseguiu realizar os exercícios programados. Ao mesmo tempo, ele elogia o êxito e o empenho de cada participante e solicita aos demais que comentem ou dêem sugestões, especialmente quando alguém não conseguiu realizar as tarefas ou não acredita que possa vir a consegui-lo.

Ao final do relato de cada participante, em função da dificuldade encontrada, dos rituais e obsessões eventualmente já dominados ou não, o terapeuta vai propondo os exercícios da semana seguinte. A seguir, faz uma rápida introdução sobre o modelo cognitivo e a importância das crenças na manutenção dos sintomas e propõe um aumento de dificuldade na realização das tarefas práticas. Segue um resumo da explicação.

### **A terapia cognitiva no TOC: o modelo cognitivo, pensamentos automáticos e crenças distorcidas**

“As pessoas se perturbam mais com o que pensam sobre as coisas do que com as coisas em si” (Epictetus, 70 a.C.).

“Um dos efeitos do medo é perturbar os sentidos e fazer com que as coisas não pareçam o que são” (Cervantes, no livro *Dom Quixote*).

Os portadores do TOC têm uma série de convicções ou crenças distorcidas, que interferem na forma de eles perceberem, avaliarem e interpretarem a realidade. Por exemplo, o fato de a mente ser invadida por um pensamento ruim ou agressivo é interpretado como uma prova de que existe um risco de a pessoa cometer o que passou pela cabeça, e que, portanto, ela deve tomar todas as precauções para que o fato não ocorra. Exemplos: “Se me vem o pensamento de esfaquear meu marido, de quem eu gosto muito, devo esconder todas as facas que tenho em casa e, em hipótese alguma, estar com uma faca na mão quando ele estiver na minha



presença”, ou “Posso ser um molestador de crianças porque eventualmente me vêm esses pensamentos na cabeça”, ou ainda “Se eu não lavar as mãos toda vez que chego da rua, posso trazer doenças para dentro de casa”. Assim como esses exemplos, outras crenças ou convicções, às vezes muito rígidas quanto ao conteúdo e à necessidade de neutralizar os medos, aumentam a intensidade e a frequência das obsessões, bem como a necessidade de realizar rituais, evitar objetos ou situações, afastar pensamentos indesejáveis. Tais crenças ou convicções, quando muito intensas ou rígidas, dificultam a realização das tarefas de exposição e prevenção da resposta. Este é um dos problemas da terapia comportamental do TOC.

Pesquisas e reuniões entre especialistas têm chegado a um relativo consenso sobre as crenças distorcidas mais comuns nos portadores do TOC (exagerar o risco, a responsabilidade, o poder dos pensamentos, a necessidade de ter certeza, etc.). Acredita-se que a interpretação errônea ou catastrófica atribuída a certos pensamentos invasivos ou obsessões em função das crenças típicas de cada indivíduo é um fator importante para a realização de manobras para afastá-los ou neutralizá-los (rituais). E o fato de os rituais efetivamente produzirem um alívio imediato, mesmo às custas da perpetuação do transtorno, faz com que o indivíduo acredite que suas crenças sejam corretas e que deve continuar realizando os rituais. Também, como já vimos na sessão anterior, quanto mais importância se dá a um pensamento ruim ou a uma determinada preocupação (contaminação, falha, responsabilidade) ou quanto mais se tenta afastá-los, mais eles invadem a mente. Partindo da constatação da importância das crenças no TOC, vários autores desenvolveram exercícios que permitem corrigir essas crenças e substituí-las pelo raciocínio lógico, baseado em provas ou evidências, e não em medos ou simplesmente convicções que não têm nenhuma ou quase nenhuma base.

O objetivo da terapia cognitiva é identificar tais pensamentos e crenças e, através de seu questionamento lógico, fazer com que o paciente as coloque em dúvida e, quem sabe, modifique convicções muitas vezes arraigadas e muito antigas. Acredita-se que identificar e modificar as crenças possa auxiliar na adesão às tarefas de exposição e prevenção da resposta e na redução dos sintomas da doença. Alguns dos recursos de que se dispõe para pôr em dúvida e modificar as crenças serão apresentados no presente manual. Inicialmente, é importante familiarizar-se com certos conceitos da TCC: crenças errôneas ou disfuncionais e pensamentos automáticos.

### **Crenças disfuncionais**

As crenças disfuncionais são convicções permanentes, muitas vezes rígidas e absolutas, que o indivíduo tem sobre si mesmo, distorcidas ou negativas sobre o mundo à sua volta ou seu futuro. Tais convicções foram estruturadas a partir de experiências de vida, educação, cultura ou família e funcionam como orientadoras da percepção, da evocação de lembranças, do estabelecimento de regras de conduta e da interpretação da realidade. Têm um grande impacto na auto-estima e moldam a auto-imagem (Beck, 1976; Beck et al., 1985).

- As crenças disfuncionais se expressam sob a forma de afirmações nem sempre conscientes e aparentemente lógicas: “Nada dá certo comigo”, “Se eu me sair mal nesta prova é porque sou incompetente”, “Sou incapaz de vencer meus medos”, “Tenho que tirar sempre 10, e não 9”, etc.
- Elas podem constituir-se em verdadeiros sistemas estruturados (crenças centrais ou esquemas cognitivos): “Sou menos inteligente que os outros”, “A

sujeira sempre é perigosa”, “Lavar as mãos várias vezes impede que eu contraia certas doenças”; ou em conjuntos de regras ou suposições (crenças intermediárias): “Eu deveria...”, “ Se..., então...”. Exemplos: “Se eu não verificar o gás, minha casa poderá incendiar”, “Se alguma coisa der errado na vida de meu filho, a falha terá sido minha”, “Nada pode dar errado, senão não serei bem avaliado pelos outros”, “Sou insubstituível”, “Tenho que ser sempre o melhor”, etc.

- As crenças são, em geral, tomadas como verdadeiras, particularmente quando estão associadas a emoções de certa intensidade. Raramente são questionadas quanto à sua veracidade.
- Em portadores de TOC, a capacidade de fazer raciocínios lógicos, estabelecendo conclusões a partir de premissas estabelecidas, fica comprometida, sendo substituída por várias formas errôneas de pensar, raciocinar, estabelecer conclusões (por exemplo, o pensamento mágico, exagero do risco, etc.): “Um acidente vai ocorrer porque eu não contei até 3”.
- Pôr em dúvida crenças disfuncionais, por mais arraigadas que sejam, é o primeiro passo para modificá-las, substituindo-as por convicções ou crenças baseadas em evidências (provas) e raciocínio lógico. Esta é uma das tarefas da TCC.

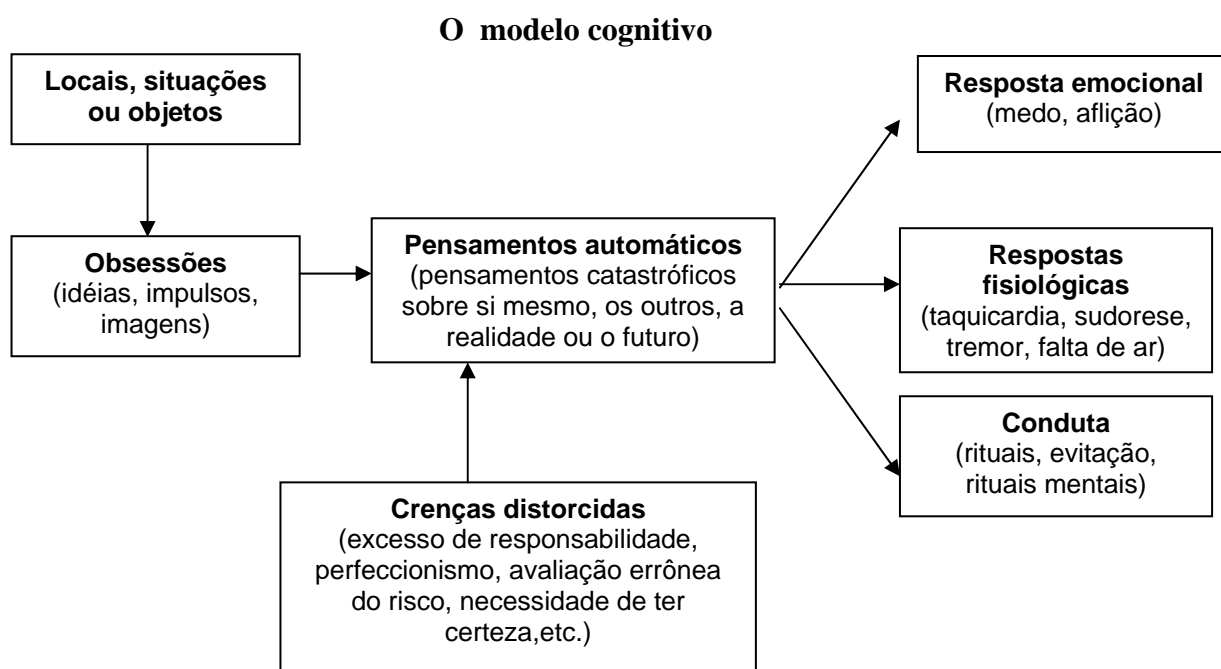
### **Pensamentos automáticos ou pensamentos intrusivos**

- São pensamentos rápidos e involuntários que passam pela cabeça do portador de TOC, particularmente nos momentos em que emoções (medo, raiva, tristeza) são ativadas por qualquer motivo.
- Estão presentes junto com o fluxo normal do pensamento.
- Surgem espontaneamente, não resultam de reflexão ou vontade.
- Em geral, estão associados a emoções ou imagens;
- São, em geral, fugazes: interrompem o pensamento e desaparecem sem que a pessoa perceba, assim como a emoção que os acompanha.
- Assumem a forma verbal de uma frase abreviada (telegráfica), que o indivíduo diz para si mesmo.
- Parecem plausíveis ou razoáveis e, em geral, são consistentes com o sistema de crenças do indivíduo.
- Geralmente são aceitos como verdadeiros, sem questionamento ou avaliação.
- O paciente percebe mais facilmente a emoção associada do que o pensamento que a produz.
- Nos transtornos mentais como o TOC em geral são distorcidos, revelando uma avaliação negativa ou catastrófica de situações, emoções, sensações fisiológicas, apesar de evidências objetivas em contrário.
- Geralmente não têm nenhuma utilidade; podem, entretanto, estimular a criatividade ou dar origem à aflição.
- São previsíveis em função das crenças dominantes.

- Pode-se aprender a avaliá-los quanto à sua validade e utilidade.
- Responder racionalmente, e não emocionalmente, aos pensamentos automáticos produz mudanças positivas no afeto (Beck, 1976; Beck et al., 1985).

Exemplos de pensamentos automáticos no TOC: “Vou ter câncer”, “Meu filho pode morrer”, “Posso contrair doenças”, “Vou enlouquecer”, “Isto pode dar azar”, “Fracassei”, “Jamais vou conseguir”, “Vou ter um enfarte”, “Esta aflição jamais vai acabar”, “Não tenho capacidade para suportar esta aflição: ela vai me enlouquecer”, “Não vou conseguir controlar meus pensamentos e vou dizer coisas horríveis”, “É impossível interromper os pensamentos no meio”, “A responsabilidade/culpa é toda minha”, “É imperdoável falhar”, “Não posso falhar nunca”, “Ninguém vai me perdoar”, etc.

**A terapia cognitiva – ou, como mais modernamente vem sendo chamada, terapia cognitivo-comportamental – parte do princípio de que os pensamentos e crenças das pessoas exercem influências em suas emoções e no seu comportamento, e de que a forma como os pensamentos são avaliados ou interpretados é influenciada por tais sistemas de crenças, contribuindo ou eventualmente sendo a causa principal de determinados transtornos, como a depressão, transtornos de ansiedade, entre os quais se inclui o TOC.**



**Figura 2.** O modelo cognitivo. Os pensamentos influenciam as emoções, a conduta, as respostas fisiológicas, e são ativados pelas crenças predominantes.

- Obsessões são pensamentos invasivos que persistem na mente do portador de TOC devido ao significado que a pessoa dá eles, e que aparece sob as forma de pensamentos automáticos negativos ou catastróficos (por exemplo: “Se eu tenho este pensamento agressivo é porque posso cometê-

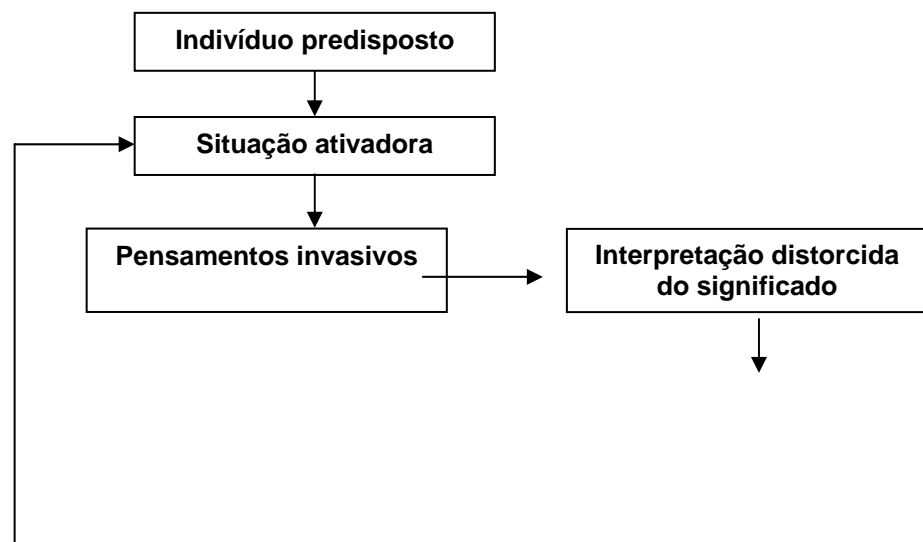
lo; isso significa que sou uma pessoa má”, “Posso ir para o inferno porque não consigo afastar esses pensamentos blasfemos”, “Devo ter um desvio no meu caráter para ter esses pensamentos obscenos”, etc.) (Rachman, 1997; Rachman, 1998).

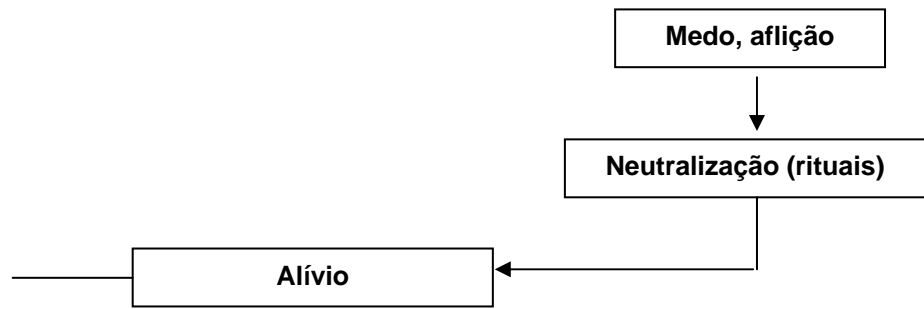
- Os pensamentos automáticos influenciam não só na resposta emocional, mas também as respostas comportamentais e fisiológicas.
- A percepção da situação e a interpretação do significado dos pensamentos invasivos persistentes (obsessões) e dos pensamentos automáticos são influenciadas pelas crenças ou sistemas de crenças do indivíduo.

### **A teoria cognitiva do TOC**

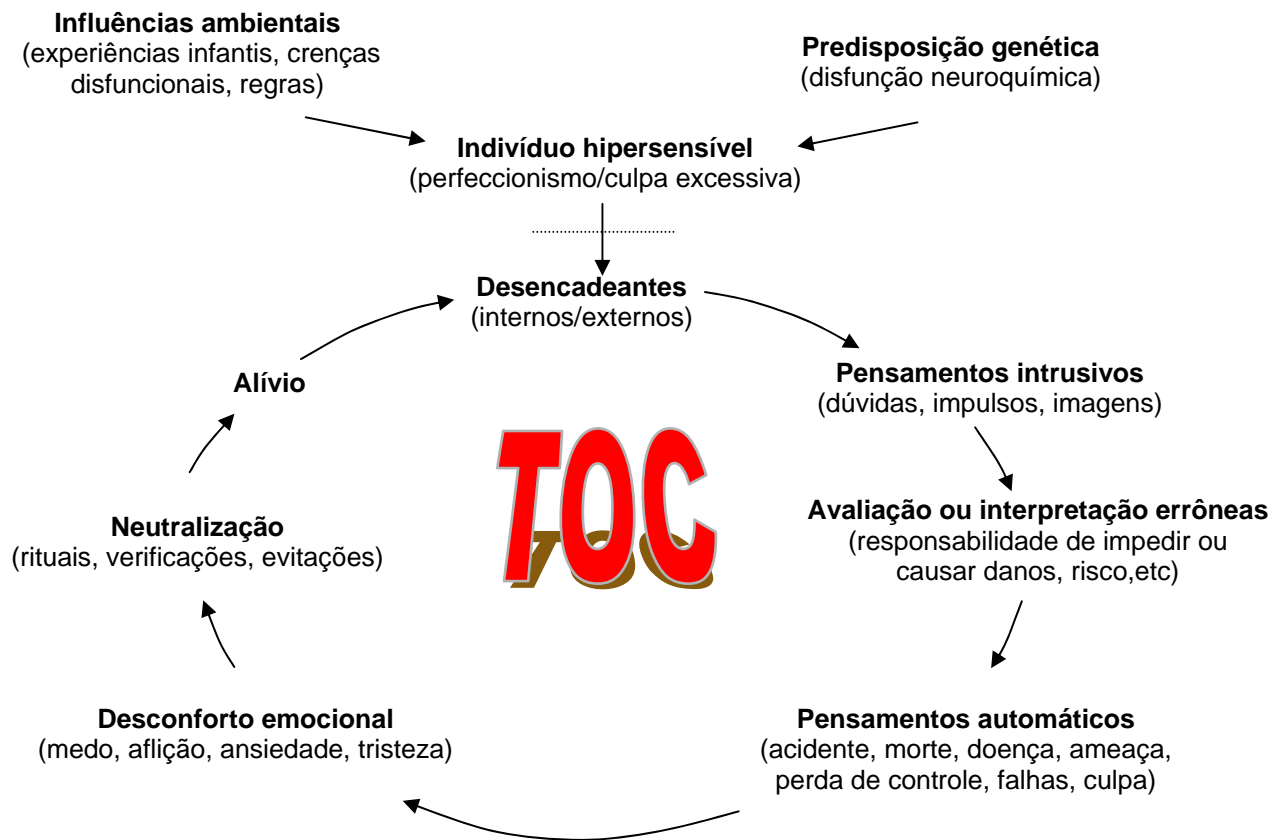
Os autores que se dedicam a estudar as crenças e pensamentos errôneos presentes no TOC têm proposto a seguinte teoria (também chamado de modelo cognitivo) para explicar como essas cognições auxiliam no surgimento e na manutenção dos sintomas:

- Indivíduos sensíveis, em função de crenças adquiridas ao longo da vida, diante de determinadas situações, têm pensamentos que invadem a mente contra a vontade (obsessões) envolvendo a avaliação exagerada do risco e da responsabilidade em prevenir ou causar dano aos outros.
- A presença destes pensamentos é avaliada ou interpretada de forma negativa ou catastrófica: como indicativa da possibilidade de causar dano a outros ou a si mesmo, ou como sendo responsável por preveni-lo, etc.
- Tal avaliação se expressa sob a forma de pensamentos automáticos negativos ou catastróficos.
- Surgem afetos negativos (aflição, medo, culpa, depressão), e o paciente é compelido a fazer algo para se livrar da aflição ou para prevenir o que teme acontecer.
- A ansiedade é neutralizada pela realização de atos compulsivos, evitações, rituais mentais (contagens, rezas) ou ações menos estruturadas: falar consigo mesmo, distrair-se, não pensar, prestar mais atenção, aumentar a vigilância sobre os pensamentos, repetir, perguntar, verificar.
- Tais manobras impedem a exposição prolongada, o desaparecimento natural dos medos (habituação) e perpetuam o TOC (Rachman et al., 1978; Rachman, 1997; Rachman, 1998; Salkovskis, 1985, 1989, 1999; Salkovskis et al., 1998). Ver esquemas nas figuras 3 e 4.





**Figura 3.** Resumo do modelo cognitivo no TOC (adaptado de Salkovskis et al. 1998).



**Figura 4.** Distorções cognitivas ajudam a manter o TOC (adaptado de Salkovskis (1985, 1989; Rachman;1997 e 1998; Freeston et al.;1997).

### Crenças distorcidas no TOC

Especialistas reuniram-se em duas ocasiões e definiram os principais domínios de crenças disfuncionais no TOC (OCCWG, 1997; Cordioli et al, 2001). Dentro de cada um desses domínios, situam-se as crenças, que são aquelas convicções estáveis que orientam a percepção e a conduta do indivíduo e que aparecem sob a forma de afirmativas, regras e suposições. Os domínios estabelecidos pelos especialistas foram os seguintes:

- Responsabilidade excessiva por eventos que estão fora do próprio controle e por possíveis conseqüências para si ou para os outros (rituais de limpeza, verificações). Exemplo: "Se eu não apagar e acender a luz seis vezes, minha mãe pode adoecer, e a responsabilidade será minha".
- Avaliar de forma exagerada o risco, ou seja, superestimar a gravidade das conseqüências e as probabilidades de que eventos negativos aconteçam (rituais de limpeza, lavagem excessiva, evitações). Exemplos: "Apertar as mãos ou tocar em outras pessoas pode transmitir doenças", "Se eu deixar o rádio-relógio ligado na tomada, a casa pode pegar fogo".
- Avaliar de forma exagerada a importância dos pensamentos (pensar é igual a agir ou cometer; fusão de pensamento e ação), como em obsessões, pensamentos mágicos, rituais mágicos, contagens. Exemplo: "Ter

pensamentos agressivos (ou obscenos) é um sinal de que posso torná-los realidade”.

- Preocupação excessiva com a importância de controlar os próprios pensamentos: necessidade de ter controle total sobre pensamentos (ruminação obsessiva). Exemplo: “Irei para o inferno se eu não conseguir afastar esses pensamentos sobre o demônio”.
- Intolerância à incerteza: necessidade de ter certeza absoluta em relação ao presente e ao futuro, dificuldade de conviver com a dúvida (obsessões de dúvida, repetições, verificações). Exemplo: “Se eu não tiver certeza absoluta sobre algo, estou fadado a cometer erros e não serei perdoado”.
- Perfeccionismo (simetria, alinhamento, completude, verificações ou necessidade de fazer as coisas de forma perfeita). Exemplos: “Se meu trabalho tem algum defeito, todo ele perde o valor”, “Uma falha sempre representa um fracasso”, “Uma falha sempre é imperdoável, mesmo se involuntária ou não-intencional”.

### Exercícios para casa

1) Identificação de crenças subjacentes. Liste pelo menos três obsessões ou rituais que o afligem e identifique a crença distorcida subjacente:

Obsessões e rituais	Crença

2) Identificação de pensamentos automáticos e interpretações ou crenças distorcidas, afetos disfuncionais e rituais associados. Siga as instruções a seguir e preencha a tabela.

- a) Lembre uma situação específica na qual sua mente foi invadida por obsessões.
- b) Identifique os pensamentos automáticos, a emoção sentida (medo, culpa, nojo), as interpretações errôneas e a crença subjacente, fazendo as seguintes perguntas:
  - Que pensamentos (obsessões) invadiram minha cabeça naquela ocasião ou situação?
  - O que provocou tal pensamento (qual a situação, lembrança, pessoa, etc.)?
  - O que passou pela minha cabeça (pensamento automático)? Que conseqüências eu imaginei e o que eu imaginei fazer para evitá-las?
  - O que eu fiz (ritual, evitação)?
  - Como interpretei tal pensamento (porque ocorre, o que significa, o que poderia acontecer, quais as possíveis conseqüências, qual a minha responsabilidade)?
  - O que eu senti na ocasião (emoção, medo, aflição) e depois de executar o ritual ou de evitar o que eu temia?

- Qual a crença subjacente (uma ou mais dentre as várias possíveis)? Para identificar a crença subjacente, revise a lista da página 31-32.
- c) Registre na grade “Registro de Pensamentos Disfuncionais” da página seguinte.



### Registro de Pensamentos Disfuncionais (com um exemplo)

Situação	Obsessão ou pensamento automático	Emoção associada	Caso acontecesse, o que significaria para mim?	Crença
Ao deitar	O gás pode estar escapando	Medo, aflição	Se alguém se intoxicar, a culpa será minha	Excesso de risco e responsabilidade

3) Exercício de exposição e prevenção da resposta da semana:

---

---

---

---

---

### Avaliação da sessão pelos participantes

Para encerrar a sessão, o terapeuta solicita que cada um dos participantes avalie a sessão, destacando o que considerou mais relevante, mais útil ou importante para si.

## **SESSÃO 5 – Excesso de risco e responsabilidade**

---

### **Agenda**

- Revisão das tarefas de casa.
- Explanação: crenças envolvendo avaliação exagerada do risco (medo de sujeira, contaminação, doenças) e da responsabilidade (medo de ser responsabilizado por acidentes, como incêndio, roubo, doenças próprias e de outras pessoas, necessidade de fazer verificações, etc.) e técnicas de correção (questionamento socrático, hipóteses alternativas, busca de evidências, cálculo realista dos riscos, torta da responsabilidade, testes comportamentais e uso de lembretes).
- Tarefas de casa: elaboração de lembretes, novas metas de exposição e prevenção da resposta, exercícios de correção de crenças disfuncionais envolvendo risco e responsabilidade.

### **Revisão das tarefas de casa**

O terapeuta solicita que cada paciente relate seus exercícios: quais as tarefas propostas, como se saiu em cada uma delas, o número de vezes que conseguiu realizá-las e o grau de dificuldade encontrado. Nas tarefas de exposição e prevenção da resposta, solicita que o paciente lembre e conte ao grupo os pensamentos automáticos que lhe passaram pela cabeça na ocasião, o que sentiu, quanto tempo durou a aflição e como se deu o desaparecimento espontâneo da mesma. Solicita, ainda, se houver tempo, que identifique as crenças subjacentes. Ao final de cada relato e em função das dificuldades encontradas, propõe as tarefas da próxima semana. Depois que todos encerraram, anuncia os temas das explicações das três próximas sessões e da presente sessão em particular, destacando a ênfase dada, neste momento da terapia, à identificação e correção de crenças disfuncionais simultaneamente com a continuação dos exercícios de exposição e prevenção da resposta.

### **Explanação: avaliar de forma exagerada o risco**

Os portadores do TOC têm a tendência de exagerar a probabilidade ou a gravidade do perigo (risco) para si ou para os outros e de subestimar os recursos ou capacidades com os quais conta para enfrentá-lo. Esta tendência se manifesta sob a necessidade de fazer verificações e executar rituais com a intenção de prevenir acidentes (medo exagerado de contrair ou transmitir doenças, de se contaminar ou de os familiares se contaminarem, adoecerem ou virem a falecer). Como consequência, o portador do TOC executa lavagens ou verificações excessivas, repetições (para lavar bem limpo), rituais mágicos (para prevenir eventos futuros), evita contatos, além de ter o foco de sua atenção constantemente voltado para sujeira, pó, germes, contaminantes, etc. mantendo-se permanentemente hipervigilante.

Exagerar o risco envolve dois componentes (Salkovskis, 1985; Van Oppen & Arntz, 1994; Freeston et al., 1996; Ladouceur et al., 1996):

- 1) Superestimar a probabilidade de que um evento catastrófico venha a acontecer;
- 2) Superestimar o impacto dos eventos negativos na vida das pessoas.

A seguir alguns exemplos de crenças que exageram o risco:

- Trincos de porta e dinheiro transmitem doenças. Deve-se lavar as mãos sempre que se tocar neles.
- Lavar bastante (o corpo, as mãos, objetos, roupas, alimentos) ajuda a não contrair doenças.
- Se um objeto (ou roupa) cair no chão, não se deve usá-lo sem antes lavar.
- Apertar as mãos ou tocar em outras pessoas é perigoso.
- Se minha toalha de banho encostar na toalha do meu marido, posso contrair ou transmitir doenças.
- Não posso entrar em casa com os sapatos (ou roupas) que usei na rua: poderei trazer germes para dentro de casa, que irão provocar doenças nos meus familiares.

Para corrigir esse tipo de crença, pode-se fazer os seguintes exercícios:

- questionamento socrático;
- técnica das duas alternativas;
- experimentos comportamentais;
- A flecha descendente;
- Lembretes.

### **Questionamento socrático**

O nome desta técnica é uma homenagem ao filósofo grego Sócrates (470-399 a.C.), que punha em dúvida crenças arraigadas dos seus contemporâneos, tendo sido acusado de corruptor da juventude e condenado à morte por este motivo. Sócrates ficou famoso pelo seu lema, “Conhece-te a ti mesmo”. Afirmava por exemplo que “Sábio é o que sabe que nada sabe”, e que o conhecimento da verdade levava as pessoas a serem virtuosas. No tratamento do TOC, o paciente fica prisioneiro de convicções e crenças das quais aparentemente não tem dúvidas, mesmo que não haja nenhuma evidência de que sejam verdadeiras. Um dos recursos para corrigir essas crenças é o questionamento socrático. Esta técnica procura pôr as crenças em dúvida, questionando suas evidências, buscar explicações alternativas, com o objetivo de substituir a forma de pensar não-racional por um raciocínio lógico.

O questionamento é feito em relação às obsessões, pensamentos automáticos e crenças que são ativados por determinadas situações ou objetos usualmente seguidos da necessidade de executar algum ritual. O paciente deve, inicialmente, identificar uma situação na qual é compelido a realizar rituais ou adotar comportamentos evitativos; depois, deve identificar o que lhe passou pela cabeça e quais foram as conseqüências no momento (aflição, ritual). Pode também se perguntar: “O que eu sentiria caso não executasse o ritual que normalmente executo ou não evitasse o que normalmente evito?” e observar que pensamentos lhe vêm à cabeça. O questionamento socrático deverá ser feito sobre estes pensamentos (Beck, 1976; Beck et al., 1985).

### **Exercício com o questionamento socrático**

Lembre uma situação do dia anterior na qual você usualmente é levado a executar rituais. Depois, responda às perguntas a seguir:

- Que pensamentos passaram ou poderiam passar pela minha cabeça?
- Que evidências eu tenho de que esse pensamento tem fundamento?
- Quais são as evidências contrárias?
- Existe uma explicação alternativa?
- Quanto (em %) eu acredito nos meus pensamentos ou medos e quanto eu não acredito?
- Quais as chances (de 0 a 100%) de que, tocando nas coisas que evito ou não fazendo as verificações que faço, aconteça o que eu temo (contaminação, incêndio)?
- O que eu imagino que vá acontecer se eu tocar no que evito ou não fizer as verificações?
- O que de fato irá acontecer?
- Meus medos são baseados em alguma prova real ou são devidos ao TOC? O que é mais provável?
- O que \_\_\_\_\_ (pessoa conhecida) diria sobre meus medos?
- Como a maioria das pessoas se comporta em situações semelhantes?
- Qual a crença subjacente ao meu pensamento automático? (Incluir alguma crença da lista da pág.31-32.)

Releia várias vezes essas perguntas e escolha algumas das situações vividas ao longo da semana. Registre as respostas.

### **Técnica das duas alternativas (ou do pensamento alternativo)**

Uma forma mais simples de realizar o questionamento socrático é através da chamada técnica das duas alternativas (Salkovskis et al., 1998). Existem duas teorias alternativas para explicar o que ocorre com você:

- 1) Teoria A:** Você está de fato contaminado e precisa se lavar porque pode contaminar sua família e ser responsável por sua doença e morte.
- 2) Teoria B:** Você é uma pessoa muito sensível ao medo de ser contaminado e reage a esse medo de forma a comprometer sua vida, fazendo lavagens excessivas e até prejudiciais.

Qual dessas duas alternativas é a mais provável?

Para colocar esta técnica em prática, adote alguns dos lembretes que mais se adaptam à sua situação. Escreva-os no caderno de exercícios ou num cartão levado no bolso da camisa, ou faça um cartaz e cole-o na parede do quarto ou espelho do banheiro. Os lembretes auxiliam a retomar o controle dos pensamentos, a separar os fenômenos mentais relacionados com o TOC dos demais, pois o paciente perde, em parte, a capacidade de comandar sua “máquina” de raciocinar

que raciocina de forma errada. Ao longo das próximas páginas você encontrará listas de lembretes, utilize aqueles que lhe parecerem úteis.

### **Experimentos comportamentais**

Uma outra forma para corrigir a tendência a fazer previsões catastróficas é através dos chamados experimentos comportamentais. O paciente deve conduzir-se como um cientista, testando as evidências a favor ou contra sua hipótese ou de hipóteses alternativas, revisando suas hipóteses depois do experimento. Como regra o experimento deve conter a hipótese a ser testada, e sua revisão depois do teste. A seguir estão algumas sugestões de exercícios:

- 1) Revise uma única vez seu trabalho escrito para a faculdade, ou a carta/ofício que escreveu e veja o que acontece (vai tirar uma nota ruim, rodar, etc.)
- 2) Não feche a torneira do gás, não retire os aparelhos elétricos das tomadas ao sair de casa (para testar a crença de que pode ocorrer um incêndio).
- 3) Não verifique a fechadura do carro depois de fechá-lo. Depois, ao voltar, verifique se a porta ficou aberta.
- 4) Deixe uma torneira pingando durante duas horas para ver se sua casa vai ficar inundada.

Um exercício adicional é a estimativa de risco, com o ritual e sem ele. Calcule quantas casas existem na sua cidade e quantos aparelhos elétricos ficam permanentemente ligados nas tomadas. Depois, pense em quantos incêndios ocorrem por dia, semana, mês ou ano devido a essa causa. Vale a pena fazer esse procedimento todos os dias? Essa medida reduz ou aumenta o risco de um incêndio?

Pode-se ainda conversar com especialistas, para ver se um determinado ritual protege ou na verdade aumenta o risco de acontecer algo de ruim.

**Colocar crenças arraigadas em dúvida é o primeiro passo para modificá-las.**

**Só é possível perder medos enfrentando-os.**

### **Exemplo prático de exagero do risco e necessidade de fazer verificações**

Um paciente verificava, várias vezes ao dia, se todos os documentos estavam na carteira, especialmente antes de sair de casa, pois temia ser preso caso fosse interpelado na rua por um guarda e estivesse sem eles. Este receio era motivo de aflição permanente e de constantes, repetidas e desnecessárias verificações da carteira.

**Situação ativadora:** Sair de casa.

**Pensamento automático catastrófico:** Se eu estiver sem meus documentos, posso ser preso.

**Crenças disfuncionais:** Superestimar as conseqüências de estar sem documentos, superestimar a probabilidade de que tais conseqüências ocorram.

**Questionamentos:** Evidências a favor e contra: Tenho alguma evidência a favor do meu pensamento? Conheço alguém que foi preso por estar sem documentos? O que um advogado diria sobre esta possibilidade?

**Sobre a questão da probabilidade:** Quantas vezes fui abordado neste último ano? Quantas verificações fiz no mesmo período? Em alguma ocasião, passei por algum constrangimento ou fui preso? Que documentos são legalmente exigidos, ou em que circunstâncias são necessários (carteira de motorista quando se está dirigindo, cartão do banco quando se vai fazer uma movimentação na conta, carteira de identidade quando se vai fazer uma compra e assinar um cheque, etc.)?

### **Responsabilidade exagerada**

O excesso de responsabilidade é considerado por alguns o problema central do TOC, responsável por rituais de verificação, limpeza, repetições, etc. Refere-se à crença de que a pessoa tem um poder que é decisivo para provocar ou impedir que desastres ou fatos negativos aconteçam. Em decorrência dessa crença, o paciente considera como sua a responsabilidade de prevenir doenças, acidentes ou danos que resultam de erros ou falhas morais involuntárias. Acredita, ainda, que qualquer influência que se possa ter sobre um acontecimento equivale a ter responsabilidade total pelo mesmo (Salkovskis, 1985; Lopatka et al., 1995; OCDWG, 1997).

### **Exemplos de crenças distorcidas envolvendo excesso de responsabilidade**

- Fracassar ao prevenir (ou deixar de tentar prevenir) algum dano ou prejuízo a outras pessoas é o mesmo que praticá-lo.
- Uma falha sempre é imperdoável, mesmo que seja involuntária ou não-intencional.
- Sou suficientemente poderoso para prevenir ou provocar desastres (mesmo no futuro ou à distância).
- Rituais mágicos podem evitar que as coisas que eu temo aconteçam.
- Se meu filho/pai/mãe adoecer é porque falhei, e todos vão me condenar.
- A responsabilidade não é diminuída pela improbabilidade.
- Se algo de ruim acontecer, foi porque eu falhei; o mal poderia ter sido evitado (se eu deixei cair a bicicleta na rua e ocorreu um acidente, a culpa é toda minha).

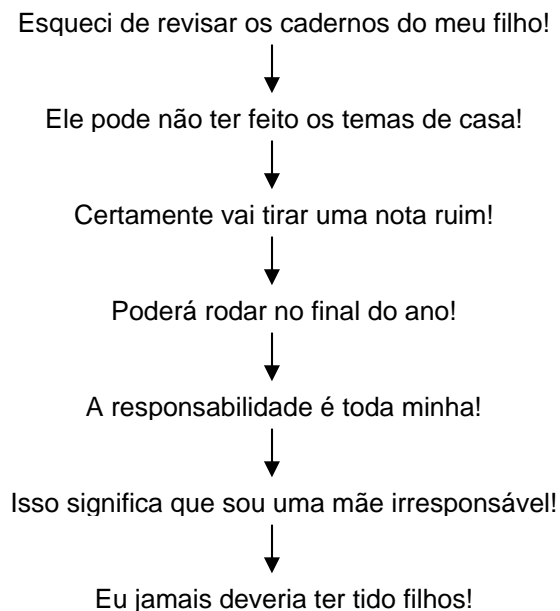
### **Corrigindo o excesso de responsabilidade - Questionamento socrático**

- E se, de fato, algum dia, acontecesse alguma das coisas que eu imagino? Qual seria a porcentagem (de 0 a 100%) da minha responsabilidade?
- Posso provar que a culpa foi inteiramente minha ou existem outros fatores que poderiam ter contribuído para que o fato acontecesse?
- Se algo semelhante acontecesse a um conhecido meu, eu o responsabilizaria inteiramente pelo ocorrido (duplo padrão)?
- As pessoas irão me responsabilizar?

- O fato de eu ter pensado algo poderia ser suficiente para provocar o que aconteceu?
- Meus rituais de fato reduzem a probabilidade de que coisas ruins aconteçam ou apenas reduzem minha aflição?

### A flecha descendente

Este exercício pode ser feito pelo paciente após ter constatado que cometeu “uma falha”. Ele é útil para avaliar a forma exagerada do risco, da responsabilidade, da necessidade de controlar os pensamentos, etc. O paciente, auxiliado pelo terapeuta, faz uma afirmação e, depois, vai fazendo uma série de perguntas, como “E daí?”, “Se isso aconteceu, o que pode ocorrer a seguir?”, “Se isso de fato ocorreu, o que significa mim?”, “O que de pior pode acontecer?”, até que se tenha atingido a linha base, que é o pior possível. Cada afirmativa é representativa de crenças subjacentes que, no momento ou oportunamente, podem ser questionadas. Veja o exemplo a seguir.



**Figura 5.** Exemplo da técnica da flecha descendente.

As afirmativas, geralmente absolutas (tudo ou nada), podem ser questionadas com perguntas do tipo: “Você diria isso caso uma amiga sua esquecesse de revisar os temas do filho?” (sobre as últimas duas conclusões), ou “Mesmo que você não tenha revisado os temas, não existe uma possibilidade de que ele tenha feito o tema sozinho?”.

### Lembretes

Alguns lembretes auxiliam o paciente a se dar conta da distorção cognitiva que ocorre em seus pensamentos automáticos e crenças, reduzindo o excesso de responsabilidade e contribuindo para a não-execução dos rituais:

- Isso é o TOC! Cuidado com o TOC!

- Riscos fazem parte da vida e não há como evitá-los, por mais que se queira!
- Ninguém fica para semente! Esses pensamentos passam pela minha cabeça porque são verdadeiros ou porque eu tenho TOC?
- Não posso ver pano que saio limpando!

### **Outras modalidades de questionamento: a torta de responsabilidade**

Lembre-se de que muitos fatores concorrem para que aconteçam doenças, acidentes e desastres, e de que executar rituais ou tentar prevenir essas ocorrências negativas através de evitações certamente não é o que vai determinar se as coisas vão acontecer ou não. O exercício a seguir, também chamado de exercício da torta ou da pizza, auxiliará você a se dar conta de que muitos fatores podem contribuir para que algo aconteça e também de que você se excede ao avaliar sua responsabilidade (Van Oppen & Arntz, 1994).

- 1) Pense em um evento que você receia que aconteça (morte, doença, contaminação, incêndio) caso você não execute seus rituais habituais (verificar, não tocar, lavar as mãos).
- 2) Considerando que um fato desses viesse a acontecer (por exemplo: seu filho foi à escola e voltou resfriado), liste, a seguir, todas as pessoas, circunstâncias ou fatores que poderiam ter contribuído para o resultado. Coloque-se por último na lista.
- 3) Divida a torta em fatias, atribuindo a cada fatia uma das contribuições listadas no item anterior. Atribua pedaços maiores a pessoas, circunstâncias ou fatores que você acredita terem maior responsabilidade pelo ocorrido.
- 4) Quando você tiver terminado, observe quanta responsabilidade é inteiramente sua e compare-a com a responsabilidade que é dos outros fatores.
- 5) Compare o percentual atribuído a você agora com o percentual usualmente atribuído antes de fazer o exercício.

### **Exercício prático com a torta da responsabilidade**

Imagine a seguinte situação: seu filho voltou do colégio com um forte resfriado e, como a febre estava muito alta e havia tosse associada, o médico indicou a baixa no hospital para investigar uma possível pneumonia. Imagina-se que os seguintes fatores ou pessoas poderiam ter contribuído para que o fato acontecesse.

- a) Está havendo uma epidemia de gripe na cidade.
- b) O filho dorme no mesmo quarto que o irmão, que já está gripado há uma semana.
- c) O filho foi para o colégio mal agasalhado e a temperatura mudou subitamente.
- d) O filho não foi vacinado contra a gripe.
- e) Você esqueceu de avisá-lo para pôr uma blusa de lã, pois tinha ouvido na TV que uma frente fria iria chegar ao estado e mudar a temperatura.

Divida o círculo em branco (a seguir) em fatias de acordo com o percentual de responsabilidade de cada fator, ou seja, atribua pedaços maiores às circunstâncias que você acredita terem maior responsabilidade em relação ao ocorrido.



Depois, calcule o percentual do que de fato seria a sua responsabilidade e compare o número com o quanto você imaginava que fosse inicialmente.



**Figura 6.** Torta da responsabilidade: fatores que podem concorrer para alguém contrair gripe.

### Corrigindo a tendência de superestimar probabilidades

Uma distorção muito comum ligada ao excesso de responsabilidade consiste em superestimar as probabilidades de que um desastre possa acontecer. Essa superavaliação aumenta a necessidade de executar rituais, particularmente repetições e verificações. Uma forma de corrigir essa distorção no cálculo de probabilidades é fazendo o seguinte exercício:

- 1) Faça uma estimativa do grau de probabilidade que você imagina para a ocorrência de um desastre caso você cometer uma falha, como deixar o ferro de passar ligado, esquecer de fechar o gás, deixar a torneira pingando, não tirar os aparelhos eletrônicos da tomada, esquecer o cigarro aceso no cinzeiro, etc.
- 2) Estabeleça a seqüência de passos necessários para que um desastre aconteça.
- 3) Calcule os riscos ou probabilidades de que cada um dos passos ocorra.
- 4) Calcule as chances cumulativas (probabilidades somadas).

### Exemplo de técnica para testar probabilidades

- 1) Quais as chances de a casa incendiar se você esquecer um cigarro aceso no cinzeiro antes de deitar? 20%?
- 2) Calcule as chances efetivas de que o incêndio ocorra e as chances cumulativas:

Passos	Chances	Chances cumulativas
1. Não apaguei o cigarro.	1/10	1/10
2. Uma pequena fagulha cai no carpete.	1/10	1/100
3. O carpete pega fogo.	1/10	1/1000
4. O carpete pega fogo e eu não percebo de imediato.	1/100	1/100.000

5. Eu percebo o fogo tão tarde que não é possível fazer mais nada. 1/100 1/10.000.000

Com base na tabela acima, poderíamos dizer que você teria que fumar 10 milhões de cigarros para ter uma chance de pôr fogo na casa (chances calculadas inicialmente: 20%; 1:5 versus 1:10 milhões (Van Oppen e Arntz, 1994).

### Recomendações

- Ao deitar, evite verificar portas e janelas mais de uma vez.
- Não verifique o gás ou o fogão.
- Não verifique se a porta da geladeira ficou bem fechada.
- Ao sair de casa, não verifique mais de uma vez se a porta da casa ficou fechada. Caso você tenha passado a chave, não faça nenhuma verificação.

### Exercícios para casa

Identifique e faça o questionamento socrático de pelo menos uma crença errônea (pode ser de risco ou de responsabilidade) em duas situações onde você é levado a realizar rituais de limpeza, verificações ou evitações.

**Situação** **A:**

---

**Pensamento automático ou crença** **1:**

---

**Situação** **B:**

---

**Pensamento automático ou crença** **2:**

---

Registre aqui os questionamentos conforme as questões da página 32 ou algumas das outras formas sugeridas na exposição.

Pensamento automático ou crença 1

---

---

---

---

---

Pensamento automático ou crença 2

---

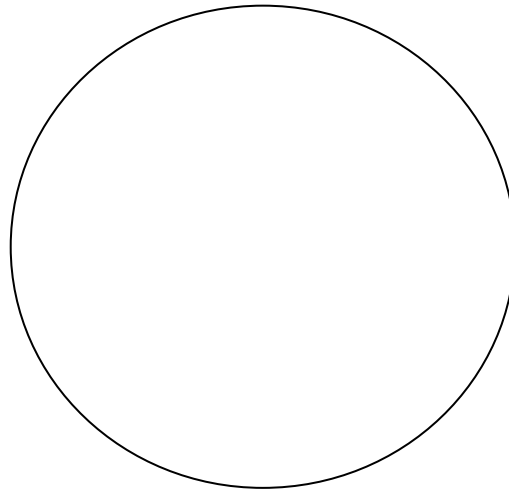
---

---

---

---

- 2) Faça uma torta de responsabilidade. Escolha uma situação de acidente (real ou imaginária) e atribua pesos, no círculo abaixo, a todos os fatores que possam ter contribuído para que ele ocorresse (incêndio ou alagamento da casa, acidente ou roubo de carro, câncer, etc.).



- 3) Tarefas de exposição e prevenção da resposta para a semana.

Antes do encerramento da sessão, o terapeuta revisa, com cada um dos participantes e perante o grupo geral, as tarefas de exposição e prevenção da resposta a serem realizadas em casa durante a semana. Ele também solicita que as tarefas sejam transcritas nas linhas a seguir.

---

---

---

---

---

### **Avaliação da sessão pelos participantes**

Para encerrar, o terapeuta solicita que cada um dos participantes avalie a sessão, destacando o que considerou mais relevante, mais útil ou importante para si.

## **SESSÃO 6 – Exagerar a importância dos pensamentos**

---

### **Agenda**

- Revisão das tarefas de casa.
- Explicação sobre crenças envolvendo o poder exagerado do pensamento e a necessidade de controlá-lo.
- Tarefas de casa: novas metas de exposição e prevenção da resposta, exercícios de correção de pensamentos disfuncionais e uso de lembretes.
- Avaliação da sessão.

### **Revisão das tarefas de casa**

Inicialmente, o terapeuta faz a revisão dos exercícios cognitivos (um de cada vez, discutindo as dificuldades encontradas). A ênfase, neste primeiro momento, é focada na identificação de pensamentos automáticos e crenças disfuncionais e nos exercícios para sua correção. Por último, o terapeuta faz a revisão dos exercícios de exposição e prevenção da resposta e, em função dos avanços, sugere os exercícios da próxima semana. Ele anuncia o tema da explicação e, se algum dos pacientes apresentar sintomas que ilustrem este domínio de crenças, poderá mencioná-los para dar um caráter real à explicação.

### **Exagerar a importância dos pensamentos**

Os portadores do TOC com frequência são atormentados pelos chamados pensamentos “ruins” ou “horribéis”, aos quais dão muita importância e pelos quais sofrem muita culpa e aflição. A simples presença desses pensamentos é interpretada como tendo um significado muito negativo (“Esses pensamentos significam que eu posso ser um molestador de crianças”, ou “... que eu posso ir para o inferno”, ou “... que eu posso empurrar meu filho da sacada”).

Descartes (1596-1650), filósofo francês, cunhou a célebre frase “Penso, logo existo”. No seu entender, o ato de pensar era a prova cabal da própria existência. O portador do TOC tem um raciocínio semelhante, pois acredita que, pelo fato de pensar, o conteúdo do seu pensamento passa a ser verdade. E, como é verdade, terá consequências em geral desastrosas, como nos exemplos mencionados. Pensa, ainda, que a mera presença de um pensamento significa que ele é importante, ou é importante porque provoca aflição, numa espécie de raciocínio cartesiano emocional.

Também se inclui nesse domínio o pensamento mágico, segundo o qual a pessoa acredita ter o poder de provocar ou impedir desfechos negativos futuros através de rituais, e a chamada fusão do pensamento e da ação, que envolve:

- 1) acreditar que pensar num evento inaceitável ou perturbador aumenta as chances de que ele venha a acontecer (pensar num acidente aumenta as chances de sua ocorrência);
- 2) pensar equivale a agir, desejar ou cometer, ou ter um pensamento inaceitável equivale moralmente a praticá-lo (Shafran et al., 1995; OCCWG, 1997).

### **Crenças envolvendo exagero da importância dos pensamentos**

- Se eu penso muito em alguma coisa, isso significa que de fato ela é importante.
- Se eu penso muito em algo, é porque isso é importante (ou é importante porque penso).
- Se eu penso que algo é ou pode ser muito perigoso, é porque de fato é.
- Se um pensamento provoca muita aflição, é porque deve ser perigoso e verdadeiro.
- Rituais mágicos e ruminatórias obsessivas podem evitar desfechos temidos.
- Pensar equivale (moralmente) a desejar, agir ou praticar (fusão do pensamento e da ação).
- Se eu penso muito em algo ruim, isso aumenta as chances de que de fato o pensamento acabe virando realidade.
- Ter um pensamento violento é o mesmo que cometer um ato violento.
- Pensar muito sobre um problema (ruminar) ajuda a prevenir desfechos temidos.
- Se eu contar até \_\_\_\_ impedirei que tal fato aconteça (pensamento mágico).

### **Exercícios**

1) Releia a lista anterior e identifique as crenças distorcidas envolvendo exagero do poder do pensamento que você tem.

**Crença** **1**

---

**Crença** **2**

---

2) Para corrigir essas crenças, faça a si mesmo as seguintes perguntas:

- Podemos controlar inteiramente nossos pensamentos? Eles necessariamente revelam aspectos do nosso caráter ou personalidade, ou podem ser sintomas de TOC?
- Posso ser responsabilizado moralmente por um pensamento, imagem, lembrança que eu não controlo nem desejo?
- O fato de eu pensar aumenta a probabilidade de que algo (bom ou ruim) aconteça?
- Imagine se tudo o que eu penso acontecesse!
- Ter um pensamento mau é tão condenável quanto praticá-lo?
- Existe a possibilidade (entre 0 e 100%) de que eu venha a fazer o que pensei?
- Sou o tipo de pessoa capaz de fazer o que me passa pela cabeça?

- O que as pessoas diriam se o que pensei viesse a acontecer?
- O que eu diria se o que imaginei acontecesse com outra pessoa?
- Estes pensamentos são possíveis ou passam pela minha cabeça porque tenho TOC?

## **Supervalorização da importância de controlar os pensamentos**

### *Conceito*

Designa a tendência dos pacientes portadores do TOC, particularmente os que têm a mente invadida por obsessões de cunho agressivo, obsceno ou blasfemo, de supervalorizar a importância do controle completo sobre pensamentos, imagens e impulsos, bem como a tendência de acreditar que isso tanto é possível como desejável. Exercer controle significa ser capaz de afastar completamente os pensamentos sempre que eles ocorrem. A tentativa de exercer um controle completo determina uma focalização da atenção nos referidos pensamentos, um aumento da vigilância e, conseqüentemente, da ocorrência dos pensamentos. Literalmente: quanto mais se pensa no demônio, mais ele aparece.

A supervalorização do controle pode assumir diferentes formas de crenças distorcidas (OCCWG, 1997):

- É importante o registro e a hipervigilância sobre os eventos mentais.
- Não controlar os pensamentos tem conseqüências morais.
- Não controlar os pensamentos tem conseqüências comportamentais e psicológicas.
- É possível ter uma eficiência total no controle dos pensamentos.

Alguns exemplos de crenças:

- Ter um pensamento obsceno, mesmo que não se queira ou não se consiga evitar, é moralmente condenável.
- Meus pensamentos obscenos ou agressivos revelam um desvio moral de minha personalidade ou caráter e, portanto, sou moralmente responsável por eles.
- Se eu não conseguir afastar um pensamento ruim, ele poderá acabar acontecendo.
- Ter pensamentos intrusivos significa que eu estou fora de controle.
- Serei uma pessoa (moralmente) melhor se eu conseguir ter um controle completo dos meus pensamentos.
- Devo estar sempre vigilante sobre o que se passa na minha mente, pois só assim poderei ter um controle total sobre meus pensamentos.

<p><b>Efeito do urso branco:</b> quanto mais eu me preocupo em afastar meus pensamentos ou quanto mais tenho medo deles, mais eles aparecem (Rachman, 1998).</p>
--

## **Técnicas para correção**

### *Questionamento socrático*

- Ter um pensamento horrível é moralmente tão condenável quanto praticá-lo?
- Podemos controlar inteiramente todos os nossos pensamentos?
- Posso ser responsabilizado moralmente por um pensamento ou imagem que não desejo nem controlo?

### *Outras técnicas*

Algumas medidas são úteis e podem auxiliar a reduzir ou eliminar definitivamente pensamentos horríveis. São estratégias para provocar exposição, prevenção da resposta e redução da vigilância sobre os pensamentos.

- Deixar os pensamentos simplesmente virem à mente e não fazer nada para afastá-los, lembrando que são apenas pensamentos do TOC e nada mais.
- Evitar qualquer manobra de neutralização, como substituir um pensamento ruim por um bom, fazer algum ritual mental (rezar, repetir frases, etc.).
- Evitar a realização de qualquer ritual destinado a anular o pensamento ruim, como se lavar, tomar banho, etc.
- Evocar intencionalmente o pensamento horrível e mantê-lo na mente por alguns minutos até a aflição diminuir. Repetir este exercício várias vezes ao longo do dia.
- Escrever uma pequena história com todos os detalhes do pensamento ou imagem horrível, exagerando seus aspectos mais chocantes. Ler a história várias vezes ao dia ou gravar e ouvi-la repetidamente até que nenhuma aflição seja sentida.
- Assistir várias vezes a filmes que contenham cenas semelhantes ou que lembrem a cena horrível.
- Diminuir a vigilância, não dando nenhuma importância ao pensamento ou imagem quando ele(a) vem à cabeça.
- Escrever várias vezes numa folha o nome ou palavra que não se pode pronunciar e, depois, ler a folha várias vezes, de preferência em voz alta e perante os demais pacientes.

### *Lembretes (para pacientes com predomínio de obsessões ou ruminação obsessiva)*

- Estes pensamentos são possíveis ou passam pela minha cabeça porque tenho TOC?
- Isso é só uma obsessão.
- Isso é apenas o TOC.
- Pensar é apenas pensar. Não é cometer ou praticar.
- Pensar não significa desejar.
- Pensar em algo ruim não é o mesmo que praticar ou cometer algo ruim.
- Pensar em algo ruim não significa que sou uma pessoa má.



- Não tenho jeito de envenenador de filho ou de homicida.
- Minha aflição ou ruminção obsessiva não vai alterar o rumo dos acontecimentos. Portanto, é inútil.
- Não é porque eu penso que as coisas acontecem ou deixam de acontecer.
- Imagina se eu tivesse todo este poder!
- Se eu pensar bastante meu grau de certeza não vai aumentar.
- Meu pensamento não é tão poderoso a ponto de provocar ou impedir que desastres aconteçam.

### Tarefas para a semana

Antes do encerramento da sessão, o terapeuta revisa, com cada um dos participantes e perante o grupo, as tarefas de exposição e prevenção da resposta a serem realizados em casa. As tarefas devem ser individualizadas e podem envolver também exercícios cognitivos de correção de crenças disfuncionais, experimentos comportamentais ou exposição a pensamentos ruins, dependendo dos sintomas que cada paciente apresenta.

- 1) Tarefas de exposição e prevenção da resposta. Liste, a seguir, os exercícios da semana.

---



---



---



---



---

- 2) Exercícios de questionamento. Liste, a seguir, alguma crença disfuncional e, ao lado, o questionamento socrático (evidências a favor ou contra, percentual do quanto acredita na crença, etc.). Revise o exercício da pág.32.

Crença	Questionamento

### Avaliação da sessão pelos participantes

Para encerrar, o terapeuta solicita que cada um dos participantes avalie a sessão, destacando o que considerou mais relevante, mais útil ou importante para si.

## **SESSÃO 7 – Necessidade de ter certeza e perfeccionismo**

---

### **Agenda**

- Revisão das tarefas de casa.
- Explicação sobre crenças envolvendo necessidade de ter certeza e perfeccionismo.
- Tarefas para casa: novas metas de exposição e prevenção da resposta, exercícios de correção de pensamentos disfuncionais.
- Avaliação da sessão.

### **Revisão das tarefas para casa**

O terapeuta faz a revisão dos exercícios de exposição e prevenção da resposta e aproveita para sugerir os exercícios da próxima semana, que serão revisados no final da sessão. Ele anuncia o tema da explicação e, se algum dos pacientes apresentar sintomas que ilustrem os domínios de crenças abordados, poderá usá-los como exemplo, ilustrando e dando um caráter mais real à explicação.

### **Necessidade de ter certeza**

É comum que os portadores de TOC tenham sua mente invadida por obsessões de dúvida, que se externalizam sob a forma de indecisão, demora na realização de tarefas, dificuldade em tomar decisões, postergações, lentidão obsessiva, repetições e busca de reassuramentos. Todos esses fenômenos estão relacionados com a necessidade de não cometer erros, o perfeccionismo e a dificuldade de tolerar críticas. Os pacientes que sofrem dessas crenças necessitam ter certeza para tomar uma decisão, o que, muitas vezes, é impossível. Três tipos de manifestação são comuns:

- pouca capacidade para lidar com mudanças que não podem ser previstas;
- busca constante de certezas, confirmações e reassuramentos;
- dificuldade de funcionar adequadamente em situações inevitavelmente ambíguas (OCCWG, 1997).

### **Crenças**

- Uma falha é sempre imperdoável, mesmo se for involuntária ou não intencional.
- Se eu não tiver certeza absoluta sobre algo, estou fadado a cometer erros.
- Não serei capaz de funcionar adequadamente em situações confusas ou ambíguas.
- Incertezas, novidades e mudanças são perigosas, porque eu não sei se serei capaz de lidar com elas!
- Tendo certeza absoluta das coisas, as desgraças não acontecem.
- Sou incapaz de tolerar a incerteza.

- Se eu ficar ruminando meus medos, evitarei desgraças, pois acabarei tendo certeza de que elas não irão acontecer.

### **Perfeccionismo**

Perfeccionismo é a tendência de acreditar que existe uma solução perfeita para cada problema e que fazer alguma coisa perfeita (isto é, livre de erros) não só é possível como necessário, já que mesmo erros pequenos têm conseqüências sérias. As metas exigidas são elevadas e, muitas vezes, inatingíveis (Frost et al., 1990; Frost & Steketee, 1997; OCCWG, 1997, Rhéaume et al.1995).

### **Crenças**

- Se eu me esforçar bastante, meu trabalho sairá perfeito.
- Por mais que eu me esforce, nunca será o suficiente.
- É possível fazer escolhas e achar soluções perfeitas.
- Se eu ficar pensando bastante tempo, poderei tomar uma decisão melhor e não cometerei erros.
- Falhar em parte é o mesmo que falhar totalmente.
- Se minha casa não estiver totalmente limpa e arrumada, as pessoas vão achar que sou desleixada.
- Se as minhas coisas não estiverem bem arrumadas, as pessoas vão gostar menos de mim.
- Se uma vez eu cometer um erro, nunca mais poderei confiar em mim.

### **Corrigindo o perfeccionismo e a necessidade de ter certeza**

Se algum paciente apresentar as crenças mencionadas, o terapeuta utilizará um ou mais dos recursos descritos a seguir. É importante lembrar que estes exercícios podem ser de grande utilidade para alguns pacientes e não ter sentido ou não fazer nenhum efeito para outros (que não apresentam essas crenças distorcidas).

### **Questionamento socrático**

- É possível ser perfeito e sempre ter certeza?
- Tendo certeza, a gente sempre faz as escolhas certas e acha soluções perfeitas?
- Você condena alguém que comete imperfeições?
- Cometer erros é muito ruim?
- Uma falha é sempre imperdoável, mesmo se for involuntária ou não intencional?
- Uma falha sempre representa um fracasso?
- Se algo de ruim acontecer, a razão disso é porque eu falhei? O mal poderia ter sido evitado?
- Fracassar em prevenir (ou deixar de tentar prevenir) o dano aos outros é o mesmo que praticá-lo?

- Falhar em parte é o mesmo que falhar totalmente?

### **Como lidar com rumações**

Rumações obsessivas são muito comuns em pacientes perfeccionistas que não admitem falhar ou que necessitam ter certeza para não cometer erros. Na maioria das vezes, as rumações são inúteis, pois não aumentam o grau de certeza e, por outro lado, geram mais aflição. As medidas seguintes podem ajudar:

- Identificar o momento em que se está ruminando.
- Questionar se a atividade ruminativa pode levar a algum grau maior de certeza ou se serve apenas para aumentar a aflição, pois não trará nenhuma informação ou fato novo que auxilie no esclarecimento da dúvida.
- Interromper a rumação com “Pare com isso!” sempre que se surpreender ruminando.
- Lembrar que é necessário aprender a conviver com questões não-resolvidas e que, em muitas situações, é impossível chegar a um grau elevado de certeza.

### **Exposição e prevenção da resposta para perfeccionistas**

- Abster-se de repetir tarefas ou trabalhos com o objetivo de que saiam perfeitos.
- Abster-se de repetir perguntas para ter certeza absoluta ou eliminar qualquer dúvida.
- Abster-se de fazer verificações, mesmo as dissimuladas (dar uma olhada em vez de tocar).
- Tomar uma decisão mesmo não tendo certeza.
- Evitar protelações como forma de evitar o risco de cometer erros, imaginando que se fizer depois fará melhor.
- Marcar um prazo para terminar uma tarefa.
- Marcar o tempo que se deve levar para uma determinada tarefa, tentando diminuí-lo (por exemplo, tempo do banho).
- Tomar decisões sem ter certeza e correr o risco de entregar trabalhos com falhas, sujeitando-se a ouvir críticas.
- Não verificar se as coisas ficaram bem arrumadas.
- Não medir os lados da colcha, toalhas, laços do cadarço do sapato, para ver se estão simétricos.
- Quando fizer um pacote, não medir os laços da fita para que tenham exatamente o mesmo tamanho.
- Não alinhar os papéis e objetos de forma minuciosa em cima da mesa e de uma forma inteiramente peculiar.
- Não repetir uma determinada atividade sempre na mesma seqüência (por exemplo: ao chegar em casa, passar sempre pelo mesmo lugar, revisar as peças da casa na mesma ordem).

- Não repetir nenhum trabalho ou atividade contando o número de vezes para que sejam simétricas.

### **Testes comportamentais**

Faça alguns dos seguintes exercícios e, posteriormente, avalie se as conseqüências coincidiram e se são tão catastróficas quanto você imaginava:

- Tente efetuar um depósito num banco digitando o número de sua conta de forma errada, para ver o que acontece.
- Deposite uma pequena quantia de dinheiro numa conta errada e tente ver se é possível reaver o dinheiro (para constatar que, mesmo quando se erra, existe uma solução).
- Tome uma decisão (por exemplo, comprar uma roupa, um eletrodoméstico) sem ter certeza de que está pagando o melhor preço. Depois, descubra se poderia ter feito um negócio melhor ou não e observe como você se sente.
- Revise o texto de uma carta que está escrevendo somente uma vez . Entregue seu trabalho escolar depois de uma boa revisão, sem revisá-lo novamente.

### **Lembretes**

- Ruminação obsessiva, dúvidas: Pare de pensar!
- Verificadores, lavadores, rituais mentais: Pare com isso!
- Ruminação obsessiva, dúvidas: Isso é o TOC!
- Por mais que eu queira, jamais vou conseguir ser perfeito!
- Minha aflição ou minha ruminação obsessiva não vai influenciar o rumo dos acontecimentos! Portanto, elas são inúteis!
- Não sou perfeito!
- Não tenho que...!
- Se eu pensar bastante, não vai aumentar meu grau de certeza!

### **Tarefas da semana**

Antes do encerramento, o terapeuta revisa, com cada um dos participantes e perante o grupo, as tarefas de exposição e prevenção da resposta e exercícios cognitivos para serem realizados em casa. Além disso, solicita que os pacientes transcrevam os exercícios para as linhas a seguir.

1) Tarefas de exposição e prevenção da resposta:

---

---

---

---

---

2) Exercícios cognitivos:

---

---

---

---

---

3) Na próxima sessão, você deverá trazer um familiar.

**Avaliação da sessão pelos participantes**

Para encerrar, o terapeuta solicita que cada um dos participantes avalie a sessão, destacando o que considerou mais relevante, mais útil ou importante para si. O terapeuta também solicita aos pacientes que sugiram temas para revisão nas três próximas sessões.

## **SESSÃO 8 – O TOC e a família**

---

### **Agenda**

- Apresentação dos pacientes e familiares.
- Explicação dos objetivos da sessão e da agenda.
- Explicação sobre alguns aspectos do TOC para os familiares dos pacientes: métodos de tratamento, TCC em grupo. Discussão sobre o impacto do TOC nas rotinas e relações familiares, interferência no trabalho e na produtividade.
- Depoimento dos familiares sobre os sintomas do paciente e seu impacto na vida da família.
- Discussão com pacientes e familiares sobre como lidar com o TOC.
- Tarefas de casa: revisão e continuação das tarefas anteriores.
- Avaliação da sessão.

### **Explicação dos objetivos da sessão e da agenda e apresentação dos participantes**

O terapeuta dá início à sessão agradecendo pelo comparecimento dos familiares, expondo as finalidades e a agenda da sessão: esclarecer aspectos sobre o TOC numa breve revisão dos conceitos já expostos na primeira sessão (sintomas, métodos de tratamento, TCC em grupo, impacto do TOC na vida da família, como se dá a eliminação dos sintomas através das tarefas de exposição e prevenção da resposta, o fenômeno da habituação, a correção de crenças disfuncionais). A seguir, é estabelecida uma discussão com os familiares sobre o impacto do TOC na vida da família e sobre as formas de colaborar com o tratamento.

### **O impacto do TOC na família e nas relações interpessoais**

A maioria das famílias se envolve de alguma forma nos rituais e na evitação ou muda suas rotinas para se acomodar aos sintomas do paciente (por exemplo, submeter-se aos rituais de descontaminação, evitar contato físico, evitar lugares, aguardar). As pesquisas demonstram que a maioria das esposas de pacientes com TOC (88,2%) acaba se acomodando aos sintomas dos maridos, e que mais de 80% das famílias se adaptam aos rituais ou mudam seu comportamento. Em geral, todos os membros da família sofrem com o transtorno, pois os sintomas criam desarmonia, raiva, exigências irritadas no sentido de participar ou não perturbar os rituais, dependência, restrição do acesso a salas, quartos, dificuldade para sair de casa, atrasos, interferência no lazer e nas rotinas domésticas.

O TOC pode ter um efeito devastador sobre as famílias. A vida social pode ficar comprometida em >80% dos casos;

- 75% referem perdas nas relações interpessoais e conflitos conjugais;
- 65% referem dificuldades financeiras;
- 40% dos pais se preocupam com o que será do paciente depois que “eles se forem”.

## **Papéis da família**

Se, por um lado, o paciente, muitas vezes induz a família a alterar seus hábitos (mesmo sem percebê-lo), por outro lado, conflitos familiares podem agravar os sintomas. É comum que os sintomas sejam mais intensos em casa e diminuam de intensidade em outros lugares ou ambientes, como durante viagens, por exemplo.

Eventualmente, a família, por aflição ou desconhecimento, pode estimular ou reforçar a prática de rituais ou comportamentos evitativos, segregando o paciente, estigmatizando-o, reagindo de forma agressiva diante de suas exigências e interferências nas rotinas, ou, então, submetendo-se aos rituais e reprimindo a raiva.

Contudo, a família também pode ter uma atitude compreensiva e colaborativa, buscando informações para conhecer melhor o TOC, auxiliando o paciente nas tarefas da terapia, como a elaboração da lista de sintomas (os familiares muitas vezes identificam melhor os sintomas do que o próprio paciente), e oferecendo apoio e estímulo nas tarefas de casa, especialmente quando os sintomas são graves. Para que os familiares saibam como agir, eles precisam ter uma noção sobre TCC, o sentido das tarefas de casa e como se dá a eliminação dos sintomas.

Quando há um portador de TOC em uma família, especialmente se o caso for acompanhado de tiques, é comum que existam outros familiares comprometidos. É interessante que o terapeuta faça uma pergunta nesse sentido e, eventualmente, sugira a avaliação de familiares com indícios de serem portadores do transtorno.

## **Depoimento dos familiares**

Após a explanação, o terapeuta põe a palavra à disposição dos familiares dos pacientes, para que façam seus depoimentos sobre os sintomas do TOC e sua interferência ou não nas rotinas da família, e sobre como a família se acomodou a eles ou não. A troca de idéias e sugestões é estimulada. Depois de ouvi-los, o terapeuta passa a palavra aos pacientes, que falarão sobre os tipos de interação, conflitos, arranjos ou acomodações que acabaram se estabelecendo em função do TOC.

Depois dos depoimentos, o terapeuta recorda a forma de atuação da terapia (exposição, prevenção da resposta, correção de crenças disfuncionais) e, com base nesse entendimento, discute com os participantes as atitudes que podem auxiliar o paciente a superar o transtorno.

## **Tarefas para casa**

Nesta sessão, as tarefas individuais da semana passada não são revisadas, pois o tempo disponível em geral é insuficiente. O terapeuta solicita aos participantes que prossigam em seus exercícios de exposição e prevenção da resposta e de identificação de pensamentos e crenças disfuncionais, pedindo que anotem no manual as dificuldades encontradas para discussão na próxima sessão.

## **Avaliação da sessão pelos participantes**

Para encerrar, o terapeuta solicita que cada um dos participantes avalie a sessão e destaque o que considerou mais relevante ou proveitoso para si e para seu paciente/familiar.



## **SESSÃO 9 – Continuando o tratamento**

---

### **Agenda**

- Revisão de tópicos abordados em sessões anteriores e das tarefas de casa.
- Treino e utilização de escalas de automonitoramento.
- Reforço da prática de estratégias de exposição, prevenção da resposta e exercícios cognitivos.
- Exercícios para casa,
- Avaliação da sessão.

### **Revisão das tarefas de casa**

O terapeuta faz a revisão dos exercícios de exposição e prevenção da resposta e dos exercícios cognitivos individuais perante o grupo. Durante a revisão, aproveita para fazer o questionamento socrático, sugerir experimentos comportamentais e lembretes e outros exercícios cognitivos. Em função dos avanços de cada um, sugere preliminarmente os exercícios da próxima semana, que serão revisados ao final da sessão. Caso os pacientes tenham solicitado a revisão de certos temas, o terapeuta poderá proceder a uma breve explanação. Se não houver solicitações, o terapeuta passará a revisar as tarefas e os exercícios em subgrupos. Para esse tipo de atividade, é interessante contar com o auxílio de co-terapeutas.

### **Revisão de tópicos abordados em sessões anteriores**

Caso os pacientes tenham solicitado a revisão de alguns temas, o terapeuta faz a explanação, utilizando, sempre que possível, exemplos do próprio grupo. O debate e a participação de todos são estimulados.

### **Exercícios para reforço das tarefas de exposição e prevenção da resposta e dos exercícios cognitivos**

Caso nenhuma revisão tenha sido solicitada, a sessão pode ser inteiramente prática, centrada na discussão das listas individuais, tarefas de exposição e prevenção da resposta e exercícios cognitivos. Pode-se fazer essa atividade com os pacientes divididos em subgrupos.

### **Automonitoramento**

O terapeuta reserva aproximadamente 20 minutos da sessão para o treino relativo ao preenchimento das planilhas de automonitoramento (página 58). O instrumento é composto por quatro escalas semanais, com escores diários, que devem ser preenchidas ao final de cada dia pelo próprio paciente, marcando com um ponto ou um "x" a altura correspondente ao escore. Ao unir os pontos com linhas, será possível visualizar o curso dos sintomas, do bem-estar, o tempo despendido nos exercícios, e monitorar os possíveis avanços, retrocessos ou a estabilidade dos sintomas. O automonitoramento permite, ainda, visualizar

eventuais recaídas, possibilitando a sua correlação com eventos externos estressores ou situações ativadoras. As planilhas são um instrumento útil para a prevenção de lapsos ou recaídas, tema da sessão seguinte.

O terapeuta explica cada uma das quatro escalas que compõem o instrumento e solicita que cada paciente preencha as colunas referentes ao dia anterior. Solicita, ainda, que cada um comente suas notas.

### **Tarefas para casa**

Os pacientes deverão anotar seus exercícios nas linhas a seguir.

1) Tarefas de exposição e prevenção da resposta:

---

---

---

---

---

2) Exercícios cognitivos:

---

---

---

---

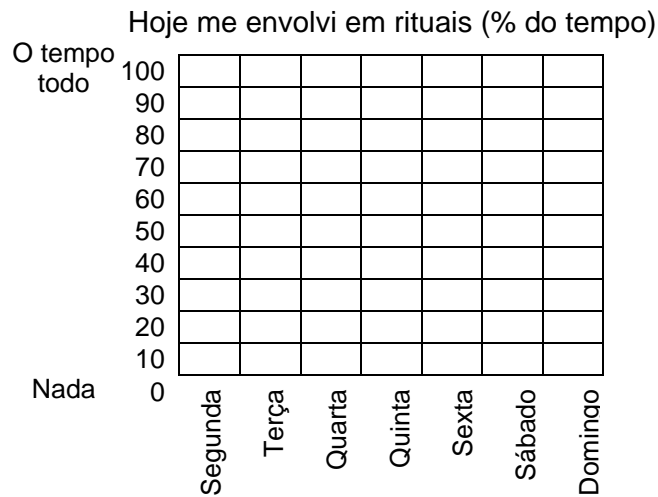
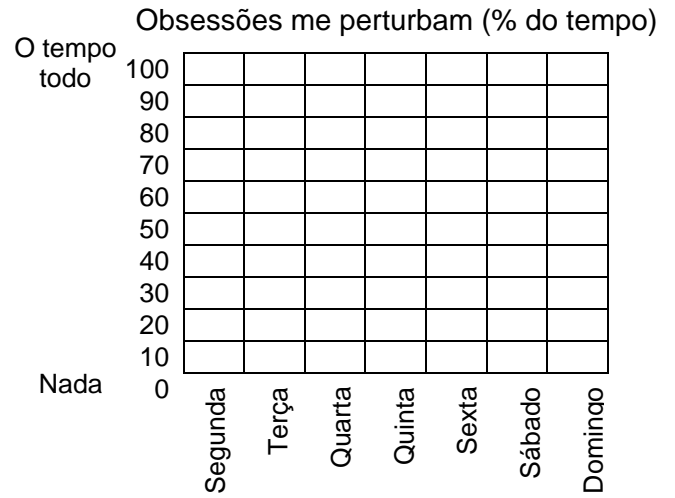
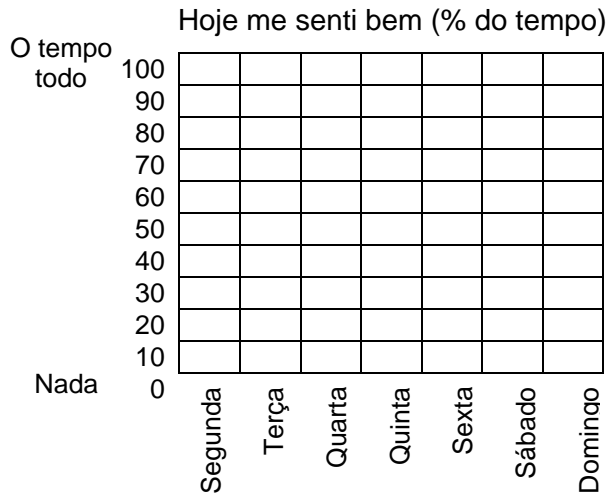
---

### **Avaliação da sessão pelos participantes**

Para encerrar, o terapeuta solicita que cada um dos participantes avalie a sessão, destacando o que considerou mais relevante, útil ou importante para si.

## Planilhas de automonitoramento

Nome: \_\_\_\_\_ Semana: \_\_\_\_\_ a



**Anotar razões ou situações associadas à mudança nos sintomas:**

---

---

---

---

## **SESSÃO 10 – Prevenção de recaídas e reforços**

---

### **Agenda**

- Revisão das tarefas de casa e das escalas de automonitoramento.
- Reforço das estratégias de exposição, prevenção da resposta e exercícios cognitivos.
- Explicação: revisão de tópicos de interesse do grupo relativos ao TOC.
- Prevenção de recaídas.
- Exercícios para casa.
- Avaliação da sessão.

### **Revisão das tarefas de casa**

Inicialmente, é feita a revisão dos exercícios de exposição e prevenção da resposta e dos exercícios cognitivos individuais perante o grupo. Cada paciente mostra para o grupo sua planilha de automonitoramento e comenta os escores atribuídos, justificando-os e explicando eventuais picos ou quedas.

### **Reforço das estratégias de exposição, prevenção da resposta e dos exercícios cognitivos**

Na medida em que os pacientes relatam seus exercícios, o terapeuta comenta os resultados, faz questionamentos, sugere estratégias cognitivas, exercícios comportamentais e lembretes, estimulando a interação com os demais membros para ouvir sugestões.

### **Revisão de tópicos do TOC (opcional)**

Alguns tópicos do TOC podem ser revistos com base nas sugestões da sessão 8, ilustrando as explicações, sempre que possível, com exemplos do próprio grupo e procurando estimular o debate e a participação de todos. O terapeuta encerra a explicação abordando o tema prevenção de recaídas.

### **PREVENÇÃO DE RECAÍDAS**

Mesmo depois de o paciente ter praticamente eliminado todos os sintomas, são comuns episódios isolados, de curta duração, de realização de rituais ou evitações – os chamados lapsos, que ocorrem por distração, descuido ou mesmo falha nas estratégias de autocontrole. Os lapsos podem ser interpretados pelo paciente como recaídas ou como o fracasso de todo o tratamento, eventualmente provocando descrença quanto à capacidade de, um dia, eliminar por completo os sintomas. Mas é justamente em função dessa descrença que o paciente pode dar espaço a uma recaída. Pequenos lapsos são comuns, particularmente na fase da mudança, quando os rituais constituem verdadeiros hábitos. No entanto, é importante que o paciente conheça algumas estratégias de prevenção de recaídas.

### **Estratégias de prevenção de recaídas**

1. Identificar as situações internas (psicológicas) ou externas (ambiente, objetos) de risco (gatilhos) para a realização de rituais, para a ocorrência de obsessões ou

comportamentos evitativos: hora de deitar ou de sair de casa para os verificadores, hora de chegar em casa para os que têm obsessões por contaminação.

2. Preparar com antecedência estratégias de enfrentamento, a fim de lidar adequadamente com as situações de risco e evitar as recaídas:
  - Vigilância: estar atento para o autocontrole e não executar de forma automática os rituais aos quais estava habituado. Para livrar-se do TOC é necessária uma vigilância constante, especialmente nas situações de risco (gatilho).
  - Planejar com a antecedência como irá se comportar no enfrentamento das situações de risco, tendo em vista o que deve fazer em termos de exposição e prevenção da resposta: por quanto tempo, onde, de que forma: “Vou sentar na cama com a roupa da rua quando chegar em casa durante 15 minutos”
  - Distração: nas situações de risco, procurar se entreter com outros pensamentos ou atividades práticas, como forma de reduzir a aflição e o impulso a ritualizar; evitar a focalização da atenção no conteúdo da obsessão e a hipervigilância, procurando distrair-se e não pensar.
  - Conversar consigo mesmo, dando ordens: “Você tem condições de se controlar”, “Não vá verificar se a torneira ficou bem fechada”, “Esqueça a torneira” etc.
  - Uso de lembretes: “A aflição não dura para sempre”, “Isso é o TOC”, ou “Cuidado com o TOC”.
3. Identificar pensamentos automáticos ativados nas situações de risco e questionar sua validade. A aflição que os acompanha pode provocar lapsos (rituais ou evitações eventuais). Exemplo: “Se eu não ler de novo este trabalho, erros podem escapar”; questionamento: “Se escapar um erro, o que de pior pode acontecer?” (descatastrofização).
4. Prevenção das conseqüências de ter cometido um lapso. Um lapso pode ativar as crenças de fraqueza, de ser incapaz de autocontrole (tudo ou nada), de o tratamento ter fracassado, sempre acompanhadas de sentimento de culpa, diminuição da auto-estima, depressão e vontade de desistir. Lembre que lapso não é recaída!
5. Fazer revisões periódicas da lista de sintomas com seu terapeuta. Caso tenham ocorrido lapsos, revise-os: o que provocou o lapso, pensamentos automáticos/crenças e suas conseqüências, técnicas de correção de disfunções cognitivas, etc.
6. Se estiver utilizando medicamentos, suspenda-os somente se seu médico concordar.
7. Participar das associações de portadores de TOC e procurar manter-se sempre atualizado sobre eventuais conhecimentos novos.

### **Tarefas para casa**

- 1) Identificação de situações ativadoras de rituais, de obsessões ou de evitações (gatilhos). Liste a seguir as principais situações, objetos ou pessoas que ativam seus sintomas:

---

---

---

---

---

- 2) Liste alguns lembretes que podem ajudá-lo:

---

---

---

---

---

- 3) Preencha as planilhas de automonitoramento.

- 4) Liste a seguir as tarefas de exposição e prevenção da resposta da semana.

---

---

---

---

---

---

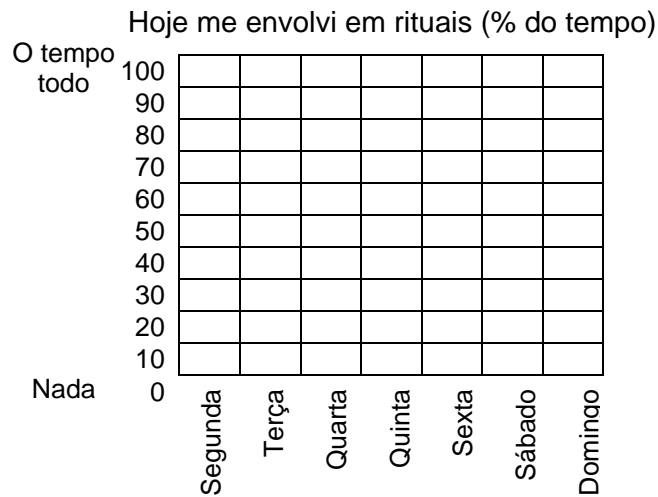
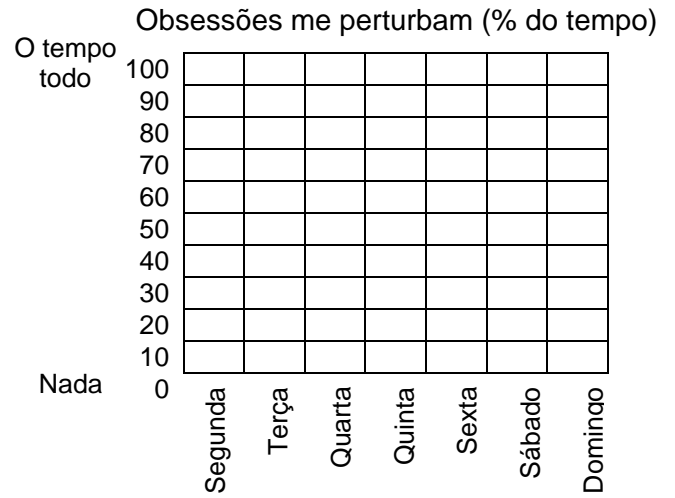
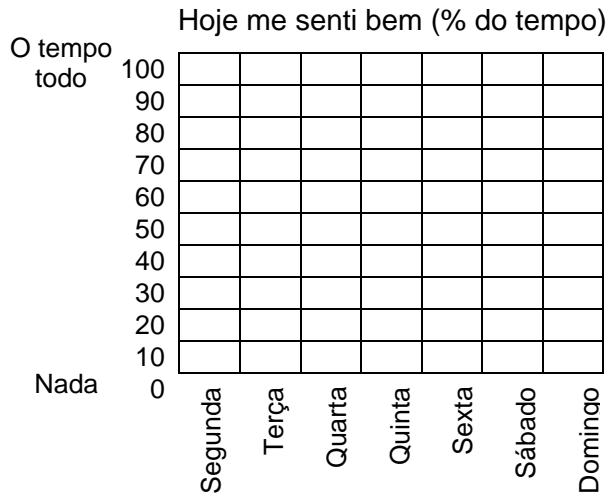
---

### **Avaliação da sessão pelos participantes**

Para encerrar, o terapeuta solicita que cada um dos participantes avalie a sessão, destacando o que considerou de mais relevante, útil ou importante para si.

## Planilhas de automonitoramento

Nome: \_\_\_\_\_ Semana: \_\_\_\_\_ a



**Anotar razões ou situações associadas à mudança nos sintomas:**

---

---

---

---

## **SESSÃO 11 – Sessão de reforço**

---

### **Agenda**

- Revisão das tarefas de casa e das escalas de automonitoramento.
- Reforço das estratégias de exposição e prevenção da resposta e dos exercícios cognitivos.
- Explicação: revisão de tópicos de interesse do grupo, relacionados com o TOC.
- Prevenção de recaídas.
- Exercícios para casa.
- Avaliação da sessão.

### **Revisão das tarefas de casa**

Os pacientes relatam perante o grupo os exercícios de exposição e prevenção da resposta que realizaram durante a semana; mostram as planilhas de automonitoramento, a lista de situações gatilho e os lembretes. Cada paciente comenta os escores que atribuiu, justificando-os e explicando eventuais picos ou quedas. O terapeuta estimula um esforço final, no sentido de superar os últimos obstáculos e conquistar o que ainda falta para o domínio completo dos sintomas, e a troca de experiências e incentivos entre os participantes. A partir da observação, incentiva que todos tentem reduzir ao máximo os escores dos sintomas na última semana de tratamento.

A partir da lista de situações gatilho, o terapeuta sugere estratégias específicas e individuais para combater eventuais lapsos ou recaídas: vigilância, preparar estratégias com antecedência, decidir antes como se comportar, etc.

### **Reforço das estratégias de exposição e prevenção da resposta e dos exercícios cognitivos**

Na medida em que os pacientes relatam seus exercícios, o terapeuta comenta os resultados, faz questionamentos, utiliza técnicas cognitivas, sugere experimentos comportamentais e lembretes, estimulando a interação com os demais membros para darem sugestões.

### **Revisão de tópicos do TOC (opcional)**

Alguns tópicos do TOC (crenças disfuncionais, técnicas comportamentais, modelo cognitivo, questionamento socrático, etc.) podem ser revistos com base nas sugestões da sessão 8, ilustrando as explicações, sempre que possível, com exemplos do próprio grupo e procurando estimular o debate e a participação de todos. O terapeuta encerra a explicação abordando o tema prevenção de recaídas.

### **Prevenção de recaídas**

Revisar novamente os conceitos da pág. 58.



### **Tarefas para casa**

- 1) Identificação de situações ativadoras de rituais, obsessões, evitações (gatilhos).  
Liste novamente, no espaço a seguir, situações, objetos ou pessoas que ativam seus sintomas.

---

---

---

---

---

- 2) Liste alguns lembretes que podem ajudá-lo.

---

---

---

---

---

- 3) Preencha as planilhas de automonitoramento.

- 4) Tarefas de exposição e prevenção da resposta para a semana:

---

---

---

---

---

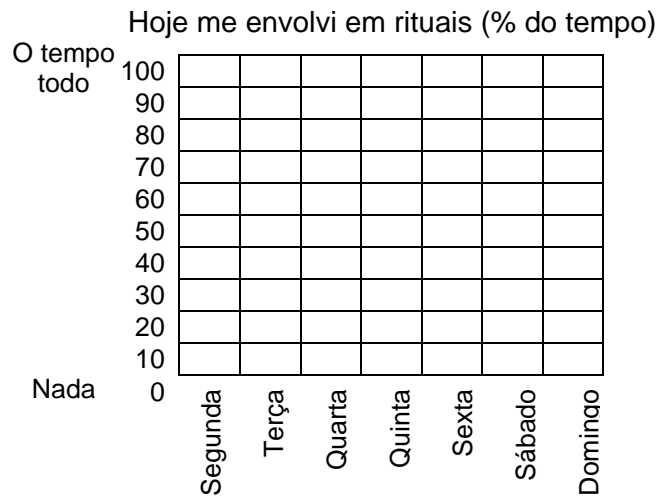
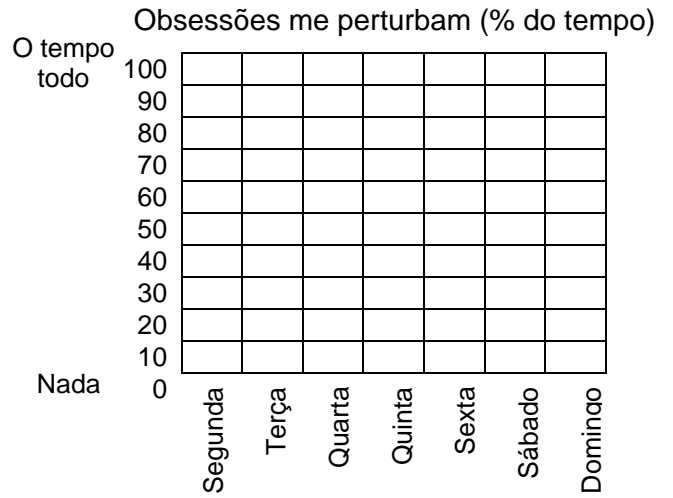
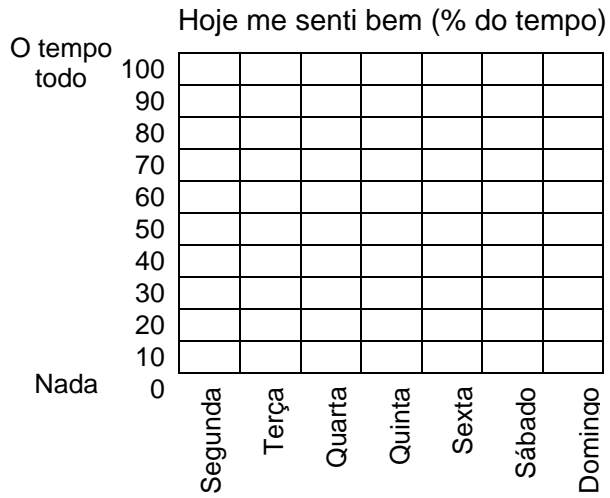
- 5) Lembre que a próxima sessão é a de encerramento, cujo tema principal será a avaliação do tratamento. Para isso, é de extrema importância o comparecimento de todos.

### **Avaliação da sessão pelos participantes**

Para encerrar, o terapeuta solicita que cada um dos participantes avalie a sessão, destacando o que considerou mais relevante, útil ou importante para si.

## Planilhas de automonitoramento

Nome: \_\_\_\_\_ Semana: \_\_\_\_\_ a



**Anotar razões ou situações associadas à mudança nos sintomas:**

---

---

---

---

## **SESSÃO 12 – Sessão final: avaliação da terapia**

---

### **Agenda**

- Avaliação da terapia pelos participantes, críticas e sugestões.
- Revisão das tarefas de casa e estabelecimento de metas individuais de longo prazo; sugestão de tarefas de prevenção de recaídas.
- Recursos da comunidade: ASTOC, associações de portadores e ex-pacientes, leituras adicionais, sites na Internet.
- Combinação dos encontros futuros de revisão.

### **Avaliação da terapia pelos participantes**

O terapeuta prepara, com antecedência, um pequeno questionário sobre a TCC em grupo e solicita o seu preenchimento pelos participantes. Em seguida, as respostas são discutidas com todo o grupo. De maneira mais informal, o terapeuta pode solicitar que cada participante dê seu depoimento, comentando o aproveitamento, os conhecimentos adquiridos, a redução obtida (ou não) nos sintomas, a melhora da qualidade de vida, a participação da família, o que mais gostou no grupo e o que não gostou, os exercícios que considerou de maior utilidade (exposição, prevenção da resposta, cognitivos) e os que se revelaram sem utilidade, o ambiente grupal, etc. Solicita, ainda, sugestões dos participantes para melhorar a técnica.

### **Revisão das tarefas de casa e estabelecimento de metas individuais de longo prazo, sugestão de tarefas de prevenção de recaídas**

À medida que cada paciente vai fazendo sua avaliação do grupo, o terapeuta solicita que mostre as escalas de automonitoramento, relembre as situações gatilho e as estratégias de prevenção de recaídas, aproveitando para destacar os pontos nos quais o paciente deve concentrar seus esforços e se manter vigilante. O terapeuta faz sua própria avaliação do aproveitamento de cada paciente, salientando em especial os progressos alcançados e dando sugestões individualizadas sobre a eventual necessidade de continuar o tratamento, o uso de medicação associada, prevenção de recaídas, etc.

### **Recursos da comunidade, manutenção do tratamento, encontros futuros de revisão**

Finalmente são lembrados os recursos da comunidade para o tratamento do TOC e combinados os encontros futuros de revisão, planejados ou não em função dos recursos da instituição. O terapeuta faz sua avaliação final do grupo como um todo, agradece pela assiduidade, pontualidade, dedicação, avaliações e sugestões, e encerra a sessão e a terapia.

## Bibliografia

---

- Baer L. Getting control - overcoming your obsessions and compulsions. New York: Plume, 2000.
- Beck AT. Cognitive therapy and emotional disorders. New York: International University Press, 1976.
- Beck AT, Emery G, Grenberg RL. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: Basic Books, 1985.
- Cordioli AV, Braga DT, Margis R, de Souza MB, Kapczinski F. Crenças disfuncionais e o modelo cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista de Psiquiatria Clínica* 2001; 28:197-206.
- Cordioli AV. *Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo* – Manual da terapia cognitivo-comportamental para pacientes e terapeutas. Porto Alegre: Editora Artmed, 2004.
- Falls-Stewart W, Marks AP, Schafer BA. A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181:189-93.
- Freeston MH, Ladouceur R, Gagnon F, Thibodeau N, Rhéaume J, Letarte H, Bujold A. Cognitive-behavioral treatment of obsessive-thoughts: a controlled study. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65:405-13.
- Freeston MH, Rhéaume J, Ladouceur R. Correcting faulty appraisal of obsessional thoughts. *Behav Res Ther* 1996;34:433-46.
- Frost RO, Marten P, Lahart C, Rosenblate R. The dimensions of perfectionism. *Cognit Ther Res* 1990;14:449-68.
- Frost RO, Steketee G. Perfectionism in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1997;35(4):291-6.
- Hogdson R, Rachman S. The effects of contamination and washing in obsessional patients. *Behav Res Ther* 1972;10:111-7.
- Ladouceur R, Léger E, Rhéaume J, Dubé D. Correction of inflated responsibility in the treatment of inflated responsibility disorder. *Behav Res Ther* 1996;34(6):767-74.
- Lavy E, Van Den Hout M. Thought suppression induces intrusion. *Behav Psychother* 1990;18:251-8.
- Lopatka C, Rachman S. Perceived responsibility and compulsive checking: an experimental analysis. *Behav Res Ther* 1995;33(6):673-84.
- Marks IM, Hodgson R, Rachman S. Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in-vivo exposure - a two year follow-up and issues in treatment. *Brit J Psychiatry* 1975;127:349-64.
- Mowrer OH. A stimulus-response theory of anxiety. *Psychological Review* 1939;46:553-66.
- OCCWG - Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1997;9:667-81.
- Rachman S. A cognitive theory of obsessions. *Behav Res Ther* 1998;36:385-401.

- Rachman S. A cognitive theory of obsessions. *Behav Res Ther* 1997;35(9):793-802.
- Rachman SJ, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behav Res Ther* 1978; 16:233-48.
- Rachman SJ, de Silva P, Röper G. The spontaneous decay of compulsive urges. *Behav Res Ther* 1976;14:445-53.
- Rhéaume J, Freeston MH, Dugas M, Letarte H, Ladouceur R. Perfeccionism, responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Cognit Ther Res* 1995;33:785-94.
- Röper G, Rachman S, Hogdson R. An experiment on obsessional checking. *Behav Res Ther* 1973;11:271-7.
- Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: a cognitive behavioural analysis. *Behav Res Ther* 1985;23:311-3.
- Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Ther* 1989;27(6):677-82.
- Salkovskis PM. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1999;37:29-52.
- Salkovskis PM, Forrester E, Richards C. Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *Brit J Psychiatry* 1998;173(suppl.35):53-63.
- Shafran R, Thordarson D, Rachman S. Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder. *J Anx Disord* 1995;10:379-92.
- Steketee G. *Overcoming obsessive-compulsive disorder*. Oakland: New Harbinger Pub., 1999.
- Van Oppen P, Arntz A. Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1994;33(1):79-87.
- Van Noppen B, Pato M, Marsland R, Rasmussen SA. A time-limited behavioral group for treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Psychother Pract Res* 1998;7:272-80.
- Van Noppen B, Steketee G, McCorkle MA, Pato M. Group and multifamily behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: a pilot study. *J Anxiety Disorders* 1997;11:431-46.
- Torres AR. *Medos, dúvidas e manias*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.




## **Anexo 2 - Lista Yale-Brown de Obsessões e Compulsões (Y-BOCS checklist)**

Assinale com um X os sintomas que você apresentou no passado ou apresenta no presente. Sublinhe aqueles que você considera de fato sintomas do TOC. Os itens assinalados com \* podem não ser sintomas do TOC.

### **Obsessões**

#### *A. Obsessões de conteúdo agressivo*

Passado    Presente

- |     |     |   |
|-----|-----|---|
| ___ | ___ | Medo de poder se ferir  |
| ___ | ___ | Medo de poder ferir os outros   |
| ___ | ___ | Imagens violentas ou horríveis  |
| ___ | ___ | Medo de falar obscenidades ou insultar outras pessoas                             |
| ___ | ___ | Medo de fazer coisas que causem embaraço*   |
| ___ | ___ | Medo de por em prática impulsos indesejáveis (por exemplo, ferir amigos)          |
| ___ | ___ | Medo de roubar coisas   |
| ___ | ___ | Medo de ferir outros por não ter sido suficientemente cuidadoso                   |
| ___ | ___ | Medo de ser responsabilizado por algum acontecimento terrível (incêndio, assalto) |

Outro:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### *B. Obsessões com contaminação*

Passado    Presente

- |     |     |  |
|-----|-----|--|
| ___ | ___ | Preocupação ou aversão a resíduos ou secreções corporais (urina, fezes, saliva)          |
| ___ | ___ | Preocupação com sujeira ou germes  |
| ___ | ___ | Preocupação excessiva com contaminantes ambientais (radiação, asbesto, lixo tóxico)      |
| ___ | ___ | Preocupação excessiva com itens de limpeza do lar (detergentes, solventes)               |
| ___ | ___ | Preocupação excessiva com animais (insetos)  |
| ___ | ___ | Preocupação de que possa ficar doente por causa do contato com substâncias ou resíduos   |
| ___ | ___ | Preocupação de que outros possam ficar doentes em razão de disseminação de contaminantes |



\_\_\_ \_\_\_ Nenhuma outra preocupação com contaminantes além de como irá se sentir

\_\_\_ \_\_\_ Desconforto com substâncias viscosas ou resíduos

Outro:

\_\_\_\_\_

\_\_\_

### C. Obsessões com conteúdo sexual

Passado Presente

\_\_\_ \_\_\_ Pensamentos, imagens ou impulsos sexuais perversos ou proibidos

\_\_\_ \_\_\_ Pensamentos, imagens ou impulsos sexuais envolvendo crianças ou incesto

\_\_\_ \_\_\_ Envolvendo homossexualidade\*

\_\_\_ \_\_\_ Comportamento sexual em relação a outros (agressivo)\*

Outro:

\_\_\_\_\_

\_\_\_

### D. Obsessões de armazenagem/poupança

Colecionar, guardar objetos inúteis (diferente de *hobbies* ou de preocupação com objetos de valor sentimental ou monetário). Descrever:

\_\_\_\_\_

\_\_\_

### E. Obsessões religiosas: (escrupulosidade)

Passado Presente

\_\_\_ \_\_\_ Preocupação excessiva com blasfêmias ou sacrilégios

\_\_\_ \_\_\_ Excesso de preocupação com certo/errado, ou moralidade

Outro:

\_\_\_\_\_

\_\_\_

### F. Obsessões de simetria, exatidão ou alinhamento

Passado Presente

\_\_\_ \_\_\_ Acompanhadas por pensamentos mágicos (preocupação com a possibilidade de que a mãe sofra um acidente a menos que as coisas estejam no local exato)

\_\_\_ \_\_\_ Não acompanhadas por pensamentos mágicos

### G. Obsessões diversas

Passado Presente

\_\_\_ \_\_\_ Necessidade de saber ou lembrar  
\_\_\_ \_\_\_ Medo de dizer certas coisas ou palavras  
\_\_\_ \_\_\_ Medo de não dizer a coisa da maneira exata ou correta  
\_\_\_ \_\_\_ Medo de perder coisas  
\_\_\_ \_\_\_ Imagens intrusivas (não-violentas)  
\_\_\_ \_\_\_ Sons, palavras ou músicas intrusivas sem sentido  
\_\_\_ \_\_\_ Incomodação por certos sons/barulhos\*  
\_\_\_ \_\_\_ Preocupação excessiva com números de azar ou sorte  
\_\_\_ \_\_\_ Preocupação excessiva com cores (significado especial)  
\_\_\_ \_\_\_ Medos supersticiosos

Outro:

\_\_\_\_\_

\_\_\_

### H. Obsessões somáticas

Passado Presente

\_\_\_ \_\_\_ Preocupação excessiva com doenças\*  
\_\_\_ \_\_\_ Preocupação excessiva com partes do corpo ou com aparência (dismorfofobia)\*

Outro:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Compulsões

### A. Compulsões por limpeza/lavagem

Passado Presente

\_\_\_ \_\_\_ Lavagem excessiva ou ritualizada das mãos  
\_\_\_ \_\_\_ Banho, escovação de dentes, arrumação ou rotinas de higiene excessivas ou ritualizadas  
\_\_\_ \_\_\_ Envolvimento excessivo com itens de limpeza da casa ou objetos (talheres, móveis, etc.)  
\_\_\_ \_\_\_ Outras medidas para prevenir ou evitar contato com contaminantes. Descrever:

\_\_\_\_\_

*B. Compulsões de verificação ou controle*

Passado    Presente

- |     |     |  |
|-----|-----|--|
| ___ | ___ | Verificar fechaduras, fogão, utensílios, etc.            |
| ___ | ___ | Verificar se não feriu ou irá ferir os outros            |
| ___ | ___ | Verificar se não se feriu ou se não irá se ferir         |
| ___ | ___ | Verificar se nada de terrível aconteceu ou vai acontecer |
| ___ | ___ | Verificar se não cometeu nenhum erro                     |
| ___ | ___ | Verificações ligadas a obsessões somáticas               |

Outro:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*C. Repetições*

Passado    Presente

- |     |     |   |
|-----|-----|---|
| ___ | ___ | Rer ler ou reescrever repetidamente parágrafos, páginas   |
| ___ | ___ | Necessidade de repetir atividades rotineiras (sair/entrar pela porta, sentar/levantar da cadeira) |

Outro:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*D. Compulsões de contagem*

Passado    Presente

\_\_\_\_\_

Descrever:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_

*E. Compulsões por ordem/arranjos/seqüências*

Passado    Presente

- |     |     |  |
|-----|-----|--|
| ___ | ___ | Necessidade de simetria, seqüência, ou alinhamento |
|-----|-----|--|

Outro:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*F. Compulsões por armazenar/coleccionar*

Essas compulsões devem ser distinguidas de *hobbies* e preocupações com objetos de valor monetário ou sentimental (por exemplo, ler cuidadosamente correspondência inútil, empilhar jornais velhos, preocupação com lixo, colecionar objetos inúteis).

Passado Presente

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Descrever: \_\_\_\_\_

### G. Compulsões diversas

Passado Presente

- |     |     |  |
|-----|-----|--|
| ___ | ___ | Rituais mentais (outros além de contar/verificar mentalmente)  |
| ___ | ___ | Fazer listagens excessivas   |
| ___ | ___ | Necessidade de perguntar, contar ou confessar  |
| ___ | ___ | Necessidade de tocar, bater de leve ou roçar em objetos*   |
| ___ | ___ | Rituais envolvendo piscar ou olhar fixamente*  |
| ___ | ___ | Medidas para evitar se ferir ( ), ferir aos outros ( ) ou evitar conseqüências desastrosas ou ruins ( ). |
| ___ | ___ | Comportamentos ritualizados para comer*  |
| ___ | ___ | Comportamentos supersticiosos  |
| ___ | ___ | Tricotilomania (arrancar cabelos)*   |
| ___ | ___ | Outros comportamentos automutilantes como beliscar-se ou picar-se*                                       |

### Bibliografia

Jenike MA, Baer L, Minichiello WE. *Obsessive-compulsive disorders: theory and management*. Chicago: Year Book Medical Publ. Inc., 2. ed., 1990, p.411

### **Anexo 3 - Lista de comportamentos evitativos – Aristides V. Cordioli**

---

Faça um X na respectiva coluna caso você tenha evitado no passado ou evita no presente o comportamento descrito.

Passado	Presente	
___	___	Tocar em objetos que contenham pó
___	___	Apertar as mãos de outras pessoas
___	___	Tocar em maçanetas de portas de lugares públicos
___	___	Tocar em torneiras de banheiros públicos
___	___	Tocar com a mão na tampa do vaso do banheiro
___	___	Tocar em dinheiro e não lavar as mãos depois
___	___	Usar banheiros públicos
___	___	Usar banheiro coletivo sem cobrir com papel
___	___	Usar o sabonete usado por outras pessoas
___	___	Usar a toalha ou lençóis usados por outros membros da família
___	___	Dormir em hotéis ou motéis sem verificar ou trocar a roupa de cama
___	___	Sentar-se em sofás, camas, cadeiras ao chegar da rua sem antes trocar de roupa ou sem cobri-las com algum tecido, lençol, colcha, etc.
___	___	Jantar num restaurante sem verificar se a louça está limpa
___	___	Usar a louça sem antes lavar
___	___	Tocar em carne ou pegar alimentos com a mão
___	___	Tocar em substâncias viscosas (colas, geléias, gelatinas, urina, sêmen, sangue, etc.) sem lavar de imediato as mãos
___	___	Tocar em animais domésticos (cães, gatos)
___	___	Tocar em madeira ou em algum outro objeto. Qual? _____
___	___	Sentar em bancos de praças ou outros lugares públicos
___	___	Tocar no corrimão de ônibus ou escadas públicas
___	___	Tocar na sola dos sapatos sem lavar as mãos imediatamente
___	___	Entrar em casa com sapatos ou roupas usadas na rua
___	___	Andar em lugares considerados contaminados (ruas, praças ou hospitais)

- \_\_\_      \_\_\_      Usar roupas, objetos pessoais considerados contaminados (bolsas, carteiras)
- \_\_\_      \_\_\_      tocar em móveis ou objetos considerados contaminados
- \_\_\_      \_\_\_      Usar aparelhos considerados contaminados (aspirador, secador, etc.)
- \_\_\_      \_\_\_      Dizer ou escrever uma determinada palavra ou cantar uma música
- \_\_\_      \_\_\_      Iniciar qualquer atividade sem executar um ritual mental
- \_\_\_      \_\_\_      Usar roupas ou objetos de determinadas cores
- \_\_\_      \_\_\_      Usar certas roupas ou objetos em determinados dias da semana ou do mês
- \_\_\_      \_\_\_      Realizar certas tarefas em determinados dias da semana ou do mês
- \_\_\_      \_\_\_      Deixar coisas em desalinho ou fora do lugar
- \_\_\_      \_\_\_      Assistir filmes que contenham imagens violentas
- \_\_\_      \_\_\_      Assistir a cenas na televisão ou em filmes nas quais apareçam certos animais (cabras, ratos) ou insetos (baratas, mosquitos)

Outras      evitções      que      não      constam      da      lista:

---

---

---

## Anexo 4 - Escala Y-BOCS

### 1. Tempo ocupado pelos sintomas obsessivo-compulsivos

*P. Quanto de seu tempo é ocupado por pensamentos obsessivos?*

0 **Nenhum**

1 **Leve:** menos de uma hora/dia ou instruções ocasionais

2 **Moderado:** uma a três horas/dia ou intrusões freqüentes

3 **Grave:** mais de três horas e até oito horas/dia ou intrusões muito freqüentes

4 **Muito grave:** mais de oito horas/dia ou intrusões quase constantes

### 2. Interferência provocada pelos pensamentos obsessivos

*P. Até que ponto seus pensamentos obsessivos interferem com sua vida social ou profissional?*

0 **Nenhuma interferência**

1 **Leve:** leve interferência nas atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho global não é deteriorado

2 **Moderada:** clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar

3 **Grave:** provoca deterioração considerável no desempenho social ou ocupacional

4 **Muito grave:** incapacitante

### 3. Sofrimento relacionado aos pensamentos obsessivos

*P. Até que ponto os seus pensamentos obsessivos o perturbam ou provocam mal-estar em você?*

0 **Nenhuma perturbação**

1 **Leve:** muito pouca

2 **Moderado:** perturbador, mais ainda controlável

3 **Grave:** muito perturbador

4 **Muito grave:** mal-estar quase constante e incapacitante.

### 4. Resistência às obsessões

*P. Até que ponto se esforça para resistir aos pensamentos obsessivos? Com que freqüência tenta não ligar ou distrair a atenção desses pensamentos quando eles entram na sua mente?*

- 0 Faz sempre esforço para resistir, ou sintomas mínimos que não necessitam de resistência ativa
- 1 Tenta resistir na maior parte das vezes
- 2 Faz algum esforço para resistir
- 3 Cede a todas as obsessões sem tentar controlá-las, ainda que faça mas com alguma relutância
- 4 Cede completamente a todas as obsessões de modo voluntário

## 5. Grau de controle sobre os pensamentos obsessivos

*P. Até que ponto consegue controlar seus pensamentos obsessivos? É, habitualmente, bem sucedido quando tenta afastar a atenção dos pensamentos obsessivos ou interrompê-los? Consegue afastá-los?*

- 0 **Controle total**
- 1 **Bom controle:** habitualmente capaz de interromper ou afastar as obsessões com algum esforço e concentração
- 2 **Controle moderado:** algumas vezes é capaz de interromper ou afastar as obsessões
- 3 **Controle leve:** raramente bem-sucedido; quando tenta interromper ou afastar as obsessões, consegue somente afastar a atenção com dificuldade
- 4 **Nenhum controle:** as obsessões são experimentadas como completamente involuntárias; raramente capaz, mesmo que seja momentaneamente, de alterar seus pensamentos obsessivos

**Escores das obsessões** \_\_\_\_\_

## 6. Tempo gasto com comportamentos compulsivos

*P. Quanto tempo gasta executando comportamentos compulsivos? Se compararmos com o tempo habitual que a maioria das pessoas necessita, quanto tempo a mais você usa para executar suas atividades rotineiras graças aos seus rituais?*

- 0 **Nenhum**
- 1 **Leve:** passa menos de uma hora/dia fazendo compulsões, ou ocorrência ocasional de comportamentos compulsivos
- 2 **Moderado:** passa uma a três horas/dia fazendo compulsões, ou execução freqüente de comportamentos compulsivos



- 3 **Grave:** passa de três a oito horas/dia fazendo compulsões, ou execução muito freqüente de comportamentos compulsivos
- 4 **Muito grave:** passa mais de oito horas/dia fazendo compulsões, ou execução quase constante de comportamentos compulsivos demasiados numerosos para contar

## 7. Interferência provocada pelos comportamentos compulsivos

*P. Até que ponto suas compulsões interferem com sua vida social ou suas atividades profissionais? Existe alguma atividade que deixa fazer graças às compulsões?*

0 **Nenhuma interferência**

1 **Leve:** leve interferência nas atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho global não está deteriorado

2 **Moderada:** clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar

3 **Grave:** deterioração considerável no desempenho social ou ocupacional

4 **Muito grave:** incapacitante

## 8. Sofrimento relacionado ao comportamento compulsivo

*P. Como você se sentiria se fosse impedido de realizar as suas compulsões? Até que ponto ficaria ansioso?*

0 **Nenhum sofrimento**

1 **Algum:** ligeiramente ansioso se as compulsões fossem interrompidas, ou ligeiramente ansioso durante a sua execução

2 **Moderado:** a ansiedade sobe para um nível controlável se as compulsões forem interrompidas, ou ligeiramente ansioso durante a sua execução

3 **Grave:** aumento proeminente e muito perturbador da ansiedade se as compulsões forem interrompidas ou aumento proeminente e muito perturbador durante a sua execução

4 **Muito grave:** ansiedade incapacitadora para qualquer intervenção que possa modificar as compulsões, ou ansiedade incapacitante durante a execução das compulsões

## 9. Resistência contra compulsões

*P. Até que ponto se esforça para resistir às compulsões?*

- 0 Faz sempre esforço para resistir, ou sintomas mínimos que não necessitam de resistência ativa
- 1 Tenta resistir na maior parte das vezes
- 2 Faz algum esforço para resistir
- 3 Cede a quase todas as compulsões sem tentar controlá-las, ainda que faça com alguma relutância
- 4 Cede completamente a todas as compulsões de modo voluntário

#### 10. Grau de controle sobre o comportamento compulsivo

*P. Com que força se sente obrigado a executar comportamentos compulsivos? Até que ponto consegue controlar suas compulsões?*

0 **Controle total**

1 **Bom controle:** sente-se pressionado para executar as compulsões, mas tem algum controle voluntário

2 **Controle moderado:** sente-se fortemente pressionado a executar as compulsões, e somente consegue controlá-las com dificuldade

3 **Controle leve:** pressão forte para executar as compulsões; o comportamento compulsivo tem que ser executado até o fim, e somente com dificuldade consegue retardar a execução das compulsões

4 **Nenhum controle:** a pressão para executar as compulsões é experimentada como completamente dominadora e involuntária; raramente capaz, mesmo que seja momentaneamente, de retardar a execução de compulsões

**Escores de compulsões:** \_\_\_\_\_

**Escore Total:** \_\_\_\_\_

#### Bibliografia

1. Goodman WK, Price LH, Rasmussen AS, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1006-11.
2. Escala traduzida por Asbahar, F.R.; Lotufo Neto F.; Turecki, G.X. e cols. In: Miguel, E.C. *Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1996, pp. 219-230.

# Anexo C:

- ↓ Slides desenvolvidos pelo Prof. Dr. Aristides Volpato Cordioli, apresentados nos grupos de TCC

# PRIMEIRA SESSÃO

---

**O QUE É O TRANSTORNO OBSESSIVO-  
COMPULSIVO**

# O que é o TOC

---

- Obsessões
- Compulsões
- Ocupam boa parte do tempo (> de 1 hora/dia)
- Desconforto importante
- Comprometimento das rotinas diárias ou das relações interpessoais.

(DSM IV)

# Obsessões

(DSM IV)

---

- n Pensamentos, impulsos, imagens, palavras ou frases que invadem a mente;
- n persistentes e recorrentes;
- n involuntários ou impróprios;
- n interpretados de forma negativa e acompanhados de medo ou ansiedade;
- n e de tentativas de ignorar, suprimir ou neutralizar.
- n Comprometem a vida do paciente.

*Obs. Não são simplesmente preocupações excessivas sobre problemas de vida reais.*

# Conteúdo das obsessões

---

- Sujeira ou contaminação
- Dúvidas
- Simetria, exatidão ou alinhamento
- Agressão: preocupação em ferir, insultar ou agredir
- Sexuais impróprias, obscenas, blasfemas
- Economizar, guardar ou colecionar
- Religiosas: pecado, culpa, escrupulosidade
- Mágicas: números especiais, cores, datas, horários

# Compulsões

(DSM IV)

---

- Comportamentos ou atos mentais
- Executados em resposta a obsessões ou em virtude de regras próprias
- Para reduzir ou eliminar o desconforto ou prevenir eventos temidos
- Sem conexão realística com o que pretendem prevenir
- ou claramente excessivos



# Conteúdo das compulsões

---

- Lavagem ou limpeza;
- Verificação ou controle;
- Repetições, confirmações;
- Ordem, simetria, seqüência ou alinhamento;
- Colecionar, armazenar ou guardar;
- Diversas: tocar, bater de leve, olhar;
- Compulsões mentais.

# Compulsões mentais

---

- Repetir palavras ou frases em silêncio;
- Rezar;
- Substituir imagens ou pensamentos “ruins” por outros contrários;
- Fazer contagens ou repetir números;
- Fazer listas, marcar datas.

# Comportamentos associados

---

- ÿ Evitões;
- ÿ Lentificação: demora para fazer tarefas;
- ÿ Dúvidas intensas e ruminção;
- ÿ Indecisão.

Hanna, 1995

# Prevalência

---

- Epidemiologic Catchment Area  
toda vida - 1.5 a 3.3 %  
em média - 2.5% (Karno, 88);
- Estudo Multicêntrico (7 países)  
um ano: 1.1% a 1.8%;  
toda vida de 1.9 a 2.5% (Weissmann et al., 1994):
- Brasília, S. Paulo e P. Alegre: 0,7 a 2,1% (Almeida Filho et al., 1992);
- Calcula-se que uma em cada 40 a 50 pessoas é portadora do transtorno (Steketee, 1999).

# Incidência

---

- **PICO:** entre 20 e 25 anos e raro após os 40 anos:  
  
Homens: 21-24 anos  
Mulheres: 25-35 anos (Noshirvani et al.1991).
- **GÊNERO:** levemente maior em mulheres;
- **É COMUM O INÍCIO NA INFÂNCIA**  
meninos - 9.6 anos;  
meninas - 11.0 anos;
- **INÍCIO DOS SINTOMAS E BUSCA DE TRATAMENTO:**  
7 anos e meio (Jenike, 1990);

# Curso

---

## **Rasmussen e Eisen (1992):**

- 85% - contínuo com pequenas flutuações;
- 10 % - com deterioração;
- 2% - episódico.

## **Lensi et al. 1996:**

- 64% crônicos;
- 26% episódicos;
- 9% com deterioração.

# Impacto na vida do paciente

---

- Problemas no trabalho: 36%;
- Interferência nos relacionamentos familiares: 73%;
- problemas conjugais: 23% ;
- comportamento violento: 19%

(Hollander, 1996);

*OBS. Praticamente todas as crianças envolvem de alguma forma os pais e irmãos nos rituais. Brigas e agressões físicas são comuns quando contrariados (Cooper, 1995).*

# SEGUNDA SESSÃO

---

## AS CAUSAS DO TOC



# Etiologia do TOC

---

## NÃO EXISTE UMA CAUSA ÚNICA

Devem estar envolvidos múltiplos fatores:

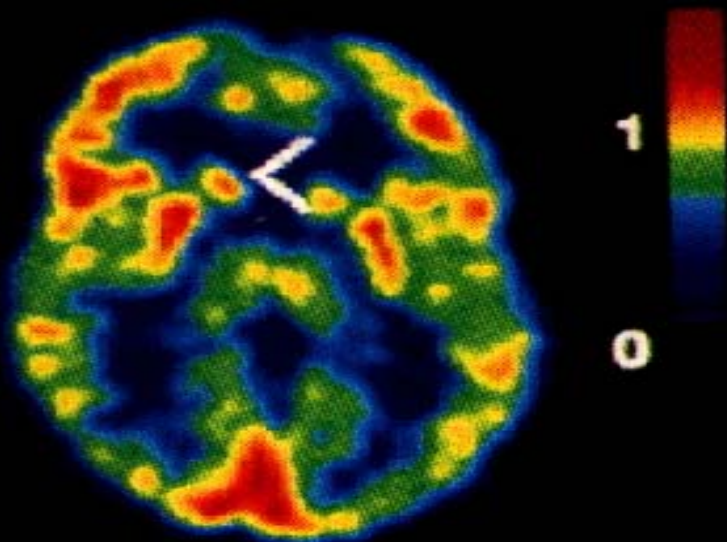
- **Biológicos;**
- **Psicológicos**
  - aprendizagem
  - crenças distorcidas (risco, responsabilidade)
- **Outros fatores**
  - Educação muito rígida, crenças culturais e religião
- **Estresse.**

# Fatores de ordem biológica

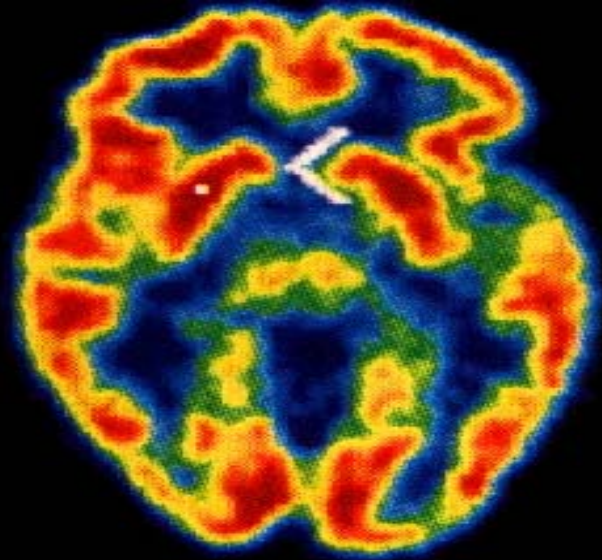
---

- Redução dos sintomas com medicamentos ISRS ou clomipramina;
- Maior atividade das regiões órbito-frontais e núcleos da base do cérebro;
- Sintomas podem surgir após traumatismo craniano, AVC, ou associados a encefalites, Coreia, tiques e Tourette;
- Redução dos sintomas com neurocirurgia;
- Maior incidência em familiares de portadores de TOC (genética).

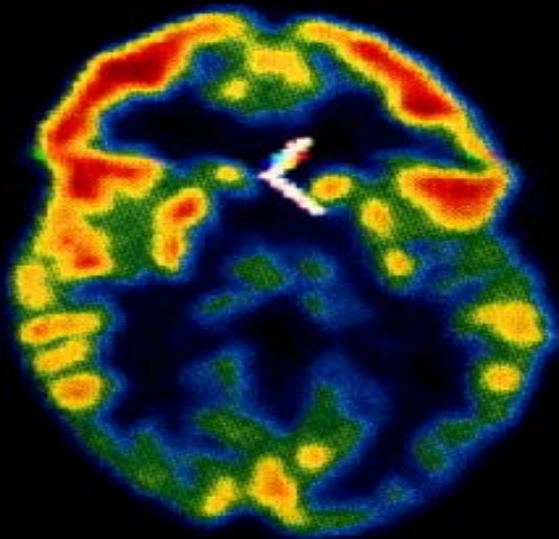
**A terapia e os medicamentos reduzem os sintomas e a hiperatividade cerebral dos portadores do TOC**



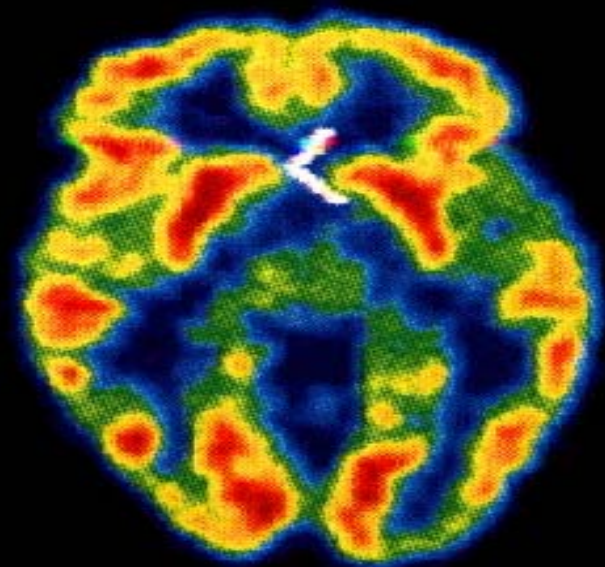
**OCD Pre Drug Tx**



**OCD Pre Behav. Tx**



**OCD Post Drug Tx**



**OCD Post Behav. Tx**

# **FATORES PSICOLÓGICOS: o modelo comportamental e a aprendizagem**

**O TOC É UMA DOENÇA  
CARACTERIZADA POR MEDOS.**

**MEDOS SÃO APRENDIDOS E  
PODEM SER DESAPRENDIDOS**

# **Obsessões e compulsões**

---

**As compulsões tem relação funcional com as obsessões: as pessoas descobrem que as compulsões aliviam o medo que acompanha as obsessões e passam a repeti-las.**

# Aprendizagem

---

- Por algum motivo o medo e a ansiedade ficaram ligados a objetos, pensamentos ou situações (foram aprendidos).
- O indivíduo descobre formas erradas de eliminá-los (neutralização com rituais e evitações) que passa a repetir.
- Como o alívio obtido dura pouco torna-se prisioneiro destas estratégias de neutralização.



# Neutralização

---

São táticas encobertas ou manifestas, utilizadas de forma voluntária, para lidar com as obsessões. Destinam-se a reduzir o medo e a aflição a elas associados ou anular as conseqüências catastróficas imaginadas

Ladouceur e cols.1995

# Neutralização...

---

No TOC os medos são reduzidos:

- ÿ Executando algum ritual (lavar-se, verificar) depois de ter a mente invadida por uma obsessão, medo, dúvida;
- ÿ Substituir um pensamento, imagem ou palavra “ruim” por uma “boa”;
- ÿ Contar, rezar;
- ÿ Falar consigo mesmo para convencer-se de que o pensamento não é verdadeiro;
- ÿ Afastar um pensamento “ruim”, distrair-se;
- ÿ “Checar” mentalmente, “repassar” o filme, fazendo perguntas repetidas para as pessoas sobre suas dúvidas.

# Origem das compulsões

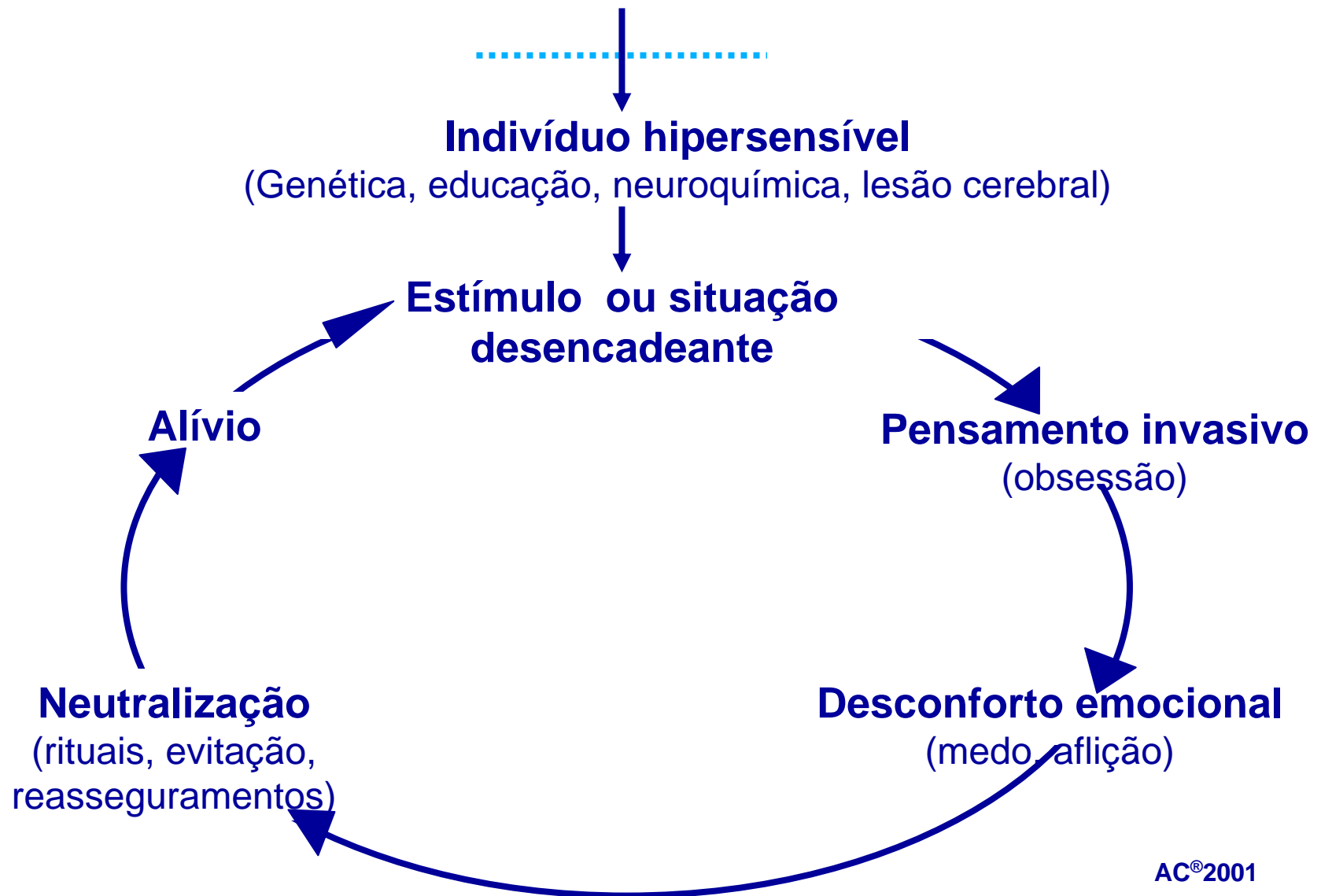
## (Modelo comportamental)

---

- **Condicionamento:** Por algum motivo, o medo e a ansiedade ficaram associados a pensamentos, objetos ou situações usualmente neutros;
- **Generalização:** Tais medos são estendidos a outros pensamentos, objetos ou situações;
- **Reforço:** O paciente descobre (*aprende*) que rituais ou evitações aliviam, mesmo que temporariamente, a ansiedade e o medo (*neutralização*);
- **Manutenção dos sintomas:** Passa a repetir tais manobras sempre que surge uma obsessão perpetuando o TOC;

OBS. A neutralização impede a exposição e o desaparecimento espontâneo da ansiedade e do medo através da *habituação*.

# MODELO COMPORTAMENTAL DO TOC



# Ansiedade associada

---

## Nível de ansiedade (Escala SUDS)

<b>0</b>	<b>2,5</b>	<b>5,0</b>	<b>7,5</b>	<b>10,0</b>
<b>Nenhuma</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderada</b>	<b>Grave</b>	<b>Extrema</b>

Wolpe, 1973

# TERCEIRA SESSÃO

---

**A TERAPIA DE EXPOSIÇÃO E PREVENÇÃO DA  
RESPOSTA OU PREVENÇÃO DE RITUAIS**

# Tratamento

---

- ✓ **Psicofármacos**

  - Inibidores seletivos da recaptação da serotonina e clomipramina

- ✓ **Terapia cognitivo-comportamental**

  - ✓ Exposição e prevenção de rituais

  - ✓ Correção de pensamentos e crenças distorcidas

# ETAPAS DO TRATAMENTO (TCC)

---

- Informações psico-educacionais;
- Elaboração da lista de sintomas;
- Hierarquização dos sintomas;
- Tarefas de exposição e prevenção da resposta;
- Correção de pensamentos e crenças errôneas;
- Estratégias para prevenção de recaídas.



# Exposição

---

- ✓ É o ato de entrar em contato direto com objetos, situações ou mesmo pensamentos que provocam ansiedade por serem consideradas “perigosas” ou “ruins”.
- ✓ O contato prolongado e repetido faz desaparecer as reações físicas e os medos (habituação).
- ✓ É o principal recurso para se perder medos.
- ✓ Pode ser *in vivo* e em imaginação

# Prevenção da resposta

---

É o ato de abster-se de realizar rituais, rituais mentais, ou quaisquer manobras destinadas a aliviar a ansiedade associada a obsessões.

O efeito imediato é um aumento da ansiedade que desaparece entre 15 minutos a 3 horas (habituação).

# Habituação

---

É a diminuição gradual dos sintomas físicos (taquicardia, tremores, sudorese), do medo ou da ansiedade, até o seu desaparecimento completo, quando o indivíduo permanece por tempo suficiente e de forma repetida em contato com objetos, situações ou pensamentos que os provocam.

Ocorre durante a exposição ou prevenção de resposta e no intervalo entre os exercícios.

# O fenômeno da Habituação

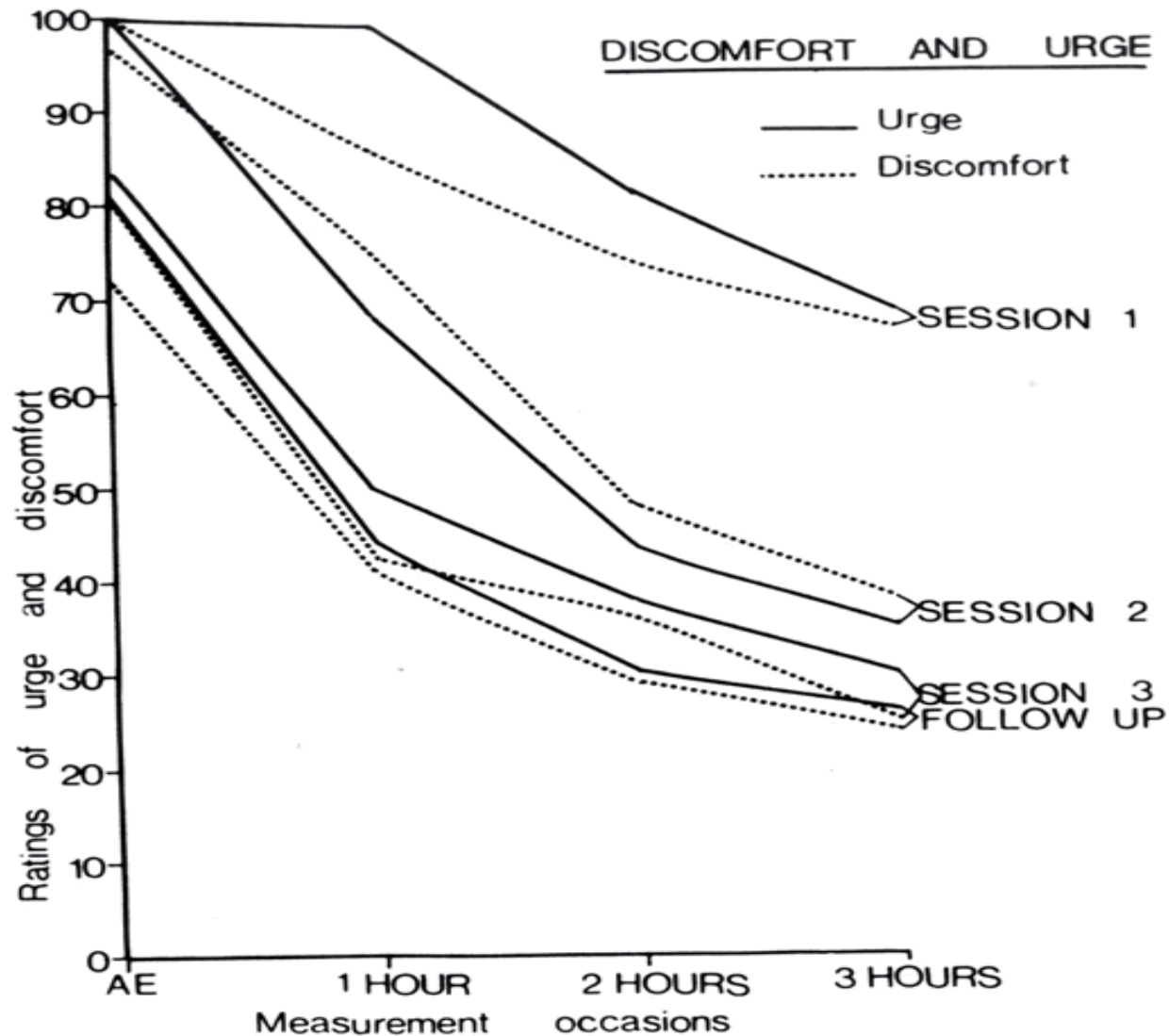


FIG. 26.2. The spontaneous decay of compulsive urges. Mean ratings of discomfort after exposure to the stimulus within and between sessions; AE = after exposure (Rachman & Hodgson, 1980).

# Habituação

---

**Exposição**  
+  
**P. da resposta**  $\Rightarrow$  **habituação**  $\Rightarrow$  **Eliminação**  
**dos**  
**sintomas**

# TC para obsessões puras

---

- ÿ Exposição em imaginação: lembrar deliberadamente pensamentos ou imagens consideradas “horrríveis”;
- ÿ Repetir mentalmente ou escrever palavras ou frases que provocam medo;
- ÿ Fazer um *script* de uma cena “horrrível” e ler repetidamente;
- ÿ Gravar numa fita e ouvir repetidamente;
- ÿ Correção de crenças distorcidas.

# O “Pára!” ou “Pára com Isso!”

---

Indicado em ruminções obsessivas (dúvidas), compulsões mentais, ou para interromper rituais automáticos.

## Técnica:

- O paciente identifica uma ruminção obsessiva invadindo o fluxo normal do pensamento ou que está iniciando um ritual qualquer (mental);
- Diz em voz alta ou para si mesmo: “Pára!” ou “Pára com isso !”
- Pode associar um piparote de borracha no pulso ou outro estímulo desagradável (tapa na mesa, ruído);
- Distrair a mente envolvendo-se numa idéia ou tarefa mais atraente (ouvir música, trabalho manual, etc.).

# Técnicas auxiliares

---

- Modelação (fazer exercícios na frente do paciente);
- Estabelecer tarefas e tempos (lentificação, banho demorado);
- Distração;
- Auto-monitoramento:  
gráficos, computador, tabelas



# Orientações para o paciente

---

- 1. ENFRENTA AS COISAS QUE VOCÊ TEM MEDO, TÃO FREQUENTEMENTE QUANTO POSSÍVEL;**
- 2. SE VOCÊ PERCEBE QUE EVITA ALGUM OBJETO OU SITUAÇÃO, NÃO O EVITE;**
- 3. SE VOCÊ SENTE QUE NECESSITA FAZER ALGUM RITUAL PARA SE SENTIR MELHOR, NÃO FAÇA O RITUAL .**
- 4. CONTINUE OS PASSO 1, 2 E 3 PELO MAIOR TEMPO POSSÍVEL.**

(BAER,1991)

# Terapia de EPR - lembretes

---

- O sucesso da terapia depende da realização dos exercícios de exposição e prevenção da rituais
- Dedique entre 1h e 2h diárias aos exercícios
- Repita o maior nº de vezes determinado exercício, permanecendo o maior tempo possível sem executar o ritual.
- Identifique as “situações-gatilho” que desencadeiam o impulso de realizar os rituais e prepare-se com antecedência para enfrentá-las
- A aflição não dura para sempre: sobe e depois de algum tempo diminui e desaparece
- Suportar a aflição representa uma vitória sobre o TOC e aumenta a confiança você mesmo

# Lista de sintomas (preenchimento)

---

- **Situação ou Objeto:** Ao chegar em casa
- **Sintoma:** Obsessão (O); Compulsão (C);  
**Evitação (E):** Lavagem excessiva das  
mãos (C)
- **Tempo (duração):** 30 min
- **Grau de Aflição:** antes: 10; depois: 5
- **Nº Vezes ao dia:** 22

# QUARTA SESSÃO

---

## **PENSAMENTOS E CRENÇAS DISTORCIDAS NO TOC**

“Os homens são perturbados, não pelas coisas, mas pelo que pensam sobre elas” (Epitectus, 70 AC).

“Um dos efeitos do medo é perturbar os sentidos, e fazer com que as coisas não pareçam o que são” (Cervantes - D. Quixote)

# Terapia cognitiva

---

A Terapia Cognitiva tem por objetivo a identificação dos pensamentos e crenças disfuncionais do tipo - “Se eu não lavar as mãos toda vez que chego da rua, posso trazer doenças para casa”.

Através de seu questionamento lógico, fazendo com que o paciente as coloque em dúvida, pretende modificando suas convicções (pensamentos automáticos e crenças).

# Pensamentos automáticos

---

- h São involuntários; surgem espontaneamente;
- h Interrompem o fluxo normal do pensamento;
- h Desaparecem sem que a pessoa perceba;
- h Provocados por estímulos externos ou internos (preocupações, memórias ou situações, etc.);
- h Assumem a forma de uma frase curta, telegráfica ou imagem;
- h Podem vir associados ou não a emoções (negativos, catastróficos);
- h Parecem plausíveis ou razoáveis e em geral são coerentes com as crenças do indivíduo;
- h Em geral são distorcidos, apesar de evidências contrárias;
- h São geralmente aceitos como verdadeiros, sem questionamentos e sem testar a sua validade ou lógica;
- h Podem estimular a criatividade, dar origem a aflição, ou não ter nenhuma utilidade.

# Pensamentos automáticos e obsessões

---

*AS OBSESSÕES SÃO ACOMPANHADAS DE PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS NEGATIVOS.*

Quando o conteúdo ou significado dos PA é interpretado como negativo ou catastrófico ou contrário ao sistema de crenças e regras do indivíduo, surge o medo, a aflição ou tristeza, que o induzem a fazer algo.

Exemplos:

- “Se eu não tocar 3 vezes na mesa minha mãe pode morrer!”
- “Isto não é coisa que eu possa pensar!”
- “Esta aflição não irá desaparecer nunca!”
- “Não posso falhar!”



# Interpretações catastróficas

---

O fato de estes pensamentos invadirem a minha cabeça significa que:

- existe um perigo real que pode ser muito grave;
- posso ser um irresponsável se ocorrer uma falha;
- posso ser perigoso, ou sou potencialmente perigoso;
- posso ir para o inferno;
- sou uma pessoa má;
- posso perder o controle e praticar o ato que me passa pela cabeça;
- estou ficando louco.

# Crenças

---

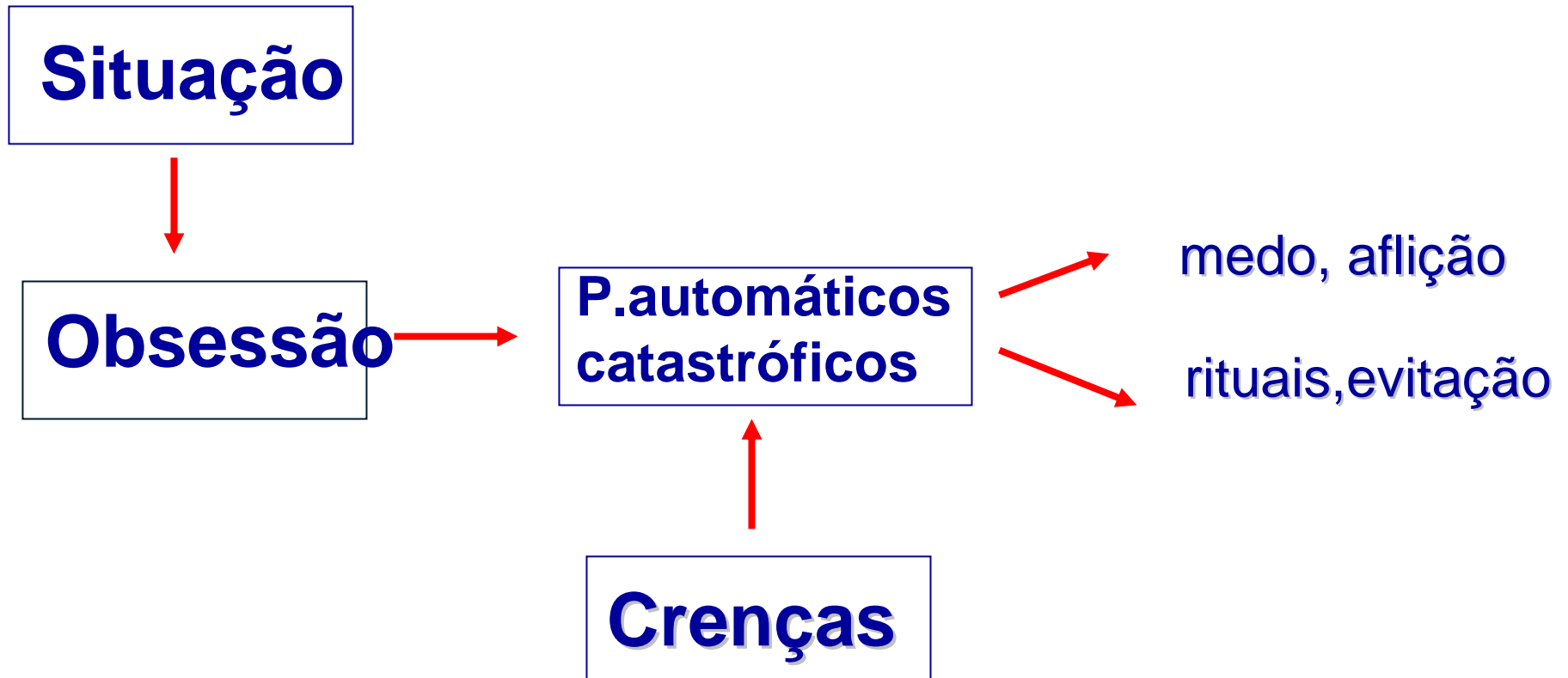
- Pensamentos mais permanentes, rígidos e absolutos que o indivíduo tem sobre si mesmo, o mundo ou o seu futuro, estruturados a partir das experiências de vida, e que funcionam como orientadores da percepção, da evocação de memórias e da interpretação da realidade;
- Expressam-se sob a forma de afirmativas nem sempre conscientes ou lógicas;
- Em geral não são questionadas quanto à sua veracidade;
- Podem se estruturar em sistemas de crenças (crenças centrais) ou de regras ou suposições (crenças intermediárias);
- Podem ser realistas ou claramente distorcidas.

# Crenças errôneas sobre emoções

---

- ÿ “Dá mais resultados executar rituais e evitar o que se tem medo, do que enfrentar”;
- ÿ “Se eu enfrentar as coisas que eu evito a aflição nunca mais vai terminar”;
- ÿ “Se eu enfrentar as coisas que eu evito ou deixar de executar meus rituais a aflição será insuportável e eu poderei enlouquecer”;
- n “A ansiedade provocada pelos pensamentos é perigosa e impossível de ser suportada”;

# O modelo cognitivo



As crenças subjacentes (exagerar o risco, a responsabilidade) ativam os pensamentos automáticos

# Origem das obsessões (modelo cognitivo)

---

**As obsessões são consequência das interpretações distorcidas, negativas ou catastróficas, que acompanham as obsessões, ou do significado negativo atribuído à presença de determinados pensamentos.**

**A preocupação em afastá-los faz com que aumentem de frequência e se perpetuem (efeito do urso branco).**

# Como pensamentos “ruins” são mantidos

---

1. Estes pensamentos “ruins” são muito importantes para mim...;
2. Pois são horríveis e perigosos, portanto devo suprimi-los...
3. Só que ao tentar suprimi-los eles aumentam ainda mais (efeito do urso branco);
4. O fato de continuarem na minha cabeça significa que eles de fato são muito importantes...
5. Devo suprimi-los...

Rachman, 1998

# A origem das obsessões

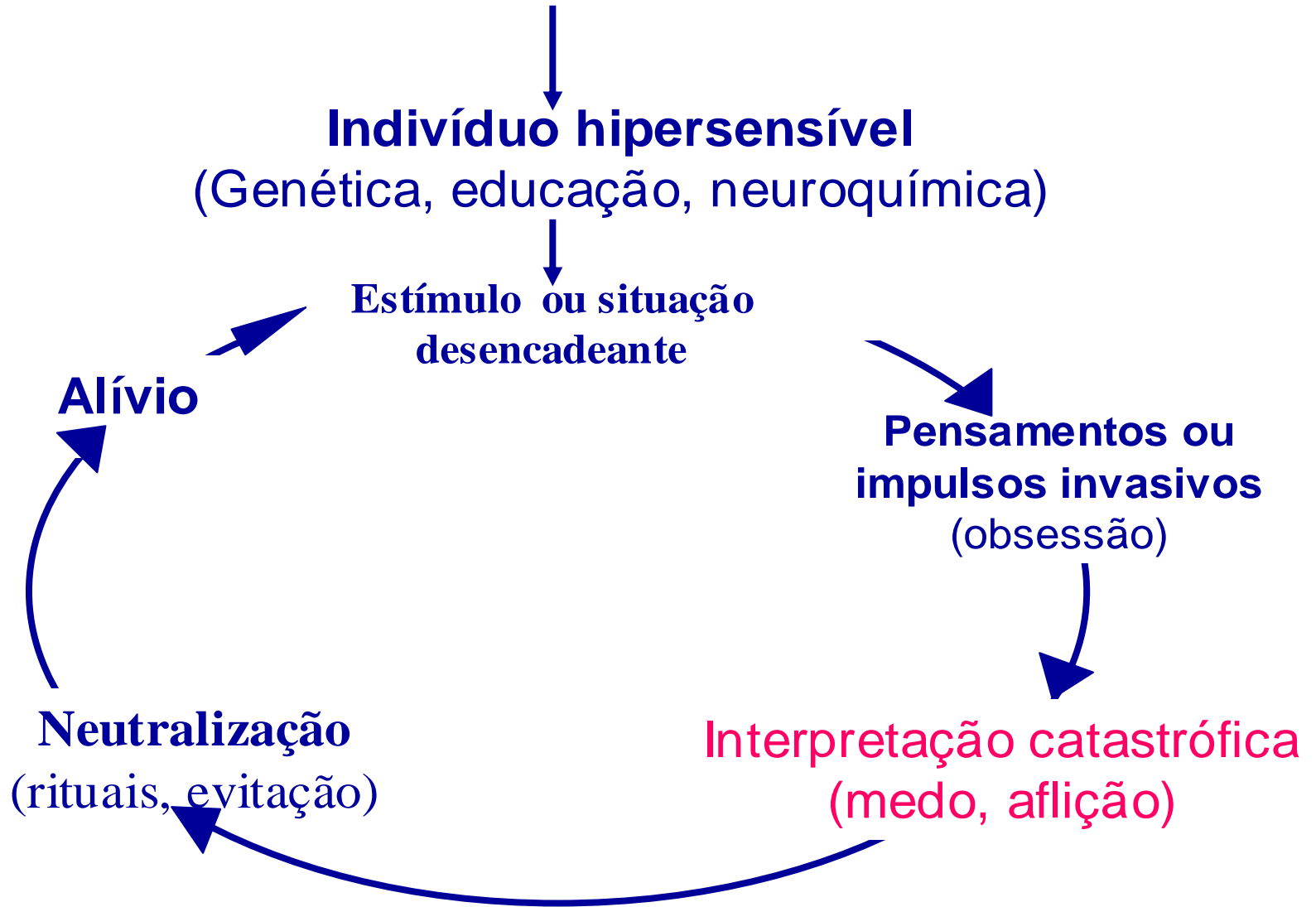
(O modelo cognitivo)

---

- 1) Todos temos pensamentos invasivos: alguns indesejáveis (Pensamentos Automáticos);
- 2) Indivíduos sensíveis consideram tais pensamentos inaceitáveis (indicariam risco de cometê-los, desvios do caráter, pecado);
- 3) Tal interpretação errônea ou significado especial provoca aflição, fazendo com que aumentem de intensidade e frequência e transformam-se em obsessões
- 4) Impulso a fazer algo para impedir as conseqüências e reduzir a aflição (neutralização);
- 5) O alívio obtido mantém a crença de que foi a neutralização (ritual, evitação) que impediu que o evento temido ocorresse, e que sem ela a aflição duraria para sempre;
- 6) desta forma perpetua-se o TOC.



# O modelo cognitivo





# Crenças distorcidas no TOC (OCCW, 1997)

- n **Responsabilidade exagerada:** *“Se eu não apagar e acender a luz seis vezes minha mãe pode adoecer e a responsabilidade será minha!”*
- n **Avaliar de forma exagerada o risco:** *“Se eu tocar em dinheiro e não lavar as mãos posso contrair doenças!”*
- n **Exagerar a importância dos pensamentos:** *“Pensar equivale (moralmente) a desejar, agir ou praticar” ou “Aconteceu porque eu pensei”.*
- n **Preocupação excessiva em controlar os pensamentos:** *“Se passa pela minha cabeça um pensamento “ruim”, sou moralmente culpado e mereço castigo”*  
.
- n **Intolerância com a incerteza:** *“Se eu não tiver certeza absoluta poderei cometer erros, e erros são imperdoáveis!”*
- n **Perfeccionismo:** *“Se meu trabalho apresentar um defeito todo ele perde o valor”.*

# Identificando PA e crenças distorcidas

---

Lembrar uma situação específica na qual a mente foi invadida por uma obsessão e fazer as seguintes perguntas:

- 1) O que passou pela minha cabeça na ocasião (PA)?
- 2) Qual a crença subjacente ao meu PA? (incluir em alguma da lista)
- 3) O que eu senti na ocasião?
- 4) O que eu fiz (como tentei neutralizar o que eu senti: ritual, evitação, ritual mental, tentar afastar)?
- 5) O que eu senti depois de executar o ritual ou de evitar o que eu temia?

# QUINTA SESSÃO

---

## **EXAGERAR O RISCO E A RESPONSABILIDADE**

**(Compulsões por limpeza, verificações  
evitações)**

# Corrigindo crenças distorcidas

(Técnicas cognitivas)

---

- **Identificação e registro de PA e crenças distorcidas (RPD)**
- **Questionamento socrático**
- **Corrigindo a avaliação excessiva do risco**
- **A torta da responsabilidade**
- **As duas alternativas**
- **Experimentos comportamentais**
- **Lembretes.**

# Questionando PA e crenças distorcidas

---

- 1) Que evidências eu tenho de que o que passa pela minha cabeça(PA) é verdadeiro?
- 2) Que evidências eu tenho de que não é verdadeiro?
- 3) Existe uma explicação alternativa?
- 4) O que ..... diria sobre meus medos?
- 5) Quanto (em %) eu acredito neles, e quanto eu não acredito?
- 6) Como a maioria das pessoas se comporta em situações semelhantes?
- 7) Qual a crença subjacente ao meu PA? (incluir em alguma da lista)

*Obs. Por em dúvida crenças arraigadas é o primeiro passo para modifica-las.*

# Responsabilidade exagerada

---

Crença que a pessoa tem de ter um poder que é decisivo para provocar ou impedir que desastres ou fatos negativos aconteçam.

O indivíduo sente como sendo sua responsabilidade prevenir doenças, desastres ou danos resultantes de erros ou falhas morais mesmo quando involuntários.

Acredita ainda que qualquer influência que se possa ter sobre um desfecho equivale a ter responsabilidade total pelo mesmo.

Rhéaume, 1995; Salkovskis, 1997

# Responsabilidade excessiva (Crenças)

---

- “Sou suficientemente poderoso para prevenir ou provocar desastres!”
- n Fracassar em prevenir (ou deixar de tentar prevenir) o dano aos outros é tão ruim quanto provocá-lo!
- Uma falha sempre é imperdoável, mesmo se involuntária ou não intencional!  
“Se meu filho adoecer é porque falhei e todos vão me condenar”
- Uma falha sempre representa um fracasso!
- Se algo de ruim acontecer foi falha minha pois eu poderia ter evitado!  
 (“Se eu deixei cair a bicicleta na rua e ocorreu um acidente a culpa é toda minha”)
- A responsabilidade não é diminuída pela improbabilidade!

# Questionando excesso de responsabilidade

---

- ÿ E se de fato algum dia acontecesse alguma das coisas que eu imagino, qual seria a % (de 0 a 100%) de minha responsabilidade?
- ÿ Posso provar que a culpa foi inteiramente minha ou existem outros fatores que poderiam ter contribuído para que o fato acontecesse?
- n Se algo semelhante acontecesse a um conhecido meu eu o responsabilizaria inteiramente pelo ocorrido (duplo padrão) ?
- n As pessoas irão me responsabilizar?
- n Porque eu pensei que poderia acontecer é suficiente para provocar o que aconteceu?
- n Meus rituais de fato reduzem a probabilidade de que aconteçam coisas ruins, ou apenas reduzem minha aflição?

## LEMBRETES

- n Minha aflição ou ruminação obsessivas não vão influir no rumo dos acontecimentos!
- n Riscos fazem parte da vida e não há como evitá-los, por mais que se queira!
- n Ninguém fica para semente!



# Dividindo responsabilidades: (o que pode incendiar uma casa)



# Exagerar o risco

---

Tendência a exagerar a probabilidade ou a gravidade do perigo para si ou para os outros e em subestimar os recursos ou capacidades com os quais conta para enfrentar as situações que teme.

Conseqüências: hipervigilância, lavagens ou verificações excessivas, evitações, repetições (para não errar), rituais mágicos, etc..

Envolve dois componentes:

- 1) superestimar a probabilidade de que um evento catastrófico venha a acontecer;
- 2) superestimar seu impacto na vida das pessoas.

(Salkovskis, 1985; van Oppen, 1994).

# Exemplos de crenças que exageram o risco

---

- Trincos de porta e dinheiro transmitem doenças. Deve-se lavar as mãos sempre que se tocar neles.
- Lavar bastante (o corpo, as mãos, objetos, roupas, alimentos) ajuda a não contrair doenças.
- Se um objeto (ou roupa) cair no chão, não se deve usá-lo sem antes lavar.
- Apertar as mãos ou tocar em outras pessoas é perigoso.
- Se minha toalha de banho encostar na toalha do meu marido, posso contrair ou transmitir doenças.
- Não posso entrar em casa com os sapatos (ou roupas) que usei na rua: poderei trazer germes para dentro de casa, que irão provocar doenças nos meus familiares.

# Questionando crenças errôneas sobre riscos (I)

---

- 1 Que evidências comprovam que meus medos (de tocar em coisas sujas, falhar, cometer um erro) tem fundamento ? Quais são contrárias?
- 2 O que eu imagino que possa acontecer se eu tocar no que eu evito?  
E o que fato irá acontecer ?
- 3 . Quanto eu acredito(de 0 a 100%) que tocando nas coisas que eu evito ou deixando de executar meus rituais, vou de fato contrair doenças?
4. Quanto eu acredito (de 0 a 100%) que se eu não fizer minhas verificações, minha casa pode incendiar ?
5. Que evidências apoiam esta minha crença? Quais não apoiam?
6. Que evidências comprovam que meus medos (de tocar em coisas sujas, falhar, cometer um erro) tem fundamento ? Quais são contrárias?

# Questionando crenças errôneas sobre riscos (II)

---

1. Meus medos são baseados em alguma prova real ou eles existem porque eu tenho TOC? O que é mais provável?
2. O que \_\_\_\_\_(fulano) diria sobre meus medos?
3. Como a maioria das pessoas se comporta em situações semelhantes?
4. Supondo que aconteça o pior o que seria de mim? O que isto significaria para mim? Eu sobreviveria?

# A técnica das duas alternativas

---

“Nós temos duas teorias alternativas para explicar o que ocorre com você:

- 1) **TEORIA A:** você está de fato contaminado e precisa lavar-se porque pode contaminar sua família e ser responsável por sua doença e sua morte;
- 2) **TEORIA B:** você é uma pessoa muito sensível a medos de ser contaminado e reage a estes medos de uma forma a comprometer sua vida: fazendo lavagens excessivas e até prejudiciais. Qual destas duas alternativas é a mais provável?”

# Corrigindo a avaliação das probabilidades

---

## EXEMPLO:

- 1) Quais as chances de incendiar a casa você calcula que existam caso esqueça um cigarro aceso no cinzeiro antes de deitar: 20%.
- 2) Calcule as chances de que o incêndio ocorra e as chances cumulativas:

Passos	Chances	Chances cumulativas
1. Não apaguei o cigarro	1/10	1/10
2. Uma pequena fagulha cai no carpete	1/10	1/100
3. O carpete pega fogo	1/10	1/1000
4. O carpete pega fogo e eu não percebo de imediato	1/100	1/100.000
5. Eu percebo o fogo tão tarde que não é possível fazer mais nada	1/100	1/10.000.000.

Em outras palavras: teria que fumar 10 milhões de cigarros para ter uma chance de pôr fogo na casa. Chances calculadas inicialmente(20%) 1:5 vs 1:10 milhões

# Reavaliando as probabilidades de risco

---

**Obsessão:** “Posso contrair AIDS usando um banheiro público! Por isso evito!”  
Questão: o que é necessário para se contrair HIV? Vamos ver se isso é possível, sentando num banheiro público.

## Condições necessárias:

- Uma pessoa HIV + deveria ter usado antes o banheiro;
- Deveria ter um ferimento sangrando nas nádegas ou genitais;
- Uma razoável quantidade de sangue deveria estar no tampo do vaso do banheiro;
- O sangue deveria ser recente (vivo);
- Eu deveria ter uma lesão em minhas nádegas;
- O sangue contaminado deveria penetrar em grande quantidade em minha circulação.

## Questionamento:

- Qual a probabilidade de que cada uma dessas etapas tenha ocorrido?
- O nível de risco justifica a evitação ou eu evito em razão do TOC?



# Experimentos comportamentais

---

- O paciente deve se portar como um cientista, considerando suas crenças não como verdades, e sim como meras hipóteses em relação às quais irá testar as evidências a favor ou contra;
- Levantará hipóteses alternativas que, por sua vez, também serão testadas, descartando, depois do experimento, as que não se confirmarem.

# Experimentos comportamentais (exemplos)

---

- Depositar uma pequena quantia de dinheiro numa conta errada (para ver se é possível corrigir o erro);
- Deixar uma torneira pingando durante uma hora (para ver se a casa inunda);
- Deixar os chinelos virados ao deitar( e ver se alguém adoecer);
- Pensar num número da loteria e apostar (para ver se ganha);
- Deixar de anotar diariamente tudo (para ver se esquece coisas importantes);
- Entrar numa funerária e ver se alguém adoecer depois...

# SEXTA SESSÃO

---

**EXAGERAR A IMPORTÂNCIA E A  
NECESSIDADE DE CONTROLAR OS  
PENSAMENTOS (“maus” pensamentos e  
pensamentos “ruins”)**

# Exagerar a importância dos pensamentos

---

É a crença de que a mera presença de um pensamento indica que ele é importante. Inclui-se neste tópico o pensamento mágico, segundo o qual a pessoa acredita que tem o poder de provocar ou impedir desastres ou acontecimentos futuros negativos, executando rituais. Formas mais comuns:

- 1) acreditar que pensar num evento inaceitável ou perturbador aumenta as chances de que venha acontecer (pensar num acidente aumenta as chances de que ocorra);
- 2) pensar é o mesmo que agir, desejar ou cometer, ou que ter um pensamento inaceitável equivale moralmente a praticá-lo (fusão do pensamento e da ação).

# Exagerar a importância dos pensamentos (Crenças)

---

- “Se eu penso muito em alguma coisa significa que de fato ela é importante!”
- “Se eu penso que algo é ou pode ser muito perigoso é porque de fato é!”
- “Se um pensamento provoca muita aflição é porque deve ser perigoso e verdadeiro!”
- “Rituais mágicos e ruminções obsessivas podem impedir desfechos temidos!”
- “Pensar equivale (moralmente) a desejar, agir ou praticar!” (Fusão do pensamento e da ação).
- “Ter um pensamento violento é o mesmo que comete-lo!”
- “Se eu contar até \_\_\_\_\_ impedirei que tal fato aconteça”!  
(pensamento mágico)

# **Pensamento mágico: exemplos**

---

- **Rituais mágicos (não usar roupa preta, não ir ao cemitério, não fazer nada em certas datas ou horários) evitam desfechos temidos;**
- **Se eu virar meus chinelos minha mãe pode morrer!**
- **Se eu contar até X impedirei que tal fato aconteça;**
- **Pensar pode provocar acontecimentos ou comportamentos indesejáveis (pensar num acidente pode provocar a sua ocorrência).**
- **Ver certa pessoa na TV pode provocar doença na família**

# Necessidade de controle dos pensamentos

---

Tendência a supervalorizar a importância de exercer um controle completo sobre pensamentos, imagens e impulsos que involuntariamente invadem a mente. Acreditar que isto tanto é possível como desejável.

Pode se manifestar sob a forma de diferentes crenças errôneas sobre:

- A importância do registro e da vigilância sobre o que passa na mente;
- As conseqüências morais de não controlar os pensamentos;
- As conseqüências comportamentais e psicológicas de não controlar os pensamentos;
- A possibilidade de ter eficiência total no controle dos pensamentos.

Clark e Purdon, 1993; OCD CGW, 1997

# Controle dos pensamentos

(Crenças errôneas)

---

- “Ter um pensamento obsceno, mesmo que não se queira ou não se consiga controlar, é moralmente condenável!”
- “Se eu não conseguir afastar um pensamento ruim, ele poderá acabar acontecendo!”
- “Ter a mente invadida por pensamentos que eu não desejo, significa que estou fora de controle!”
- “Serei uma pessoa (moralmente) melhor se eu conseguir ter um controle completo dos meus pensamentos!”
- “Devo estar sempre vigilante sobre o que se passa na minha mente, pois só assim posso ter controle total sobre meus pensamentos!”



# Como lidar com pensamentos impróprios

---

- Não fique vigiando os pensamentos e não tente afastá-los de sua mente;
- Quanto menos importância der a eles mais rápido eles desaparecerão;
- Procure distrair-se e ocupar sua mente com algo que prenda mais a atenção

## Lembretes:

- Não lute contra os seus pensamentos: resista aos seus rituais;
- Pensamentos são apenas sintomas do TOC e não indicativos de que você pode cometer algo.

# Questionando a importância dos pensamentos

---

- ÿ Sou o tipo de pessoa capaz de fazer o que me passa pela cabeça?
- ÿ Existe alguma possibilidade (de 0 a 100%) de que eu venha fazer o que eu pensei?
- ÿ Ter um pensamento horrível é moralmente tão condenável quanto praticá-lo?
- ÿ Podemos controlar inteiramente todos os nossos pensamentos?
- ÿ Posso ser responsabilizado moralmente por um pensamento ou imagem que eu nem desejo e nem controlo?
- ÿ Ter um minha mente invadida por um pensamento obsceno revela um aspecto ruim ou um desvio do meu caráter?

## Lembretes

- ÿ “Estes pensamentos são possíveis ou PASSAM PELA MINHA CABEÇA PORQUE TENHO TOC ?”
- n Pensar não é desejar! Pensar não é cometer!

# SÉTIMA SESSÃO

---

## **NECESSIDADE DE TER CERTEZA E PERFECCIONISMO**

**(Ruminações, repetições para não falhar;  
lentificação; compulsões por ordem ou  
simetria; necessidade de alinhar objetos)**

# Necessidade de ter certeza

---

- ÿ Pouca capacidade para lidar com mudanças que não podem ser previstas;
- ÿ Dificuldade de funcionar adequadamente em situações inevitavelmente ambíguas.
- ÿ Busca constante de certezas, confirmações e reasseguramentos;

Riscos e incertezas fazem parte da nossa condição de seres vivos e temos que aprender a conviver com eles. Por mais que nos cuidemos é impossível afastá-los por completo.

# Necessidade de ter certeza (crenças)

---

- “Uma falha é sempre imperdoável, mesmo se for involuntária ou não intencional”;
- “Se eu não tiver certeza absoluta sobre algo, estou fadado a cometer erros!”
- “Não vou ser capaz de funcionar bem em situações confusas ou ambíguas!”
- “Incertezas, novidades e mudanças são perigosas porque eu não sei se eu serei capaz de lidar com elas!”
- “Tendo certeza absoluta, as desgraças não acontecem!”
- “Não tenho capacidade para tolerar a incerteza!”

# Preocupação com eventos improváveis

---

Teoricamente é possível cair um meteorito (ou um avião) em nossas cabeças.

- Temos como evitar tal tipo de desastre?
- Vale a pena ficar vigiando?
- É possível prever o dia que iremos morrer?
- Qual seria o efeito de ficar permanentemente preocupado com essa questão?

# Como lidar com as ruminacões obsessivas

---

- Identificar o momento em que se está ruminando;
- Questionar se a atividade ruminativa pode levar a algum grau maior de certeza ou se serve apenas para aumentar a aflicção, pois não trará nenhuma informação ou fato novo que auxilie no esclarecimento da dúvida;
- Interromper a ruminacão com “Pare com isso!” sempre que se surpreender ruminando;
- Lembrar que é necessário aprender a conviver com questões não-resolvidas e que, em muitas situaçoes, é impossível chegar a um grau elevado de certeza.



# Perfeccionismo

---

É a tendência a acreditar que existe uma solução ideal para cada problema; que fazer alguma coisa perfeita (isto é: livre de erros) não só é possível como necessário, e que mesmo erros pequenos tem sérias conseqüências. As metas exigidas não são apenas elevadas como muitas vezes inatingíveis para a pessoa .

(Rhéaume et al,1995; OCCG,1997).

# Perfeccionismo (Crenças)

---

- ÿ “Se eu me esforçar bastante, meu trabalho sairá perfeito!”
- ÿ “É possível fazer escolhas e achar soluções perfeitas!”
- ÿ “Se eu pensar bastante, poderei tomar a melhor decisão e não cometerei erros!”
- ÿ “Falhar em parte é o mesmo que falhar totalmente!”
- ÿ “Se as minhas coisas ou a minha casa não estiverem bem arrumadas as pessoas vão gostar menos de mim!”
- ÿ “Se uma vez eu cometi um erro eu nunca mais posso confiar em mim!”
- n “Cometer erros resulta sempre em condenação e em castigo!”

# Questionando o perfeccionismo

---

1. É possível sempre fazer escolhas e achar soluções perfeitas?”
2. Quanto eu acredito(de 0 a 100%) que se meu trabalho não estiver totalmente sem falhas, não tem valor?
3. O que eu imagino que irá acontecer caso involuntariamente cometer uma falha?
4. O que de fato irá acontecer? O quanto eu acredito nisso?
5. Que evidências comprovam que meus medos de falhar ou cometer um erro tem fundamento ? Quais são contrárias?
6. As pessoas tem em geral esta mesma opinião?
7. Vão gostar menos de mim se eu não for tão perfeito ou na verdade é o contrário?

# Lembretes

---

- Ruminação obsessiva, dúvidas: Pára de pensar! Isso é o TOC!
- Verificadores, lavadores, rituais mentais: Pára com isso! Olha o TOC!
- Por mais que eu queira, jamais vou conseguir ser perfeito!
- Minha aflição ou minha ruminação obsessiva não vai influenciar o rumo dos acontecimentos! Portanto, elas são inúteis!
- Não sou perfeito!
- Não tenho que .....!
- Se eu ficar pensar bastante, não vai aumentar o meu grau de certeza!

# OITAVA SESSÃO

---

## O TOC E A FAMÍLIA

# Impacto na família

---

Os membros da família também sofrem pois os sintomas do paciente criam desarmonia, raiva, exigências irritadas para participar ou não perturbar os rituais, dependência, restrição do acesso a salas, quartos, dificuldades para sair, atrasos interferindo nos lazeres e nas rotinas domésticas...

# IMPACTO NA FAMÍLIA.....

---

- A maioria das famílias se envolve de alguma forma nos rituais, na evitação, ou mudam suas rotinas para acomodar-se aos sintomas do paciente (p.ex. submeter-se aos rituais de descontaminação, evitar contato físico, evitar lugares, aguardar).
- 88.2 % das esposas de pacientes com TOC acabaram se acomodando aos sintomas dos maridos.

# Impacto na família....

---

O TOC pode ter um efeito devastador sobre as famílias.

Uma pesquisa da Fordham University(1993) verificou que:

- n A vida social ficou comprometida em > 80% dos casos;
- n 75% referiam perdas nas relações interpessoais e conflitos conjugais;
- n 65% referiam dificuldades financeiras;
- n 40% se preocupavam com o que seria do paciente depois que “eles se fossem..”

Cooper,1994



# Papéis da família

---

- n O paciente induz a família a alterar seus hábitos e acomodar-se aos seus sintomas, muitas vezes sem o perceber;
- n Conflitos familiares podem agravar os sintomas;
- n Reforço dos rituais e da evitação;
- n Segregação do paciente por desconhecimento da doença;
- n Auxílio na elaboração da lista de sintomas;
- n Apoio na realização das tarefas a domicílio (pacientes graves).

# Atitudes que auxiliam o tratamento

---

- Encoraje o paciente, o máximo possível, a enfrentar as situações que evita e a abster-se de executar rituais.
- Lembre-o de que a aflição passa e, em geral, desaparece rápida e naturalmente.
- Responda às perguntas do paciente uma única vez. Seja honesto nas suas respostas, lembrando-o de que é o TOC e a necessidade de ter certeza que o levam a repetir perguntas.
- Lembre-o de que ruminar é inútil – não acrescenta novas evidências ou novos fatos que ajudem a chegar a um maior grau de certeza.
- De forma gentil, encoraje-o a abster-se de executar rituais. Lembre-o das combinações com o terapeuta: verificar coisas apenas uma vez.

# Atitudes que auxiliam o tratamento...

---

- Use lembretes com humor, e sem agredir: “Olha o TOC”, “Você não tem que ...”, etc.
- Assinale ao paciente quando algum comportamento ritualístico ou medo é excessivo.
- Procure manter as combinações feitas com o terapeuta: “Não vou lhe responder porque combinamos isso com seu terapeuta”
- Seja firme, sem ser autoritário.
- Marque o horário no qual vocês sairão de casa para almoçar, jantar, etc. Se, por acaso, o paciente se atrasar, avise quanto tempo mais você vai esperá-lo. Passado esse tempo, cumpra o combinado.
- Disponha-se a realizar os exercícios junto. Auxilie-o a completar a lista de sintomas, apontando aqueles que ele talvez não tenha percebido.

# NONA SESSÃO

---

## PREVENÇÃO DE RECAÍDAS Estratégias



# Prevenção de recaídas: estratégias

---

- Identificar as situações internas (psicológicas) ou externas (ambiente, objetos) de risco (gatilhos);
- Preparar com antecedência estratégias de enfrentamento para lidar com as situações de risco;
  - Vigilância: para não executar de forma automática os rituais nas situações de risco;
    - Decidir com a antecedência como irá se comportar;
    - Distração;
    - Conversar consigo mesmo, dar ordens para si mesmo;
- Uso de lembretes: “A aflição não dura para sempre!” “Isso é o TOC!” ou “Olha o TOC!” “O preço da liberdade é a eterna vigilância!”



# Prevenção de recaídas...

---

- Identificar pensamentos automáticos ativados nas situações de risco e questionar sua validade;
- Prevenção das conseqüências de ter cometido um lapso;
- Se estiver utilizando medicamentos suspendê-los somente em acordo com o médico;
- Procurar comportar-se como os não portadores;
- Participar das associações de portadores de TOC;
- Procurar estar sempre atualizado sobre o TOC .

**Anexo D:**

**Escala Dimensional para Avaliação de Presença e Gravidade  
de Sintomas Obsessivo-Compulsivos (DY-BOCS)**

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

2. Avaliação Clínica da Gravidade 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 Coleccionismo
- Obsessões e Compulsões Diversas

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

**Janeiro 2006**

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 este questionário, favor entrar em contato com o Projeto Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (PROTOC): Rua Dr. Ovidio Pires de Campos, s/n, Instituto de Psiquiatria, sala 4025, 3º andar, HCFMUSP. Cerqueira César – São Paulo, SP. Fone: (11) 3069-7896 e 3069-6972.

Referência para citação: Rosario-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S, Chacon P, Ferrao 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. *Mol Psychiatry* 2006; 11(5):495-504.

**Caro Paciente e/ou Familiar,**

**Por favor, leia esta introdução.**

Neste questionário você fornecerá respostas sobre você mesmo ou sobre algum membro de sua família. As questões referem-se aos sintomas obsessivo-compulsivos que podem estar presentes atualmente ou que estiveram presentes no passado. 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”, 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 dos sintomas, circule ou sublinhe palavras específicas nos exemplos que melhor 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 ache que deve completar todo o instrumento de uma só vez. Trabalhe em um ritmo que seja confortável para você. Obrigado 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!**



## 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 X 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 Sobre Agressão, Violência, Desastres Naturais e Compulsões Relacionadas

A. Lista de sintomas

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade De Início	<b>Obsessões Sobre Agressão, Violência, Desastres Naturais e Compulsões Relacionadas</b>
				1. 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.
				2. 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.
				3. 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.
				4. 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.
				5. 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.
				6. Tenho obsessões de que posso ser responsável ou responsabilizado por algo terrível que aconteça. Por exemplo, medo de começar um incêndio ou ser responsável por um assassinato ou assalto.
				7. 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.
				8. Tenho imagens violentas ou horrendas na cabeça. Por exemplo, imagens de assassinatos ou acidentes ou outras imagens violentas como corpos desmembrados.
				9. 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.
				10. Tenho obsessões que envolvem fazer algo que cause embaraço. Por exemplo, medo de tirar as roupas em público ou parecer tolo em situações sociais.
				11. Tenho obsessões sobre executar impulsos involuntariamente. Por exemplo, apunhalar um amigo, atropelar alguém, bater o carro em uma árvore etc.

				12. 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.
				13. 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.
				14. 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.
				15. 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 lembrar 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 1 ao número 15 na lista de sintomas.

**Você marcou algum destes itens (1 a 15)?      Sim  
Não (Circule um)**

**Se você circulo "Não", passe para a próxima sessão (Dimensão II) 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 1 a 15) 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 15).

---

**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="radio"/> | <input type="radio"/> | 0 = <b>Nenhum</b>   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1 = <b>Raramente</b> , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2 = <b>Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia</b> - intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3 = <b>Freqüentemente, 1 a 3 horas/dia</b> – 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="radio"/> | <input type="radio"/> | 4 = <b>Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia</b> – 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="radio"/> | <input type="radio"/> | 5 = <b>Sempre, mais do que 8 horas/dia</b> – 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="radio"/> | <input type="radio"/> | 0 = <b>Nenhum incômodo</b>  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1 = <b>Mínimo</b> – quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2 = <b>Médio</b> – algum incômodo presente, mas não muito                         |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3 = <b>Moderado</b> – incomoda, mas ainda é tolerável                             |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4 = <b>Grave</b> – incomoda muito   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5 = <b>Extremo</b> – 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

- o            o        **0 = Nenhuma interferência**
- o            o        **1 = Mínima**, leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance
- o            o        **2 = Média**, alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau
- o            o        **3 = Moderada**, interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável
- o            o        **4 = Interferência Grave**, causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais
- o            o        **5 = Interferência Extrema**, incapacitante.

## **Dimensão II - Obsessões Sexuais e Religiosas e Compulsões Relacionadas**

### **A. Lista de Sintomas**

<b>Nunca</b>	<b>Passado</b>	<b>Atual (Última Semana)</b>	<b>Idade de Início</b>	<b>Obsessões Sexuais e Religiosas e Compulsões Relacionadas</b>
				16. Tenho pensamentos, imagens ou impulsos impróprios ou proibidos. Por exemplo, pensamentos sexuais involuntários sobre estranhos, familiares ou amigos.
				17. Tenho obsessões sexuais cujo conteúdo envolve crianças ou incesto. Por exemplo, pensamentos indesejáveis sobre molestar crianças sexualmente, inclusive os próprios filhos.
				18. 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.
				19. Tenho obsessões sobre conduta sexual agressiva em relação aos outros. Por exemplo, imagens indesejáveis de comportamento sexual violento com adultos estranhos, amigos ou familiares.
				20. 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.
				21. 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.
				22. Tenho obsessões com sacrilégios ou blasfêmias. Por exemplo, medo de ter pensamentos blasfemos, dizer sacrilégios, ser punido por estas coisas.

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	<b>Obsessões Sexuais e Religiosas e Compulsões Relacionadas</b>
				23. 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.
				24. 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.
				25. 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.
				26. 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 reassuramentos em líderes religiosos com mais frequência do que a necessária.
				27. 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.
				28. 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.
				29. 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.
				30. 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 lembrar 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 16 ao número 30 na lista de sintomas.

**Você marcou algum destes itens (16 a 30)?**      **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 conteúdo sexual e/ou religioso (itens 16 a 30) 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 16 a 30).

---

---

---

**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="radio"/> | <input type="radio"/> | 0 = <b>Nenhum</b>   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1 = <b>Raramente</b> , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2 = <b>Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia</b> - intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3 = <b>Freqüentemente, 1 a 3 horas/dia</b> – 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="radio"/> | <input type="radio"/> | 4 = <b>Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia</b> –   |

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)

- o
- o 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

- 0 = Nenhum incômodo**
- 1 = Mínimo** – quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente
- 2 = Médio** – algum incômodo presente, mas não muito
- 3 = Moderado** – incomoda, mas ainda é tolerável
- 4 = Grave** – incomoda muito
- 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

- 0 = Nenhuma interferência**
- 1 = Mínima**, leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance
- 2 = Média**, alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau
- 3 = Moderada**, interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável
- 4 = Interferência Grave**, causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais
- 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”

				31. 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.
				32. Tenho obsessões sobre simetria. Por exemplo, estar extremamente preocupado se certas sensações, pensamentos ou coisas não estão simétricas.

Nunca	Passado	Atual (Última semana)	Idade de Início	Ordem, Simetria, Contagem, Fazer e Refazer e Necessidade de que as coisas “estejam legais”
				33. 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.
				34. 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.
				35. 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.
				36. 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.
				37. 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.
				38. 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.
				39. 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 adoça.
				40. 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.

				41. 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".
--	--	--	--	---

Nunca	Passado	Atual (Última semana)	Idade de Início	Ordem, Simetria, Contagem, Fazer e Refazer e Necessidade de que as coisas “estejam legais”
				42. 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 31 ao número 42 na lista de sintomas.

**Você marcou algum destes itens (31 a 42)?      Sim  
Não (Circule um)**

**Se você circulou "não", passe para a próxima sessão (sessão IV), em “Obsessões de Contaminação e Compulsões de Limpeza.**

**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 simetria, ordem, contagem e arranjo (itens 31 a 42) 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 31 a 42).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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  
o            o            0 = Nenhum

- o o 1 = **Raramente**, presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.
- o o 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)
- o o 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).
- o o 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)
- o o 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

- o o **0 = Nenhum incômodo**
- o o **1 = Mínimo** – quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente
- o o **2 = Médio** – algum incômodo presente, mas não muito
- o o **3 = Moderado** – incomoda, mas ainda é tolerável
- o o **4 = Grave** – incomoda muito
- o o **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

- o o **0 = Nenhuma interferência**
- o o **1 = Mínima**, leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance
- o o **2 = Média**, alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau
- o o **3 = Moderada**, interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável
- o o **4 = Interferência Grave**, causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais
- o o **5 = Interferência Extrema**, incapacitante.

Dimensão IV - Obsessões de Contaminação e Compulsões de Limpeza

A. Lista de Sintomas

<b>Nunca</b>	<b>Passado</b>	<b>Atual (Última Semana)</b>	<b>Idade de Início</b>	<b>Preocupações com Contaminação e Compulsões de Limpeza</b>
				43. Tenho obsessões com sujeira ou micróbios. Por exemplo, medo de pegar germes sentando em determinadas cadeiras, cumprimentando alguém, tocando em maçanetas.
				44. 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).

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Preocupações com Contaminação e Compulsões de Limpeza
				45. 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.
				46. 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.
				47. Fico incomodado com substâncias viscosas ou resíduos. Por exemplo, nojo de fitas adesivas, cola ou substâncias pegajosa que possam conter ou não contaminantes.
				48. 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.
				49. 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.
				50. 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.
				51. 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.
				52. 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.



				53. 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.
<b>Nunca</b>	<b>Passado</b>	<b>Atual</b> (Última Semana)	<b>Idade</b> <b>de</b> <b>Início</b>	<b>Preocupações com Contaminação e Compulsões de Limpeza</b>
				54. 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 43 ao número 54 na lista de sintomas.

**Você marcou algum destes itens (43 a 54)?      Sim**  
**Não (Circule um)**

**Se você circulou "não", passe para a próxima sessão (Dimensão V), em “Obsessões e Compulsões de Coleccionismo”.**

**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 43 a 54) 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 43 a 54).

---

---

**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="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>0 = Nenhum</b>   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>1 = Raramente</b> , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>2 = Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia</b> - intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>3 = Freqüentemente, 1 a 3 horas/dia</b> – 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="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>4 = Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia</b> – 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="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>5 = Sempre, mais do que 8 horas/dia</b> – 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="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>0 = Nenhum incômodo</b>  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>1 = Mínimo</b> – quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>2 = Médio</b> – algum incômodo presente, mas não muito                         |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>3 = Moderado</b> – incomoda, mas ainda é tolerável                             |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>4 = Grave</b> – incomoda muito   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>5 = Extremo</b> – 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="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>0 = Nenhuma interferência</b>  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>1 = Mínima</b> , leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance            |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>2 = Média</b> , alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>3 = Moderada</b> , interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável                             |

- o           o     **4 = Interferência Grave**, causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais
- o           o     **5 = Interferência Extrema**, incapacitante.

## Dimensão V - Obsessões e Compulsões de Coleccionismo

### A. Lista de Sintomas

Nunca	Pa ssado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Coleccionismo
				55. 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.
				56. 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.
				57. Tenho obsessões sobre perder coisas. Por exemplo, preocupações sobre perder um objeto insignificante ou sem importância como um pedaço de papel.
				58. 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.
				59. 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.
				60. 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 coleccionismo.
				61. Evito certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir compulsões de coleccionismo. 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 Coleccionismo

Primeiro verifique se você marcou qualquer um dos itens do número 55 ao número 61 na lista de sintomas.

**Você marcou algum destes itens (55 a 61)?**    **Sim**  
**Não (Circule um)**

**Se você circulou "não", passe para a próxima sessão (Dimensão VI), 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 colecionismo (itens 55 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 55 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="radio"/> | <input type="radio"/> | 0 = <b>Nenhum</b>   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1 = <b>Raramente</b> , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2 = <b>Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia</b> - intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3 = <b>Freqüentemente, 1 a 3 horas/dia</b> – 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="radio"/> | <input type="radio"/> | 4 = <b>Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia</b> – Intrusão muito freqüente, necessidade de realizar compulsões ou   |



**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

- 0 = Nenhum incômodo**
- 1 = Mínimo** – quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente
- 2 = Médio** – algum incômodo presente, mas não muito
- 3 = Moderado** – incomoda, mas ainda é tolerável
- 4 = Grave** – incomoda muito
- 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

- 0 = Nenhuma interferência**
- 1 = Mínima**, leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance
- 2 = Média**, alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau
- 3 = Moderada**, interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável
- 4 = Interferência Grave**, causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais
- 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 reasssegurar-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.

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	<b>Obsessões e Compulsões Diversas</b>
				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.

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	<b>Obsessões e Compulsões Diversas</b>
				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 reasseguramento 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 automutilação (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 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 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 freqüentemente estes pensamentos e compulsões ocorrem? Certifique-se de que incluiu o tempo gasto com comportamentos de evitação.

Pior fase      Atual

- |                       |                       |   |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 0 = <b>Nenhum</b>   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1 = <b>Raramente</b> , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2 = <b>Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia</b> - intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3 = <b>Freqüentemente, 1 a 3 horas/dia</b> – 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="radio"/> | <input type="radio"/> | 4 = <b>Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia</b> – 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="radio"/> | <input type="radio"/> | 5 = <b>Sempre, mais do que 8 horas/dia</b> – 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="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>0 = Nenhum incômodo</b>  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>1 = Mínimo</b> – quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>2 = Médio</b> – algum incômodo presente, mas não muito                         |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>3 = Moderado</b> – incomoda, mas ainda é tolerável                             |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>4 = Grave</b> – incomoda muito   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>5 = Extremo</b> – 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

- 0 = Nenhuma interferência**
- 1 = Mínima**, leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance
- 2 = Média**, alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau
- 3 = Moderada**, interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável
- 4 = Interferência Grave**, causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais
- 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 agressão e compulsão relacionadas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Obsessões sexuais e religiosas e compulsões relacionadas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Obsessões e compulsões de simetria, ordem, contagem e arranjo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Obsessões de contaminação e compulsão de limpeza \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Colecionismo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 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.**

**ATENÇÃO: NÃO REPETIR NÚMEROS**

\_\_\_\_\_ *Obsessões de agressão e compulsão relacionadas*

\_\_\_\_\_ *Obsessões sexuais e religiosas*

\_\_\_\_\_ *Obsessões e compulsões de simetria, ordem, contagem e arranjo*

\_\_\_\_\_ *Obsessões de contaminação e compulsão de limpeza*

\_\_\_\_\_ *Colecionismo*

\_\_\_\_\_ *Obsessões e compulsões diversas*



**Liste os sintomas mais notáveis do paciente (colocar número correspondente):**

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 1a 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

- 0 = Nenhum**
- 1 = Raramente**, presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.
- 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)
- 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).
- 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)
- 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

- 0 = Nenhum incômodo**
- 1 = Mínimo** – quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente
- 2 = Médio** – algum incômodo presente, mas não muito
- 3 = Moderado** – incomoda, mas ainda é tolerável
- 4 = Grave** – incomoda muito
- 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

- 0 = Nenhuma interferência**
- 1 = Mínima**, leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance
- 2 = Média**, alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau
- 3 = Moderada**, interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável
- 4 = Interferência Grave**, causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais
- 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.

Pior fase    Atual

- o            o    **0 NADA.** Nenhum prejuízo causado pela presença de sintomas obsessivo-compulsivos.
- o            o    **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.
- o            o    **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.
- o            o    **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.
- o            o    **12 MARCADO.** As obsessões e compulsões estão associadas com dificuldades importantes na auto-estima, na vida familiar, aceitação social e funcionamento acadêmico e profissional.
- o            o    **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 – PIOR FASE**

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

**DY-BOCS AVALIAÇÃO GLOBAL – PIOR FASE**

	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 - ATUAL (ÚLTIMA SEMANA)**

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

**DY-BOCS AVALIAÇÃO GLOBAL - ATUAL (ÚLTIMA SEMANA)**

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