

ANTONIO REIS DE SÁ JUNIOR

**Caracterização dos sintomas obsessivo-compulsivos em  
pacientes com esquizofrenia em uso de clozapina ou  
haloperidol**

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

Área de concentração: Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Helio Elkis

São Paulo

2008

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

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

©reprodução autorizada pelo autor

Sá Junior, Antonio Reis de

Caracterização dos sintomas obsessivo-compulsivos em pacientes com esquizofrenia em uso de clozapina ou haloperidol / Antonio Reis de Sá Junior. – São Paulo, 2008.

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

Área de concentração: Psiquiatria.

Orientador: Helio Elkis.

Descritores: 1.Esquizofrenia 2.Transtorno obsessivo-compulsivo 3.Comorbidade (Psiquiatria) 4.Clozapina 5.Haloperidol

USP/FM/SBD003-/08

## **Dedicatória**

*Dedico esta dissertação a Deus pelas oportunidades que me permitiram tantas conquistas, à minha esposa Prislaine que me apoiou e tolerou minhas incontáveis horas em frente ao computador, aos meus pais, Lucia e Antonio, pelo incentivo contínuo, à minha tia Gracinda pela confiança e presença nos momentos difíceis, à minha irmã Lucilene por ser tão boa ouvinte, à minha sobrinha Larissa pelo carinho demonstrado mesmo com tanta timidez e ao meu tio Wanderley pelos exemplos de criatividade.*

## **Agradecimentos**

*Ao orientador e Professor Dr. Hélio Elkis, motivador entusiasmado do estudo da Esquizofrenia, pesquisador incansável sempre disponível para o aprimoramento de idéias. Agradeço por sua amizade e confiança.*

*Ao Prof. Dr. Eurípedes Constantino Miguel Filho, pela inspiração profissional, por seu incentivo à minha formação acadêmica e pelo respeito ao meu trabalho.*

*À Dr. Ana Gabriela Hounie, pelo acompanhamento atencioso, interessado e enriquecedor à minha formação e a este trabalho.*

*À colega Aline S. Sampaio, que competentemente participou deste trabalho.*

*À Srta. Lilian Freitas, secretária executiva do PROJESQ, pelo indispensável apoio administrativo.*

*Aos atuais e antigos colegas do PROJESQ: Dr. Mario Louzã, Dra. Belquiz Avrichir, Dr. Paulo C. Sallet, Dra. Anny Karinna, Dr. Marcio Ueda, Dra. Mônica Kayo, Dr. Juliano Souza, Dr. Jorge Henna, Dra. Cynara Xavier, Dra. Maria Cristina Ferrari, Dra. Patricia Vaccari, Dra. Marjorie Carvalho, às psicólogas Isabel C. Napolitano, Graça e Silvia Scemes*

*presentes nas reuniões do PROJESQ e na minha mala-direta dos infindáveis “e-mail” de troca de experiências e aprimoramento do nosso grupo.*

*Aos pacientes que desinteressadamente participaram desta pesquisa, agradeço a confiança e o tempo despendido, que não teria sido solicitado durante um tratamento convencional.*

*Ao Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pela oportunidade de desenvolver minhas habilidades clínicas e científicas.*

## **Normalização adotada**

Esta dissertação 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 Júlia 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.

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

# SUMÁRIO

Lista de abreviaturas

Lista de tabelas

Resumo

Summary

1. Introdução.....	1
1.1- Esquizofrenia.....	1
1.2- Transtorno Obsessivo-Compulsivo.....	3
1.3- Sintomas Obsessivos na Esquizofrenia .....	7
1.4- Interação Dopamina / Serotonina .....	11
1.5- Antipsicóticos atípicos induzindo Sintomas Obsessivo- Compulsivos .....	13
2. Objetivos e Hipóteses.....	16
2.1- Objetivos gerais.....	16
2.2- Hipóteses .....	16
3. Casuística e Métodos .....	17
3.1- População do Estudo .....	17
3.2 - Critérios de Inclusão e Exclusão .....	18
3.3 - Método de Avaliação .....	18
3.3.1- Instrumentos de diagnóstico e avaliação .....	18
3.3.2- Confirmação Diagnóstica do TOC .....	22
3.3.3- Esquema de Avaliação .....	22
3.3.4- Análise Estatística.....	24
4. Ética.....	25
5. Resultados .....	25
5.1- Características Gerais .....	25
5.2- Avaliação dos pacientes pelo uso de clozapina ou haloperidol.....	27
5.3- Avaliação dos pacientes com esquizofrenia pela presença ou ausência de TOC ou SOC .....	29
5.4- Avaliação dimensional dos pacientes com esquizofrenia e TOC ou SOC .....	32
6. Discussão .....	34
7. Conclusões .....	37
8. Referências Bibliográficas .....	38
9. Apêndices	

## LISTA DE ABREVIATURAS

---

DSM-IV/ (APA)	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - 4 <sup>a</sup> edição / (American Psychiatric Association)
CID-10	Classificação Internacional de Doenças, 10 <sup>a</sup> . Edição
CGI	Impressão Clínica Global
DYBOCS	Dimensional Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale
YBOCS	Yale-Brown Obsessive- Compulsive Scale
PANSS	Escala de Avaliação da Síndrome Positiva e Negativa
PROJESQ	Projeto Esquizofrenia
PROTOC	Projeto Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo
SOC	Sintomas Obsessivo-Compulsivos
TOC	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
5-HT	Serotonina
DA	Dopamina

---



<b>LISTA DE TABELAS</b>	<b>PÁGINA</b>
<b>Tabela 1</b> – Características específicas dos delírios e das idéias obsessivas.	<b>08</b>
<b>Tabela 2</b> – Dimensão da sintomatologia em pacientes com TOC e Esquizofrenia.	<b>09</b>
<b>Tabela 3</b> – Afinidade de Ligação aos Receptores Antipsicóticos Atípicos.	<b>14</b>
<b>Tabela 4</b> – Características clínicas e demográficas dos pacientes em uso de Clozapina ou Haloperidol.	<b>28</b>
<b>Tabela 5</b> – Resultados das escalas aplicadas em pacientes usando Clozapina ou Haloperidol.	<b>29</b>
<b>Tabela 6</b> – Características clínicas e demográficas de pacientes com Esquizofrenia classificados de acordo com a presença ou ausência de Sintomas Obsessivo-Compulsivos (SOC) ou Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC).	<b>30</b>
<b>Tabela 7</b> – Avaliação da gravidade dos pacientes com Esquizofrenia classificados de acordo com a presença ou ausência dos Sintomas Obsessivo-Compulsivos (SOC) ou do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC).	<b>32</b>
<b>Tabela 8</b> – Dimensões das obsessões e compulsões com sua distribuição nos pacientes com Esquizofrenia associada ao TOC ou ao SOC.	<b>33</b>

## RESUMO

Sa AR. Caracterização dos sintomas obsessivo-compulsivos em pacientes com esquizofrenia em uso de clozapina ou haloperidol [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.

**Objetivo:** Nós conduzimos um estudo transversal para comparar a prevalência e a gravidade do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e dos sintomas obsessivo-compulsivos (SOC) em pacientes com esquizofrenia em uso de clozapina ou haloperidol.

**Métodos:** Foi utilizado o SCID-IP para o diagnóstico de esquizofrenia e do TOC. Sessenta pacientes responderam às escalas DY-BOCS, Y-BOCS, PANSS e CGI. Os testes Qui-quadrado com correção de Yates, Mann-Whitney U e Kruskal-Wallis foram usados na análise estatística.

**Resultados:** Dentre os sessenta pacientes avaliados, dez (16,7%) apresentavam critérios diagnósticos pelo DSM-IV para esquizofrenia e TOC; treze (21,7%) tinham SOC, mas não TOC e trinta e sete (61,6%) não tinham TOC ou SOC. A prevalência de TOC ou SOC foi semelhante em pacientes tomando clozapina ou haloperidol (40% VS 35%, respectivamente). Contudo, pacientes tomando clozapina apresentaram maior gravidade dos SOC quando comparados aos pacientes tomando haloperidol. ( $P= 0.027$ ). Pacientes com esquizofrenia e TOC apresentaram maior gravidade dos sintomas da esquizofrenia quando comparados aos pacientes com esquizofrenia sem SOC ( $P= 0.002$ ).

**Conclusões:** Apesar da presença de SOC ou TOC ter sido semelhante entre os grupos tomando clozapina ou haloperidol, pacientes em uso de clozapina apresentaram escores mais elevados na YBOCS. Estes resultados podem sugerir uma associação entre a exacerbação do fenômeno obsessivo-compulsivo e o uso de clozapina. Pacientes com esquizofrenia e TOC apresentaram uma maior gravidade dos sintomas da esquizofrenia comparativamente aos demais grupos.

**Descritores:** Esquizofrenia, Transtorno obsessivo-compulsivo, Comorbidade (Psiquiatria), Clozapina, Haloperidol

## SUMMARY

Sa AR. Characterization of obsessive-compulsive symptoms in patients with schizophrenia treated with clozapine or haloperidol [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.

**Objective:** We conducted a cross-sectional study to compare the prevalence and severity of obsessive-compulsive symptoms (OCS) and obsessive-compulsive disorder (OCD) in patients with schizophrenia treated with clozapine or haloperidol.

**Methods:** SCID-I/P was used for the diagnoses of schizophrenia and OCD. Sixty subjects completed Y-BOCS, PANSS and CGI scales. Chi-square with Yates correction, Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis tests were used for the statistical analyses.

**Results:** Among the sixty schizophrenia patients evaluated, ten (16,7 %) met DSM-IV criteria for both schizophrenia and OCD; thirteen (21,7 %) had OCS but not OCD and thirty-seven (61,6 %) had neither OCD nor OCS. The prevalence of OCD or OCS was similar in patients taking clozapine or haloperidol (40% vs 35%, respectively). However, patients using clozapine showed higher severity of OCS than patients using haloperidol ( $P= 0,027$ ). Patients with schizophrenia and OCD also showed higher severity of schizophrenic symptoms when compared to patients with schizophrenia without OCS ( $P= 0,002$ ).

**Conclusions:** Although the presence of OCS or OCD was similar between the groups taking clozapine or haloperidol, patients using clozapine showed higher scores in the YBOCS. These results may support an association between the exacerbation of obsessive-compulsive phenomena and the use of clozapine. Patients with schizophrenia and OCD showed a higher severity on psychotic symptoms than the other groups.

**Descriptors:** Schizophrenia, Obsessive-compulsive disorder, Comorbidity (Psychiatry), Clozapine, Haloperidol.

# 1. Introdução

## 1.1- Esquizofrenia

A esquizofrenia está entre as dez principais causas mundiais a provocar incapacidade permanente. Os sintomas da esquizofrenia tais como delírios, alucinações, apatia e deterioração cognitiva podem ser extremamente limitantes, levando a um comprometimento social e funcional. Aproximadamente 1% da população é afetada pelo transtorno esquizofrênico, com prevalência similar em diferentes países e grupos culturais. A esquizofrenia inicia-se com maior frequência entre os 16 e os 30 anos de idade e na maioria dos pacientes permanece por toda a vida. A etiologia da esquizofrenia é desconhecida, mas evidências têm sugerido a contribuição de fatores genéticos, influência ambiental (ex: complicações obstétricas) e fatores sociais (ex: pobreza) (Mueser & McGurk, 2004).

A descoberta da clorpromazina na década de 50 inaugurou uma época de tratamento farmacológico eficaz da esquizofrenia. Atualmente é bem aceito que a medicação antipsicótica é a base para o tratamento na esquizofrenia, levando a uma redução na sintomatologia psicótica e prevenindo recaídas (Kane & Marder, 1993). Antes de 1990, os antipsicóticos disponíveis eram os considerados típicos ou de primeira geração (ex: clorpromazina, haloperidol, tioridazina e levomepromazina) com exceção da clozapina, um antipsicótico

atípico descoberto em 1958, mas não amplamente usado ou mesmo desconhecido em muitos lugares até recentemente. Os antipsicóticos de primeira geração foram uma revolução no tratamento dos sintomas psicóticos, mas podem produzir efeitos colaterais problemáticos, incluindo sintomas extrapiramidais e discinesia tardia. Após 1990, vários antipsicóticos atípicos foram desenvolvidos para ter um perfil de efeitos colaterais mais favoráveis. Até o presente, a clozapina tem sido considerada o antipsicótico mais eficaz, mas pode provocar um dos mais graves efeitos indesejáveis, como a agranulocitose (Davis et al., 2003).

Com a introdução dos antipsicóticos atípicos na prática clínica, houve uma evolução na apresentação de novas propostas terapêuticas. Em vários estudos essas medicações mostraram eficácia, segurança e ainda um perfil de efeitos colaterais melhor tolerado pelos pacientes quando comparados aos antipsicóticos de primeira geração. Apesar desses recentes avanços no tratamento da esquizofrenia, aproximadamente 30% dos pacientes não apresentam uma resposta satisfatória ao tratamento com antipsicóticos. Tais pacientes são considerados resistentes a tratamento, ou refratários, e já está bem estabelecido que para esses casos o medicamento de escolha é a clozapina (Chakos et al., 2001; Elkis, 2007).

Antes da introdução dos antipsicóticos de segunda geração a esquizofrenia resistente a tratamento era definida pelo algoritmo de Kane et al (1988): a) Mal funcionamento num período prévio de 5 anos; b) Níveis altos de psicopatologia medidos pela BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) e c) ausência de resposta após três períodos prévios de tratamento com pelo menos dois antipsicóticos de classes químicas diferentes (Elkis, 2007).

## 1.2- Transtorno Obsessivo-Compulsivo

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é incluído pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-IV) entre os chamados transtornos de ansiedade. Manifesta-se sob a forma de alterações do comportamento, dos pensamentos e das emoções. O TOC abrange um amplo espectro de sintomas que representam múltiplos domínios psicopatológicos, incluindo percepções, cognições, emoções, relacionamentos sociais e diversos comportamentos motores (Leckman et al., 1997).

Quando Esquirol em 1838 (*apud* Berrios, 1995) classificou os fenômenos obsessivos como uma forma de monomania, inaugurou a linha que considerava os Transtornos Obsessivos como um tipo de insanidade ou loucura. Ele classificou monomania como “uma enfermidade crônica do cérebro, sem febre, caracterizada por uma lesão parcial do intelecto, das emoções ou da vontade”. Nesse sentido “... o sujeito se encontra ligado a atos que não provêm de sua razão ou emoção, os quais são rechaçados por sua consciência e que sua vontade não pode interromper”.

Morel, em 1866 descreveu os estados obsessivos como “delírios emotivos”, destacando que não se tratava de “insanidade”, mas sim, de “neuroses”. Desde que Kraft-Ebing cunhou o termo “Zwangvorstellung” em 1867 para fazer referência aos pensamentos irresistíveis e que Karl Westphal, em 1877, descreveu que esses pacientes apresentavam pensamentos



irresistíveis e comportamentos incontroláveis (compulsões) (*apud* Berrios, 1995), os sintomas nucleares do TOC, como o entendemos hoje, quase não se modificaram.

As características principais do TOC são a presença de obsessões: pensamentos, imagens ou impulsos que invadem a mente e que são acompanhados de ansiedade ou desconforto; e de compulsões ou rituais: comportamentos ou atos mentais voluntários e repetitivos, realizados para reduzir a aflição que acompanha as obsessões. Dentre as obsessões mais comuns está a preocupação excessiva com limpeza que é seguida de lavagens repetidas. Outro exemplo são as dúvidas e incertezas, seguidas de incontáveis verificações.

As obsessões são sentidas como estranhas ou impróprias e geralmente são acompanhadas de medo, angústia, culpa ou desprazer. O indivíduo, no caso do TOC, mesmo desejando ou se esforçando, não consegue afastar ou suprimir essas obsessões de sua mente. Apesar de serem consideradas absurdas ou ilógicas, causam ansiedade, medo, aflição ou desconforto, o que faz com que a pessoa tente neutralizar tais sentimentos realizando rituais ou compulsões ou ainda, por meio de esquivas (não tocar, evitar certos lugares).

As compulsões mais comuns são:

- De lavagem ou limpeza
- Verificações ou controle
- Repetições ou confirmações
- Contagens
- Ordem, simetria, seqüência ou alinhamento

- Acumular, guardar ou colecionar coisas inúteis (coleccionismo), poupar ou economizar
- Compulsões mentais: rezar, repetir palavras, frases, números
- Diversas: tocar, olhar, bater de leve, confessar, estalar os dedos.

Algumas compulsões não são percebidas pelas demais pessoas, pois são realizadas mentalmente e não mediante comportamentos motores, observáveis. Elas têm a mesma finalidade: reduzir a angústia associada a um pensamento. Alguns exemplos:

- Repetir palavras especiais ou frases
- Rezar
- Relembrar cenas ou imagens
- Contar ou repetir números
- Fazer listas
- Marcar datas
- Tentar afastar pensamentos indesejáveis, substituindo-os por pensamentos contrários.

Associados a esses, sintomas acessórios (ou secundários) podem ser citados, como por exemplo, ansiedade e sintomas depressivos. Além disso, podem existir comorbidades, sendo as mais importantes: Transtornos de Humor, Transtornos de Tiques, Transtorno Dismórfico Corporal, Transtornos de Uso e Abuso de Substâncias Psicoativas, Esquizofrenia e Transtornos Psicóticos, Fobias, Transtornos do Sono, Disfunção Sexual, Transtornos Alimentares e Automutilação (Weissmann et al., 1994; Salgado et al., 1995; Yaryura-Tobias, 1997).

A prevalência de TOC na população em geral tem revelado valores em torno de 2%. O National Epidemiologic Catchment Area Survey (ECA) encontrou uma prevalência de 2,5% ao longo da vida nos Estados Unidos (*apud* Salgado et al., 1995). Almeida Filho e col. (1992) realizaram um estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras e encontraram prevalências de 0,7% em Brasília a 2,1% em Porto Alegre para maiores de 15 anos de idade.

A evidência de que os sintomas de TOC melhoram com medicações que inibem a recaptção de serotonina (IRS) proporcionou ferramenta valiosa no tratamento do TOC (Stein et al., 1995; Piccinelli et al., 1995). Contudo, os benefícios obtidos com o aumento da neurotransmissão serotoninérgica não provam, necessariamente, que as anormalidades nesse sistema seriam a única causa dos sintomas do TOC, pois esses neurônios serotoninérgicos também modulam as funções de vários outros sistemas (dopaminérgico, noradrenérgico, etc).

### 1.3- Sintomas Obsessivos na Esquizofrenia

Os limites entre o transtorno psicótico e o transtorno obsessivo-compulsivo têm sido motivo de debate por várias décadas. Desde o início do século passado ocorrem relatos descrevendo os sintomas obsessivo-compulsivos (SOCs) em pacientes esquizofrênicos. Algumas teorias sugeriram que os SOCs pudessem ser um componente da esquizofrenia, indicativos de um curso mais benigno e um melhor prognóstico. Chegou a ser formulada a hipótese de que os SOCs seriam protetores e que os pacientes esquizofrênicos desenvolviam SOCs como uma forma de defesa contra a desorganização psicótica (Bleuler, 1911/1950; Bumke, 1944; Freud, 1944; Freud, 1908/1957; Westphal, 1878).

Estudos recentes, entretanto contrariam essa hipótese, demonstrando que os pacientes com esquizofrenia e com SOC têm, na verdade, um funcionamento global pobre e uma grande deterioração neuropsiquiátrica (Hwang et al, 2000). Pacientes com esquizofrenia e SOC apresentam maior índice de isolamento social, períodos mais longos de hospitalização e piores respostas ao tratamento (Fenton, 1986; Hwang, 2000). A determinação dos fatores relacionados ao surgimento de SOC em pacientes esquizofrênicos parece ser de grande importância por sua significativa relação prognóstica na resposta ao tratamento.

As diferenças psicopatológicas entre idéias obsessivas e delirantes têm sido focadas no *insight* e na convicção. As idéias ou pensamentos obsessivos são descritos como idéias falsas, recorrentes, que se introduzem de forma

repetida e incômoda na consciência do sujeito, que, apesar de sofrer com elas, tem crítica em relação à sua falsidade ou caráter absurdo. Apesar de reconhecer tais pensamentos como absurdos, não consegue se desvencilhar deles. O elemento diferencial dessas idéias com as delirantes é que no delírio falta, de modo geral, a crítica sobre a falsidade e o caráter absurdo do juízo em questão (Eisen & Rasmussen, 1993) (tabela 1).

**Tabela 1: Características específicas dos delírios e das idéias obsessivas**

<b>Características</b>	<b>Delírios</b>	<b>Idéias Obsessivas</b>
Apresentação	Juízos patologicamente falseados	Idéias, imagens ou impulsos intrusivos, exagerados ou absurdos.
Sufrimento	Ego-sintônico	Ego-distônico
Crítica	Ausente	Presente, a não ser no subtipo de baixo Insight
Convicção	Presente	Ausente (exceto no baixo insight–idéia prevalente)
Periodicidade	Variável	Repetitivo

Poyurovsky et al, (2004) avaliaram a sintomatologia da esquizofrenia e do TOC de forma não categorial na qual as principais manifestações psicopatológicas dos dois transtornos se diferenciariam dentro de uma proposta dimensional (tabela 2).

**Tabela 2: Dimensão da sintomatologia em pacientes com TOC e Esquizofrenia (Poyurovsky et al, 2004)**

Transtornos	Positivo		Negativo	Desorganização.	SOC	
	Delírios	Alucinações			Obses.	Compul.
TOC	-	-	-	-	+	+
TOC/ pobre insight	+	-	-	-	+	+
Esquizofrenia	+	+	+	+	-	-
Esquizofrenia/SOC	+	+	+	+	+/-	+/-
Esquizofrenia/TOC	+	+	+	+	+	+

**Legenda:**

**TOC=** Transtorno Obsessivo-Compulsivo

**SOC=** Sintoma Obsessivo-Compulsivo

**Obses.=** Obsessões

**Compul.=** Compulsões

Embora sintomas obsessivos venham sendo descritos em pacientes com esquizofrenia há mais de um século, após a introdução dos antipsicóticos atípicos essa frequência parece ter aumentado (Poyurovsky et al, 2004).

A prevalência dos SOC em pacientes com esquizofrenia tem sido documentada em vários estudos. Fenton e Mc Glashan (1986) encontraram, em uma amostra de 163 pacientes com esquizofrenia, 12,8% (N=21) com SOC. Estudos mais recentes encontraram SOC em pacientes com esquizofrenia em uma prevalência estimada de 10% a 37,2% (Cassano, 1998; Berman, 1995; Dominquez et al.1999). Lin (2006) avaliou 102 pacientes com esquizofrenia tratados com clozapina e encontrou SOC em 39 pacientes (38.2%); desses, 29 pacientes (28.4%) foram considerados como tendo seus SOC induzidos

pelo uso de clozapina. A autora sugeriu ainda que o início dos SOCs em pacientes usando clozapina pode estar relacionado às doses mais elevadas da medicação.

## 1.4- Interação Dopamina / Serotonina

Os bons resultados terapêuticos da clozapina e dos demais antipsicóticos atípicos, parecem estar relacionados à sua atuação no sistema serotoninérgico e sua interação com o sistema dopaminérgico (Silvestri et al., 2000; Elkis, 2007). A compreensão da relação entre essas duas monoaminas tem sido estudada por vários pesquisadores.

Neurônios dopaminérgicos da substância nigra ascendem para o estriado pela via nigro-estriatal e estão primariamente relacionados à modulação do comportamento motor. Enquanto que os neurônios da área tegmental ventral se projetam para as regiões límbica (projeções mesolímbicas) e cortical (projeções mesocorticais) que estão envolvidas com a cognição e modulação da motivação e recompensa. O efeito da liberação de dopamina por essas projeções é mediado por meio de uma série de receptores dopaminérgicos (D1 – D5) agrupados em duas famílias, a D1 (D1 e D5) e D2 (D2, D3 e D4). Os receptores D1 são importantes na região cortical. Receptores D2 são importantes no estriado e D3 e D4 têm alta distribuição na região límbica (Kapur & Remington, 1996).

Neurônios serotoninérgicos também surgem de núcleos específicos do mesencéfalo: núcleo dorsal e núcleo mediano da rafe. O núcleo dorsal da rafe se projeta para córtex e estriado. O núcleo mediano da rafe se projeta para a região límbica. Os receptores serotoninérgicos são agrupados em três famílias: 5HT1 (5HT1A, 5HT1D, 5HT1E e 5HT1F), 5HT2 (5HT2A, 5HT2B, 5HT2C, 5HT4) e 5HT3 (Jacobs & Azmitia, 1992).



As vias serotoninérgicas do núcleo dorsal da rafe se projetam diretamente para a substância nigra inibindo a ação dos neurônios dopaminérgicos. A estimulação de fibras serotoninérgicas da rafe dorsal libera serotonina na substância nigra, o que está associado a uma diminuição da ação dos neurônios dopaminérgicos e ao antagonismo de comportamentos mediados por dopamina, sugerindo uma modulação inibitória dos neurônios dopaminérgicos na substância nigra pela serotonina. Esta ação inibitória parece ser modulada por receptores 5HT2 e pode resultar em uma diminuição na liberação ou na síntese de dopamina no terminal, embora isto não tenha sido consistentemente observado (Kapur & Remington, 1996).

O conceito de modulação serotoninérgica da dopamina recebe apoio de estudos com PET mostrando que um antagonismo 5HT2 aumenta a liberação de dopamina endógena, enquanto o citalopram, um Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina (ISRS) diminui a liberação endógena de dopamina (Dewey et al, 1995). De forma consistente com a influência inibitória da serotonina na dopamina, lesões de projeções serotoninérgicas levam à desinibição do sistema dopaminérgico e causam um aumento do nível de dopamina no estriado (Kapur & Remington, 1996).

Em resumo, há evidências convincentes de que projeções serotoninérgicas inibem a função da dopamina em dois níveis: no nível do mesencéfalo elas inibem a ação dos neurônios dopaminérgicos que se projetam para substância nigra, e no estriado e no córtex, inibem a liberação sináptica de dopamina e provavelmente a síntese de dopamina. Como resultado, os agonistas serotoninérgicos, precursores de serotonina e ISRS, melhoram a inibição do sistema de dopamina (Kapur e Remington, 1996).

## **1.5- Antipsicóticos atípicos induzindo Sintomas Obsessivo-Compulsivos**

O surgimento de novos antipsicóticos (atípicos ou de segunda geração) criou alternativas terapêuticas para vários transtornos psiquiátricos como a esquizofrenia. Esses psicofármacos (Ex: Clozapina, Risperidona, Olanzapina, Quetiapina, Ziprasidona e Aripiprazol) têm mostrado grande afinidade por receptores 5-HT<sub>2</sub> quando comparados à receptores D<sub>2</sub>, sendo considerados antagonistas da serotonina-dopamina (5-HT, DA) (Alevizos et al, 2002). Os antipsicóticos atípicos apresentam um antagonismo ativo para receptores pós-sinápticos 5HT<sub>2</sub> e D<sub>2</sub>, sendo maior a afinidade pelo 5HT<sub>2</sub> quando comparados à receptores D<sub>2</sub> (tabela 3). Os neurotransmissores 5HT e DA interagem em várias regiões do cérebro. Kapur e Remington (1996) sugeriram que o sucesso terapêutico da Clozapina está relacionado com a interação entre o sistema dopaminérgico e serotoninérgico, sendo que a 5HT, via receptores 5HT<sub>2</sub>, teria um efeito inibitório sobre a ação dopaminérgica. Medicamentos como os ISRS atuam como agonistas serotoninérgicos, tendo um efeito inibitório no sistema dopaminérgico. Já os antipsicóticos atípicos possuem uma ação antagonista do sistema 5HT e por sua vez um efeito desinibidor das vias DA. Vários autores (Baxter, 1990; Goodman et al., 1990; Hollander et al., 1992) sugerem que essas duas monoaminas, 5HT e DA, estariam envolvidas na etiologia do TOC.

Tabela 3: Afinidade de Ligação aos Receptores Antipsicóticos Atípicos

	Ziprasidona <sup>1,2</sup>	Risperidona <sup>1,2</sup>	Olanzapina <sup>1,2</sup>	Quetiapina <sup>2</sup>	Clozapina <sup>2</sup>
D2	++++	++++	++	+	+
5-HT2A	+++++	+++++	++++	+	++++
5-HT2C	+++++	++++	++++	+	++
5-HT1A	++++	+	-	+	+
5-HT1D	++++	+	+	-	-
$\alpha$ 1-adrenérgico	++	++++	++	++	++++
M1-muscarínico	-	-	++++	++	++++
H1-	++	++	++++	++++	++++
histaminérgico					
5-HT/NE recaptação	++	-	-	(-5-HT),(+NE)	(-5-HT), (+NE)

Afinidade representada como: +++++ muito alta, ++++ alta, ++ moderada, + baixa, – insignificante

<sup>1</sup> Adaptado de Zorn et al. *Interactive Monoaminergic Brain Disorders* 1999:377–393

<sup>2</sup> Adaptado de Schmidt et al. *Soc Neurosci Abstr* 1998;24(2):2177

A emergência ou exacerbação de SOC durante o tratamento com antipsicóticos atípicos têm sido freqüentemente descritas na literatura médica. Dois terços dos pacientes que desenvolvem SOC durante o tratamento com clozapina ou risperidona nunca haviam apresentado tais sintomas, o que reforça a relação dos SOC com o efeito dos antipsicóticos atípicos (Alevizos et al, 2002).

Lykouras (2003) apresentou dados de uma pesquisa no MEDLINE (1990-2002) revelando 30 relatos de uso de antipsicóticos atípicos provocando ou exacerbando SOC em pacientes com esquizofrenia, totalizando 55

pacientes. Nesses relatos, os antipsicóticos atípicos utilizados foram: clozapina (n= 30 casos), risperidona (n= 16 casos), olanzapina (n= 8 casos) e quetiapina (n= 1 caso).

Clozapina, risperidona e olanzapina podem estar mais associados ao aparecimento de SOC do que outros antipsicóticos atípicos (Ongur & Goff, 2005). Fenton e Mc Glashan (1986) e, posteriormente Berman (1995) e Kayahan (2005) constataram que a presença de SOC em pacientes com esquizofrenia está relacionada a um pior prognóstico, com um maior comprometimento cognitivo. O número de pacientes com esquizofrenia considerados refratários ao tratamento e em uso de clozapina, tem-se mostrado significativo. Considerando que a clozapina é o protótipo dos antipsicóticos atípicos e, além disso, é a medicação de escolha para o tratamento da esquizofrenia refratária (Elkis, 2007), a investigação da possibilidade do uso deste antipsicótico estar associado a um risco elevado de desenvolvimento de SOC reveste-se da maior importância clínica para o tratamento da esquizofrenia.

Neste sentido, acreditamos que a investigação da prevalência desses sintomas em uma população usando clozapina em comparação aos pacientes em uso de haloperidol poderá contribuir para o esclarecimento desta questão.

## **2. Objetivos e Hipóteses**

### **2.1- Objetivos gerais**

1) Este estudo apresentou como principal objetivo avaliar a prevalência do transtorno obsessivo-compulsivo e dos sintomas obsessivo-compulsivos em dois grupos com o diagnóstico de esquizofrenia:

- pacientes em tratamento com clozapina por um período superior a seis meses;

- pacientes em tratamento com haloperidol por pelo menos seis meses.

2) Avaliamos ainda as características fenomenológicas dos sintomas encontrados tais como o seu conteúdo e gravidade.

### **2.2- Hipóteses**

Os estudos anteriormente citados sugerem que o uso de antipsicóticos de segunda geração possa induzir ou exacerbar SOC por sua atividade antagonista serotonina-dopaminérgica. A clozapina tem-se mostrado o antipsicótico de segunda geração mais associado à presença de TOC em pacientes com o diagnóstico de esquizofrenia (Lykouras et al, 2003).

Comparamos a prevalência de TOC e SOC em pacientes em uso de clozapina ou haloperidol considerando que os antipsicóticos de primeira geração não apresentam relação na literatura médica com a presença de sintomatologia obsessivo-compulsiva.

Esperávamos encontrar:

- 1- Pacientes em uso de clozapina tendo maior frequência de TOC e SOC quando comparados aos pacientes em uso de haloperidol.
- 2- Fenomenologicamente, os SOC semelhantes aos SOC encontrados no TOC, sem associação com a esquizofrenia.

### **3. Casuística e Métodos**

#### **3.1- População do Estudo**

Desenvolvemos um estudo transversal no ambulatório PROJESQ do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP. Foram selecionados consecutivamente 40 pacientes em uso de clozapina e 20 pacientes em uso de haloperidol realizando o tratamento com as respectivas medicações há pelo menos seis meses. O recrutamento iniciou-se em julho de 2006 e foi concluído em fevereiro de 2007. Os pacientes foram orientados sobre os objetivos do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

## **3.2 - Critérios de Inclusão e Exclusão**

### **Critérios de Inclusão**

- Pacientes que preencheram os critérios do DSM-IV para esquizofrenia.
- Pacientes que estavam em tratamento com clozapina ou em uso de haloperidol durante pelo menos 6 meses (verificado em prontuário).
- Todo paciente e/ou responsável legal assinou o termo de consentimento livre e esclarecido antes de participar do estudo.

### **Critérios de Exclusão**

- Presença de doença cerebral orgânica.
- Presença de déficit cognitivo detectável que pudesse impossibilitar a execução da entrevista ou o preenchimento de questionários, tais como retardo mental, estados confusionais agudos agitação ou psicoses outras que não a esquizofrenia.
- Incapacidade de fornecer consentimento livre e esclarecido.

## **3.3 - Método de Avaliação**

### **3.3.1- Instrumentos de diagnóstico e avaliação**

Os critérios diagnósticos de esquizofrenia e TOC utilizados foram os do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV (APA, 1994). Para se obter este diagnóstico foi utilizada a entrevista semi-estruturada SCID - Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-patient edition (SCID-I/P, versão 2.0 para pacientes) (First et al., 1995).

O diagnóstico de TOC feito pelo investigador principal foi posteriormente confirmado por duas psiquiatras de modo independente: Dra. Ana G. Hounie e Dra. Aline S. Sampaio, integrantes do Projeto Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo.

Além da anamnese com histórico clínico e psiquiátrico e a coleta de dados demográficos, foram aplicadas as escalas de avaliação da gravidade dos transtornos encontrados descritas a seguir:

- **Clinical Global Impression Scale** (CGI: Guy, 1976).

Instrumento desenvolvido por Guy et al. (1976) com aplicação simples e rápida, utilizado para avaliar a gravidade de sintomas em pacientes com esquizofrenia, que pode ser aplicado em estudos clínicos e na prática clínica.

- **Escala de Avaliação da Síndrome Positiva e Negativa** (PANSS: Kay et al. 1987).

Com o objetivo de suprir a falta de um instrumento com melhor padronização psicométrica para estudar a fenomenologia da esquizofrenia Kay *et al.* (1987) desenvolveram a Escala das Síndromes Positiva e Negativa (PANSS). A escala é composta pelos 18 itens da BPRS – *Brief Psychiatry Rating Scale* e 12 itens adicionais da *Psychopathology Rating*



*Scale* (Kay *et al.*, 1989) e sua padronização envolveu o estudo de 240 pacientes com esquizofrenia pelo DSM-III. Foi delineado um critério operacional estrito para definir os 30 sintomas e os escores de cada um dos sete níveis de gravidade da psicopatologia (de 1 a 7). A seleção dos itens foi orientada por três pressupostos principais: a) os itens deveriam ser consistentes com a conceituação teórica da tipologia positivo/negativo; b) deveriam ser incluídos os sintomas não ambíguos e que fossem considerados primários; e a validade de conteúdo deveria ser otimizada. Dessa maneira foi formado um grupo constituído por sete sintomas positivos e sete sintomas negativos. A soma dos escores de cada grupo provê as síndromes positiva e negativa, respectivamente. A diferença entre essas duas síndromes gera a escala composta, que avalia a preponderância de uma síndrome sobre a outra. Os 16 itens restantes, que não poderiam ser relacionados a cada síndrome, constituíram uma escala de psicopatologia geral. Todos os itens e os escores de gravidade foram definidos e especificados no manual "*PANSS Rating Manual*". A gravidade do sintoma é avaliada de acordo com sua proeminência, sua extensão e, acima de tudo, com seu impacto no cotidiano e no funcionamento do paciente. A avaliação é feita através das informações do corpo clínico, da família e de uma entrevista clínica com o paciente que dura entre 30 e 40 minutos.

- **Yale-Brown Obsessive- Compulsive Scale-escore** (YBOCS: Goodman *et al.*, 1989).

Esta escala foi desenvolvida por Goodman e colaboradores para resolver o problema de medir a gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos, independentemente do conteúdo das obsessões ou compulsões. A escala é constituída por 10 questões, na qual cada uma é avaliada de “0” (sem sintomas) a “4” (gravidade extrema das compulsões ou obsessões). Cinco questões dizem respeito a obsessões e outras cinco, a compulsões. Foi traduzida para o português pelo Programa de Distúrbio Obsessivo-Compulsivo do Departamento de Psiquiatria e Psicologia da Escola Paulista de Medicina e pelo Ambulatório de Ansiedade do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Fernando Asbahr, Francisco Lotufo Neto, José Alberto Del Porto, Valentim Gentil e outros).

- **Dimensional Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale (D-YBOCS** Rosario-Campos et al., 2006).

Escala elaborada por Rosario-Campos, James Leckman e colaboradores seguindo trabalhos anteriores que utilizaram análises fatoriais para agrupar pacientes com determinados tipos de sintomas obsessivo-compulsivos nas chamadas “dimensões”. Assim, foram obtidas seis dimensões com os seguintes conteúdos: 1) agressividade; 2) sexual e religiosa; 3) simetria, ordenação e arranjo; 4) contaminação e limpeza; 5) colecionismo; e 6) diversos. De modo diferente da Y-BOCS, os escores não são dados para obsessões e compulsões e sim pela dimensão. Cada dimensão pode possuir obsessões e compulsões relacionadas. As características avaliadas para cada dimensão são: o tempo despendido, o

desconforto e a incapacitação proporcionados por aquela dimensão, variando de “0” a “5”. Ainda, para se obter o escore total, avalia-se o nível de prejuízo geral do paciente em decorrência do TOC (varia de “0” a “12”). A escala é aplicada pelo entrevistador e a lista de sintomas é auto-aplicável, sendo apenas conferida pelo entrevistador. O grupo PROTOC/IPq/FMUSP participou do desenvolvimento, da tradução e do processo de validação da escala para o nosso idioma.

### **3.3.2- Confirmação Diagnóstica do TOC**

Vinhetas clínicas foram elaboradas para avaliação por psiquiatras independentes cegos para o grupo ao qual o paciente pertencia (antipsicótico típico versus atípico) para confirmação diagnóstica de TOC (Dra. Ana G. Hounie, Doutora pela Faculdade de Medicina da USP, e Dra. Aline S. Sampaio, Psiquiatra e integrante do grupo de pesquisa PROTOC). A comparação do avaliador não-cego com os cegos serviu para a melhor estimativa diagnóstica (*best estimate diagnosis*). Para cada vinheta, os avaliadores cegos poderiam marcar “Presença” ou “Ausência” de TOC.

### **3.3.3- Esquema de Avaliação**

Presença e gravidade do TOC e gravidade dos sintomas da esquizofrenia: os diagnósticos de esquizofrenia e TOC foram feitos seguindo os critérios do DSM-IV (APA, 1994) e suas gravidades foram avaliadas pelos

escores obtidos da PANSS, do CGI e do YBOCS. Os subtipos dos SOC foram avaliados por meio da DYBOCS.

<b>Esquema de Avaliação</b>
<b>Critérios de Inclusão</b>
<b>TCLE</b>
<b>Dados Demográficos</b>
<b>Histórico Clínico</b>
<b>Histórico Psiquiátrico</b>
<b>DYBOCS</b>
<b>Escore YBOCS</b>
<b>PANSS</b>
<b>CGI</b>

### **3.3.4- Análise Estatística**

A análise estatística foi realizada usando análise descritiva para avaliar a frequência do TOC e do SOC. Para permitir comparações de variáveis categoriais (sexo, tabagismo, uso de antidepressivo, presença de SOC ou TOC, antipsicótico em uso) usamos o teste qui-quadrado com correção de Yates. Os dados ordinais ou em escalas de intervalos foram comparados com o uso dos testes de Mann-Whitney (comparando os grupos em uso de clozapina e haloperidol) e de Kruskal-Wallis (comparando os grupos com esquizofrenia com e sem TOC/SOC). Nós também testamos múltiplas comparações (*Post-Hoc*) controladas para o erro tipo I. Foi utilizado o programa estatístico SPSS, versão 12.0 (SPSS Inc, Chicago, IL) e o nível de significância adotada foi de 0.05.

## **4. Ética**

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Todos os participantes ou seus responsáveis legais assinaram um termo de consentimento contendo as informações necessárias acerca do estudo, caracterizando a natureza voluntária da participação. Este estudo não ofereceu riscos aos envolvidos, fossem eles psicológicos, econômicos ou legais.

O consentimento livre e esclarecido foi obtido em formulário escrito, aprovado pelo Comitê de Ética e assinado pelo paciente ou representante legalmente autorizado. O assinante do formulário recebeu uma cópia do mesmo.

O termo de consentimento incluiu as exigências de ter sido lido para o paciente ou representante legalmente autorizado e, em algum momento, o paciente ou seu representante legal teve oportunidade de fazer a leitura antes de assinar esse formulário.

## **5. Resultados**

### **5.1- Características Gerais**

Foram avaliados 60 pacientes com o diagnóstico de esquizofrenia em tratamento no ambulatório PROJESQ do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP. Destes, 40 pacientes estavam em uso de clozapina e 20 em uso de haloperidol há no mínimo seis meses. Encontramos dez pacientes que preenchem o diagnóstico de TOC seguindo os critérios do DSM-IV (APA, 1994). Destes, dois estavam em uso de haloperidol e oito em uso de clozapina. Encontramos ainda 13 pacientes com a presença de SOC, mas que não preenchem critério diagnóstico para TOC, sete estavam em uso de clozapina e cinco em uso de haloperidol. Os SOC foram identificados com o uso da escala DYBOCS. Esses achados clínicos (sintomas/diagnóstico) foram confirmados por meio de vinhetas clínicas por duas psiquiatras de forma independente, apresentando 100% de concordância.

A clozapina e o haloperidol foram convertidos para a dose equivalente em clorpromazina com o objetivo de comparar os grupos de forma independente do uso de clozapina ou haloperidol (Woods, 2003).

A escala YBOCS foi aplicada apenas nos 23 pacientes que apresentaram sintomatologia obsessivo-compulsiva durante a avaliação da escala DYBOCS. As demais escalas foram aplicadas em todos os pacientes.

Para efetuar as comparações, os pacientes com o diagnóstico de esquizofrenia foram agrupados inicialmente de acordo com o uso do antipsicótico (clozapina ou haloperidol). Em um segundo momento, os 60 pacientes com esquizofrenia foram divididos em três grupos: 1- com a presença da comorbidade TOC; 2- com a ausência da comorbidade TOC, mas com SOC e 3- sem TOC ou SOC.

## **5.2- Avaliação dos pacientes pelo uso de clozapina ou haloperidol**

Os grupos de pacientes, em uso de clozapina ou haloperidol, mostraram distribuição homogênea no que se referem às seguintes variáveis clínicas e sociodemográficas: sexo, tabagismo, presença de TOC, SOC, ou ambos, idade, anos de estudo, número de internações, idade de início da esquizofrenia, idade de início do SOC, duração da esquizofrenia e do SOC, idade da primeira internação e doses de antipsicóticos, expressas em equivalentes de Clorpromazina. O uso de antidepressivos associados aos antipsicóticos mostrou-se significativamente diferente nos dois grupos (tabela 4).



**Tabela 4: Características clínicas e demográficas dos pacientes em uso de clozapina ou haloperidol**

Variável	Clozapina n= 40	Haloperidol n= 20	p valor
Homem (Sexo)	31 (77.5%)	14 (70.0%)	0.527*
Tabagismo	32 (80.0%)	13(65.0%)	0.206*
Uso de antidepressivo	13 (32.5%)	1 (5.0%)	0.018
Esquizofrenia + TOC	8 (20.0%)	2 (10.0%)	0.540
Esquizofrenia + SOC	8 (20.0%)	5 (25.0%)	0.911
Esquizofrenia + TOC ou SOC	16 (40.0%)	7 (35.0%)	0.925
	Media (SD)	Media (SD)	
Idade (anos)	35.15 (8.87)	33.30 (10.12)	0.354**
Educação (anos)	10.40 (3.04)	10.00(3.45)	0.739**
Internação (n)	3.05 (3.26)	5.11 (4.52)	0.205**
Idade de início da esquizofrenia (anos)	17.90 (3.79)	17.50 (3.91)	0.832**
Idade de início do SOC (anos)	21.88 (10.51)	17.43 (5.59)	0.974**
Duração da esquizofrenia (anos)	17.25 (7.07)	15.80 (7.76)	0.405**
Duração do SOC (anos)	12.50 (8.37)	16.14 (9.12)	0.492**
Idade da primeira internação (anos)	21.55 (4.80)	20.65 (3.84)	0.729**
Dose equivalente em Clorpromazina	481.88 (176.87)	567.50 (391.95)	0.887**

\* Qui-quadrado com correção de Yates

\*\* Mann-Whitney U test

# Estaticamente significativo

Sintoma Obsessivo-Compulsivo (SOC)

Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)

Nas avaliações das escalas PANSS e CGI, nos grupos em uso de clozapina ou haloperidol, não encontramos diferenças significativas em seus escores. No entanto, com a escala YBOCS que foi aplicada em 23 pacientes esses grupos mostraram-se significativamente diferentes (tabela 5).

**Tabela 5: Resultados das escalas aplicadas em pacientes usando Clozapina ou Haloperidol**

Variável	Clozapina	Haloperidol	p valor
	n= 40	n= 20	
	Média (SD)	Média (SD)	
<b>Escalas</b>			
PANSS Positiva	13.10 (5.91)	14.05 (5.79)	0.440*
PANSS Negativa	18.48 (6.16)	16.45 (4.91)	0.307*
PANSS Geral	31.53 (9.78)	31.05 (7.87)	0.987*
PANSS Total	63.10 (19.87)	61.55 (16.75)	0.913*
CGI	3.30 (1.09)	3.65 (1.23)	0.309*
<b>Instrumento para Sintomas Obsessivo-Compulsivos</b>			
	n= 16	n= 7	
YBOCS em TOC+SOC	21.50 (6.69)	12.71 (7.99)	0.027* #

PANSS, Positive and Negative Syndrome Scale; CGI, Clinical Global Impression; YBOCS, Yale-Brown Obsessive-compulsive Scale.

\* Mann-Whitney U test

# Estatisticamente significativo

### **5.3- Avaliação dos pacientes com esquizofrenia pela presença ou ausência de TOC ou SOC**

Quando os pacientes foram comparados pela presença da comorbidade TOC, ou SOC mostraram-se homogêneos para várias avaliações clínicas e sócio-demográficas: sexo, tabagismo, antipsicótico em uso, idade, anos de estudo, número de internações, idade de início da esquizofrenia, idade de início do SOC, duração da esquizofrenia, duração do SOC, idade da primeira internação, doses de antipsicóticos expressos em equivalentes de Clorpromazina. O uso associado de antidepressivos apresentou uma diferença

significativa entre os três grupos, contudo a escala CGI mostrou apenas uma tendência a uma diferença nesses grupos (tabela 6 e 7).

**Tabela 6: Características clínicas e demográficas de pacientes com esquizofrenia classificados de acordo com a presença ou ausência de Sintomas Obsessivo-compulsivos (SOC) ou Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)**

Variável	Esquizofrenia	Esquizofrenia com	Esquizofrenia	p valor
	com TOC n= 10	SOC n= 13	sem TOC/SOC n= 37	
Homen (Sexo)	7 (70.0%)	9 (69.2%)	29 (78.4%)	0.959*
Tabagismo	9 (90.0%)	9 (69.2%)	27 (73.0%)	0.417*
Uso de antidepressivo	6 (60.0%)	5 (38.5%)	3 (8.1%)	0.005* #
Antipsicótico				
Clozapina	8 (80.0%)	8 (61.5%)	24 (64.9%)	0.886*
Haloperidol	2 (20.0%)	5 (38.5%)	13 (35.1%)	
	Média (SD)	Média (SD)	Média (SD)	
Idade (anos)	33.70 (9.38)	34.46 (9.47)	34.78 (9.40)	0.984**
Educação (anos)	9.90 (4.43)	10.46 (3.18)	10.30 (3.08)	0.950**
Internações (n)	3.90 (4.43)	4.15 (4.95)	3.27 (3.17)	0.995**
Idade de início da esquizofrenia (anos)	17.10 (3.54)	17.85 (4.90)	17.92 (3.53)	0.866**
Idade de início do SOC (anos)	19.50 (8.63)	21.31 (10.22)	NA	0.446***
Duração da esquizofrenia (anos)	16.60 (7.21)	16.62 (7.38)	16.86 (7.45)	0.992**
Duração do SOC (anos)	14.20 (7.39)	13.15 (9.64)	NA	0.522***
Idade da primeira internação (anos)	20.63 (5.83)	21.90 (4.63)	21.17 (4.14)	0.784**
Dose equivalente em Clorpromazina	592.50 (245.53)	475,00 (176,19)	500,68 (299,74)	0.329**

NA= não aplicável

\* Qui-quadrado com correção de Yates

\*\* Kruskal-Wallis test

\*\*\* Mann-Whitney U test

# Estatisticamente significativo

Verificamos uma diferença estatisticamente significativa entre os três grupos para as avaliações nas escalas PANSS e as suas subdivisões PANSS positiva, PANSS negativa e PANSS geral (tabela 7). Realizamos uma análise *Post Hoc* na comparação dos resultados na escala PANSS e suas subdivisões. Os escores da PANSS total e suas respectivas subescalas positiva e negativa mostraram-se diferentes entre os pacientes com esquizofrenia e TOC e esquizofrenia sem TOC ou SOC ( $P < 0.001$ ,  $P = 0.005$  e  $P = 0.014$ , respectivamente). O escore da PANSS geral apresentou diferença na comparação entre pacientes com esquizofrenia e TOC e esquizofrenia sem TOC e SOC ( $P < 0.001$ ) e ainda na comparação de pacientes com esquizofrenia e SOC e com esquizofrenia sem SOC ou TOC ( $P = 0.008$ ).

A escala YBOCS foi aplicada apenas nos pacientes com TOC ou SOC e mostrou uma diferença significativa entre esses dois grupos. (tabela 7).

**Tabela 7: Avaliação da gravidade dos pacientes com esquizofrenia classificados de acordo com a presença ou ausência dos sintomas obsessivo-compulsivos (SOC) ou do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC)**

Variável	Esquizofrenia com	Esquizofrenia com	Esquizofrenia sem	p valor
	TOC n= 10 Média (SD)	SOC n= 13 Média (SD)	SOC/TOC n= 37 Média (SD)	
<b>Escalas</b>				
PANSS Positiva	19.10 (7.52)	12.69 (3.66)	12.14 (5.14)	0.018** #
PANSS Negativa	21.60 (5.32)	18.23 (5.52)	16.62 (5.72)	0.047** #
PANSS Geral	38.60 (6.10)	34.92 (6.56)	28.16 (9.11)	0.001** #
PANSS Total	79.30 (14.51)	65.85 (14.43)	56.92 (18.48)	0.002** #
CGI	4.10 (0.74)	3.38 (0.96)	3.24 (1.23)	0.072** ##
YBOCS	25.20 (4.31)	13.92 (6.74)	NA	<0.001* #

NA= não aplicável

\* Mann-Whitney U test

\*\* Kruskal-Wallis test

# Estatisticamente significativo

## Tendendo à significância

## **5.4- Avaliação dimensional dos pacientes com esquizofrenia e TOC ou SOC**

A escala DYBOCS apresenta 88 perguntas divididas em seis dimensões de sintomas: agressão, sexual/religiosa, simetria, contaminação, colecionismo e diversas. Na tabela 8 apresentamos a distribuição dimensional das queixas obsessivo-compulsivas nos pacientes com TOC e/ou SOC. Nos 23 pacientes que apresentavam queixa obsessivo-compulsiva (TOC+SOC), a dimensão mais freqüente foi a sexual/religiosa e as menos freqüentes foram as de simetria e contaminação.

Apresentamos ainda na tabela 8 os resultados obtidos por Rosario-Campos et al. (2006) que avaliaram 78 pacientes adultos com o diagnóstico de

TOC pela DSM IV, determinando a frequência das dimensões encontradas com o uso da escala DYBOCS.

**Tabela 8: Dimensões das obsessões e compulsões com sua distribuição nos pacientes com esquizofrenia associada ao TOC ou ao SOC ou em pacientes apenas com TOC**

Dimensão	Esquizofrenia + TOC n (%)	Esquizofrenia + SOC n (%)	Esquizofrenia + TOC e SOC n (%)	TOC sem Esquizofrenia n (%)
Agressão	5 (50)	7 (53.8)	12 (52.2)	55 (71.0)
Sexual/religiosa	7 (70)	7 (53.8)	14 (60.9)	40 (51.0)
Simetria	6 (60)	2 (15.4)	8 (34.8)	63 (81.0)
Contaminação	4 (40)	4 (30.8)	8 (34.8)	54 (69.0)
Colecionismo	3 (30)	6 (46.2)	9 (39.1)	32 (41.0)
Diversas	6 (60)	5 (38.5)	11 (47.8)	64 (82.0)

## 6. Discussão

Encontramos, em uma amostra total de 60 pacientes com esquizofrenia, 10 pacientes (16.7%) com a comorbidade de TOC e 13 pacientes (21.7%) com presença de SOC, que não preenchem critérios diagnósticos para o TOC. A presença de TOC ou SOC foi semelhante entre pacientes usando clozapina ou haloperidol (40% e 35% respectivamente). Dentre os 40 pacientes em uso de clozapina, oito (20%) preencheram critérios diagnósticos para TOC e oito (20%) apresentavam SOC. Essas freqüências são comparáveis com aquelas descritas na literatura atual (Cassano, 1998; Berman, 1995; Dominquez et al., 1999; Lin et al., 2006). Já nos pacientes em uso de haloperidol, apenas dois (10%) apresentaram a comorbidade TOC e cinco (8.3%) apresentavam SOC. Não encontramos na literatura dados referentes à freqüência de TOC ou SOC em pacientes em uso de antipsicótico típico.

Nos 23 pacientes que apresentaram queixas obsessivo-compulsivas (TOC +SOC) em alguma das seis dimensões da escala DYBOCS, foi medido o escore da escala YBOCS no qual se evidenciou que os pacientes em uso de clozapina apresentavam maior gravidade dos SOCs comparados aos pacientes em uso de haloperidol (tabela 5). Esse resultado indicou uma diferença estatisticamente significativa no escore YBOCS entre os pacientes em uso de clozapina e haloperidol, fazendo supor que o uso de clozapina estaria associado a uma maior gravidade de SOCs em pacientes com esquizofrenia.

Pacientes em tratamento com clozapina apresentaram maior freqüência de uso de antidepressivos quando comparados aos pacientes em tratamento

com haloperidol. O maior uso de antidepressivo também foi encontrado em pacientes com TOC ou SOC em comparação àqueles que não tinham sintomatologia obsessivo-compulsiva. É possível que o maior uso de antidepressivos esteja associado ao uso de clozapina ou à presença de sintomatologia obsessivo-compulsiva. Porém dado o caráter transversal do presente estudo, não foi possível avaliar retrospectivamente a indicação do emprego de antidepressivos como, por exemplo, queixas depressivas, ou depressão maior.

Os pacientes com esquizofrenia e TOC (n=10) apresentaram-se clinicamente mais comprometidos, de acordo com a avaliação da escala PANSS e suas subdivisões, quando comparados aos pacientes sem a comorbidade do TOC ou SOC. Contudo, quando comparamos os pacientes pelo uso de clozapina ou haloperidol, verificamos que os pacientes em uso de haloperidol não apresentaram diferenças significativas nas avaliações da PANSS (nas suas subdivisões positiva, negativa e geral) e CGI (tabela 7). Autores como Fenton e Mc Glashan (1986), Berman (1995) e Kayahan (2005) constataram que a presença de TOC em pacientes com esquizofrenia estaria relacionada com um prognóstico pior e com um maior comprometimento cognitivo. Em nosso estudo, a associação de maior gravidade psicopatológica em pacientes com esquizofrenia e TOC foi evidenciada pelas escalas PANSS e YBOCS (tabela 7).

Com base nas informações extraídas da escala DYBOCS, verificamos nos 23 pacientes com a sintomatologia obsessivo-compulsiva (TOC+SOC), as obsessões sexuais e religiosas e compulsões relacionadas como os SOC mais freqüentemente encontrados (60.9% dos pacientes), seguido por obsessões e



compulsões de agressão (52.2%), diversas (47.8%), colecionismo (39.1%), simetria (34.8%) e contaminação (34.8%). Os achados de Rosario-Campos et al. (2006) evidenciam uma distribuição diversa das dimensões da escala DYBOCS em pacientes com TOC daquelas encontradas no presente estudo, fazendo supor a possibilidade de que a associação dos sintomas obsessivos com sintomas da esquizofrenia possa ter modificado essa distribuição dimensional.

### **Limitações Metodológicas**

O Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas apresenta uma considerável facilidade na prescrição e dispensação de antipsicóticos atípicos. Na atualidade, com o progresso da terapêutica, os pacientes com esquizofrenia têm recebido cada vez menos antipsicóticos de primeira geração. Conduzimos um estudo unicêntrico com o objetivo de homogeneizar nossa amostra e evitar variáveis confundidoras como, por exemplo, a politerapia antipsicótica, muito comum em nosso meio. Encontramos grande dificuldade em localizar pacientes que estivessem em uso de haloperidol por um período superior a seis meses e, sobretudo, que estivessem em monoterapia antipsicótica. Esses foram fatores que trouxeram limitações a este estudo, como uma amostra relativamente pequena, sobretudo em termos do grupo controle. Além disso, trata-se de um estudo de corte transversal que, como é sabido, limita inferências causais, permitindo somente estabelecer inferências entre termos de associação entre as condições clínicas e as medicações em uso pelos pacientes.

## 7. Conclusões

Não encontramos maior frequência da sintomatologia obsessivo-compulsiva, mas sim uma exacerbação desses sintomas em pacientes em uso de clozapina. As taxas de TOC e SOC foram semelhantes às relatadas em outros estudos. A psicopatologia dos pacientes com esquizofrenia e TOC foi mais grave dentre os pacientes avaliados. A presença ou exacerbação dos SOC na esquizofrenia não está relacionada na literatura ao uso de antipsicóticos típicos, mas, neste grupo, encontramos 10% (n=2) dos pacientes com a comorbidade esquizofrenia e TOC e 25% (n= 5) com esquizofrenia e SOC. Contudo, nossa maior limitação foi o pequeno número de pacientes com TOC em uso de haloperidol.

Esses achados sugerem que a clozapina pode estar relacionada a um quadro clínico pior em termos de associação com SOC e TOC. O reconhecimento dessa associação pode proporcionar não apenas um manejo mais apropriado desses pacientes, mas também trazer novos *insights* ao entendimento dos mecanismos subjacentes envolvidos nessa importante manifestação clínica da esquizofrenia associada à sintomatologia obsessivo-compulsiva. Futuros estudos longitudinais controlados e randomizados, poderão auxiliar a elucidação dos mecanismos psicopatológicos e farmacológicos dessa comorbidade em pacientes com esquizofrenia.

## 8. Referências Bibliográficas

Alevisos B, Lykouras L, Zervas IM, Christodoulou GN. Risperidone-induced obsessive-compulsive symptoms: a series of six cases. *J Clin Psychopharmacol*. 2002 Oct;22(5):461-7.

Almeida Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes JF e cols. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Revista ABP-APAL* 1992; 14(3):93-104.

American Psychiatric Association - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.

Baker RW, Chengappa KNR, Baird JW, Steingard S, Christ MA, Schooler NR. Emergence of obsessive-compulsive symptoms during treatment with clozapine. *J. Clin. Psychiatry* 1992; 53: 439–442.

Baxter LR. Brain imaging as a tool in establishing a theory of brain pathology in obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1990 Feb;51 Suppl:22-5; discussion 26.

Berman I, Kalinowski A, Berman SM, Lengua J, Green AI. Obsessive and compulsive symptoms in chronic schizophrenia. *Compr Psychiatry*. 1995 Jan-Feb;36(1):6-10.

Berman I, Pappas D, Berman SM: Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: are they manifestations of a distinct subclass of schizophrenia? *CNS Spectrums* 1997; 2:45-48.

Bermanzohn PC: Prevalence and prognosis of obsessive-compulsive phenomena in schizophrenia: a critical view. *Psychiatr Annals* 1999; 29:508-512.

Berrios GE. Historia de los trastornos obsesivos. In: Ruiloba JV, Berrios GE editors. 2nd edition. *Estados Obsesivos*. Barcelona: Masson; 1995. p. 1-14.

Bleuler E: *Dementia Praecox, or the Group of Schizophrenias* (1911). Translated by Zinken J. New York, International Universities Press, 1950.

Bumke O: *Lehrbuch der Geisteskrankheiten*, 3<sup>rd</sup> Edition. Munchen, Bergmann, 1944.

Cassano GB, Pini S, Sacttoni M, Rucci P, Dell'Osso L. Occurrence and clinical correlates of psychiatric comorbidity in patients with psychotic disorders. *J Clin Psychiatry*. 1998 Feb;59(2):60-8.

Chakos M, Lieberman J, Hoffman E, Bradford D, Sheitman. Effectiveness of second-generation antipsychotics in patients with treatment-resistant schizophrenia: a review and meta-analysis of randomized trials. *Am J Psychiatry*. 2001. 158(4): 518-26.

D. Denys, J. Zohar, G.M. Westenberg, The role of dopamine in obsessive-compulsive disorder: preclinical and clinical evidence, *J. Clin. Psychiatry* 65 (Suppl. 14) (2004) 1–17.

Davis JM, Chen N, Glick ID. A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 553–64.

Dewey SL, Smith GS, Logan J, Alexoff D, Ding YS, King P, Pappas N, Brodie JD, Ashby CR Jr: Serotonergic modulation of striatal dopamine measured with positron emission tomography (PET) and in vivo microdialysis. *J Neurosci* 1995; 15:821-829.

Dominguez RA, Backman KE, Lugo SC: Demographics, prevalence and clinical features of the schizo-obsessive subtype of schizophrenia. *CNS Spectrums* 1999; 4:50-56.

Eisen JL, Rasmussen SA. Obsessive compulsive disorder with psychotic features. *J Clin Psychiatry*. 1993 Oct;54(10):373-9.

Elkis, H Treatment-resistant schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am.* 2007, 30(3):511-33.

Farde L, Nordstrom AL, Wiesel FA, et al. Positron emission tomographic analysis of central D1 and D2 dopamine receptor occupancy in patients treated with classical neuroleptics and clozapine. Relation to extrapyramidal side effects. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49 (7): 538-44.

Fenton WS, McGlashan TH: The prognostic significance of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1986; 143:437-441

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). Biometric Research Department, New York, NY, New York State Psychiatric Institute, 1995.

Freudenreich O, Goff DC. Antipsychotic combination therapy in schizophrenia. A review of efficacy and risks of current combinations. *Acta Psychiatr Scand.* 2002 Nov;106(5):323-30.

Freud A: Obsessional neurosis: a summary of psychoanalysis views as presented at the congress. *Int J Psychoanal* 47:116-122, 1966.

Freud S: Further recommendations in the technique of psychoanalyses (1908), in *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of*

Sigmund Freud, Vol2. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1957, pp 342-365.

Goodman, WK; Price, LH; Rasmussen, AS; Mazure, C; Fleischman, RL; Hill, CL; Heninger, GR; Charney, DS- The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. development use and reliability. Arch Gen Psychiatry, 46:1006-1011,1989.

Goodman WK, McDougle CJ, Price LH, Riddle MA, Pauls DL, Leckman JF. Beyond the serotonin hypothesis: a role for dopamine in some forms of obsessive compulsive disorder? J Clin Psychiatry. 1990 Aug;51 Suppl:36-43; discussion 55-8.

Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology: Publication 76-338. Washington, US Department of Health, Education and Welfare, 1976.

Gründer G, Carlsson A, Wong DF. Mechanism of new antipsychotic medications – occupancy is not just antagonism. Arch Gen Psychiatry 2003; 60:974-977.

Hollander E, DeCaria CM, Nitsescu A, Gully R, Suckow RF, Cooper TB, Gorman JM, Klein DF, Liebowitz MR. Serotonergic function in obsessive-compulsive disorder. Behavioral and neuroendocrine responses to oral m-

chlorophenylpiperazine and fenfluramine in patients and healthy volunteers. Arch Gen Psychiatry. 1992 Jan;49(1):21-8.

Hwang MY, Morgan JE, Losonczy MF: Clinical and neuropsychological profiles of obsessive-compulsive schizophrenia: a pilot study. J Neuropsychiatry and Clin Neurosci 2000; 12(1):91-94.

Hwang MY, Opler LA: Management of schizophrenia with obsessive-compulsive disorder. Psychiatr Annals 2000; 30:23-28.

Jacobs BL, Azmitia EC: Structure and function of the brain serotonin system. Physiol Rev 1992; 72:165-229.

Kane J, Honigfeld G, Singer J, Meltzer H Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic. A double-blind comparison with chlorpromazine. Arch Gen Psychiatry. 1988 ;45:789-796.

Kane JM, Marder SR. Psychopharmacologic treatment of schizophrenia. Schizophr Bull 1993; 19: 287–302.

Kapur S, Remington G. Serotonin-dopamine interaction and its relevance to schizophrenia. Am J Psychiatry. 1996 Apr;153(4):466-76.



Kapur S, Zipursky R, Jones C, et al. Relationship between dopamine D(2) occupancy, clinical response, and side effects: a double-blind PET study of first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2000; 157 (4): 514-20.

Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987;13:261-276.

Kayahan B, OZTURK O, VEZNEDAROGLU B, ERASLAN D. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: Prevalance and clinical correlates. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* (2005), 59, 291–295.

Leckman JF, Grice DE, Boardman J, Zhang H, Vitale A, Bondi C, Alsobrook J, Peterson BS, Cohen DJ, Rasmussen SA, Goodman WK, McDougle CJ, Pauls DL: Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154:911–917.

Lin SK, Su SF, Pan CH. Higher plasma drug concentration in clozapine-treated schizophrenic patients with side effects of obsessive/compulsive symptoms. *Ther Drug Monit.* 2006 Jun;28(3):303-7.

Lykouras, L., Alevizos, B., Michalopoulou, P., Rabavilas, A., 2003. Obsessive–compulsive symptoms induced by atypical antipsychotics. A review of the reported cases. *Prog. Neuro-psychopharmacol. Biol. Psychiatry* 27, 333–346.

Mancama D, Arranz MJ, Kerwin RW. Genetic predictors of therapeutic response to clozapine: current status of research. *CNS Drugs*. 2002;16(5):317-24.

Meltzer, HY, Matsubara S and Lee JC. Classification of typical and atypical antipsychotic drugs on the basis of dopamine D-1, D-2 and serotonin pKi values. *J Pharmacol Exp. Ther.* 1989; 251: 238-246.

Meltzer, HY. The mechanism of action of novel antipsychotic drugs. *Schizophr Bull.* 1991;17:263-287.

Mueser KT, McGurk SR. Schizophrenia. *Lancet.* 2004 Jun 19;363(9426):2063-72.

Piccinelli M, Pini S, Bellantuono C. Efficacy of drug treatment in obsessive-compulsive disorders: a meta-analytic review. *Br J Psychiatry* 1995; 166, 424-43.

Poyurovsky M, Michaelovsky E, Frisch A, Knoll G, Amir I, Finkel B, Buniak F, Hermesh H, Weizman R. COMT Val158Met polymorphism in schizophrenia with obsessive-compulsive disorder: a case-control study. *Neurosci Lett.* 2005 Nov 25;389(1):21-4.

Poyurovsky M, Fuchs C, Weizman A: Obsessive-compulsive disorder in patients with first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1998-2000.

Poyurovsky M, Weizman A, Weizman R. Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: clinical characteristics and treatment. *CNS Drugs*. 2004;18(14):989-1010.

Ongur D, Goff DC. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: associated clinical features, cognitive function and medication status. *Schizophrenia Research* 362 75 (2005) 349–362.

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 and Leckman JF. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Molecular Psychiatry* (2006) 11, 495–504

Salgado P, Turón VJ, Olivares J. Epidemiología e historia natural de los trastornos obsesivo-compulsivos. In: Ruiloba JV, Berrios GE editors. 2nd edition. *Estados Obsesivos*. Barcelona: Masson; 1995. p. 15-26.

Silvestri S, Seeman MV, Negrete JC, Houle S, Shammi CM, Remington GJ, Kapur S, Zipursky RB, Wilson AA, Christensen BK, Seeman P. Increased dopamine D2 receptor binding after long-term treatment with antipsychotics in humans: a clinical PET study. *Psychopharmacology (Berl)*. 2000 Oct;152(2):174-80.

Stein DJ, Spadaccini E, Hollander E. Meta-analysis of pharmacotherapy trials for obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacology* 1995; 10:11-8.

Tauscher J, Kapur S. Choosing the right dose of antipsychotics in schizophrenia: lessons from neuroimaging studies. *CNS Drugs* 2001; 15: 671-8.

Weissmann MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Lee CK et al. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder: the cross national collaborative group. *J Clin Psychiatry* 1994; 55(3):5-10.

Westphal K: Über Zwangsvorstellungen. *Archiv für Psychiatrie und Nevenkrankheiten* 8:734-750, 1878.

Woods SW. Chlorpromazine Equivalent Doses for the Newer Atypical Antipsychotics. *J Clin Psychiatry* 2003;64:663-667.

Yaryura-Tobias JA. *Obsessive-Compulsive Disorder Spectrum*. American Psychiatric Press; 1997. 320 pp.

## APÊNDICES

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(Instruções para preenchimento no verso)

---

**I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU  
RESPONSÁVEL LEGAL**

1. NOME DO PACIENTE :.....  
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : ..... SEXO : .M  F   
DATA NASCIMENTO: ...../...../.....  
ENDEREÇO: ..... Nº: ..... APTO: .....  
BAIRRO: ..... CIDADE .....  
CEP:..... TELEFONE: DDD (.....) .....
2. RESPONSÁVEL LEGAL .....  
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.) .....  
DOCUMENTO DE IDENTIDADE: .....SEXO: M  F   
DATA NASCIMENTO: ...../...../.....  
ENDEREÇO: ..... Nº..... APTO: .....  
BAIRRO:.....CIDADE:.....  
.....  
CEP: ..... TELEFONE: DDD (.....).....

---

**II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA**

1. **TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:** Caracterização dos sintomas obsessivo-compulsivos em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia em uso de clozapina ou haloperidol.
2. **PESQUISADOR:** Antonio Reis de Sa Junior.
3. **CARGO/FUNÇÃO:** Médico Psiquiatra Pós-graduando  
Inscrição no Conselho Regional de Medicina Nº 110026  
UNIDADE DO HCFMUSP: Instituto de Psiquiatria
4. **AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:**
- |             |                          |              |                                     |             |                          |
|-------------|--------------------------|--------------|-------------------------------------|-------------|--------------------------|
| SEM RISCO   | <input type="checkbox"/> | RISCO MÍNIMO | <input checked="" type="checkbox"/> | RISCO MÉDIO | <input type="checkbox"/> |
| RISCO BAIXO | <input type="checkbox"/> | RISCO MAIOR  | <input type="checkbox"/>            |             |                          |
- (probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)
-

### **III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:**

1. A pesquisa visa verificar a frequência de sintomas obsessivo-compulsivos e características clínicas e genéticas em pessoas como você, que fazem uso de medicamentos chamados antipsicóticos.
2. Para isso serão realizadas as aplicações de entrevistas semi-estruturadas e escalas de avaliação psiquiátricas que podem durar de 2 a 4 horas para seu total preenchimento. Quando necessário poderá ser colhido material sanguíneo, desde que não estejam envolvidos riscos para a sua saúde. O material poderá ser congelado para eventuais análises em projetos futuros.
3. O único desconforto possível é decorrente da coleta de sangue, uma "picada de agulha" e eventualmente uma dor leve no local da injeção.
4. Os benefícios decorrem do fato que poderemos entender melhor o desenvolvimento de sintomas obsessivo-compulsivos em pessoas que fazem uso de antipsicóticos e no futuro tentar propor novas estratégias para tratar ou mesmo amenizar a presença desses sintomas.
5. Você tem direito de acesso aos resultados obtidos em todas as avaliações realizadas.
6. Você receberá uma cópia deste documento que está assinando e tem liberdade para retirar o consentimento: o consentimento pode ser retirado em qualquer momento, sem prejuízo da continuidade do tratamento.
7. Os dados obtidos serão publicados, mas seus dados pessoais mantidos em sigilo, assim você terá sua privacidade preservada.

---

### **IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:**

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.
4. disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.
5. viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

---

### **V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.**

**Nome dos responsáveis:** Prof. Dr. Hélio Elkis e Antonio Reis de Sá Junior

**Endereço para contato em caso de intercorrências:** Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP

**Telefone:** 3069-6971

---

### **VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:**

---

### **VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo,                    de                    de 2006                    .

---

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

---

assinatura do pesquisador  
(carimbo ou nome Legível)

# Caracterização dos sintomas obsessivo-compulsivos em pacientes com esquizofrenia em uso de clozapina ou haloperidol

## Avaliação Inicial

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Data em que o paciente ou seu representante legal assinou o TCLE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O TCLE foi obtido antes de realizado qualquer procedimento do estudo?  Não  Sim

### Critérios de Elegibilidade

#### Critérios de Inclusão

- Pacientes que preenchem os critérios do DSM-IV para esquizofrenia.
- Os pacientes devem estar em tratamento com clozapina ou em uso de antipsicóticos de primeira geração durante pelo menos 6 meses (verificado em prontuário).
- Todo paciente e/ou responsável legal deve assinar o termo de consentimento livre e esclarecido antes de participar do estudo.

#### Critérios de Exclusão

- Pacientes com diagnóstico de TOC anterior ao início de tratamento para esquizofrenia (verificado em prontuário e confirmado na entrevista).

Baseado nos critérios de inclusão e exclusão do protocolo, o paciente é considerado elegível à pesquisa?

Não  Sim

### Dados Demográficos

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Feminino

Raça:  branca  negra  asiática  outra  
(especificar): \_\_\_\_\_



## HISTÓRICO MÉDICO

Há histórico de patologia nos sistemas descritos abaixo? (“Sim” ou “Não” para cada sistema).		SISTEMA	JUSTIFICATIVA, NOS CASOS DE RESPOSTA AFIRMATIVA
Sim	Não		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cabeça, olhos, ouvido, nariz, garganta	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardíaco	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vascular Periférico	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiratório	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gastrointestinal	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatobiliar	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Renal	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitourinário	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endócrino-Metabólico	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hematológico-Linfático	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Musculoesquelético	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dermatológico	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurológico	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psiquiátrico, exceto Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme ou Esquizoafetivo	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neoplasia	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uso de álcool	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uso de tabaco	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuso de drogas	
OUTROS (especificação)			

	<b>1 = Normal</b> <b>2 = Anormal</b> <b>3 = Não realizado</b>	<b>Descrição da anormalidade, se presente</b>
<b>Aparência Geral</b>	<b>1 2 3</b>	
<b>Aparelho Cardiovascular</b>	<b>1 2 3</b>	
<b>Aparelho Respiratório</b>	<b>1 2 3</b>	
<b>Cabeça, Ouvido, Olhos, Nariz, Garganta</b>	<b>1 2 3</b>	
<b>Pescoço</b>	<b>1 2 3</b>	
<b>Abdome</b>	<b>1 2 3</b>	
<b>Nodos Linfáticos</b>	<b>1 2 3</b>	
<b>Genitourinário</b>	<b>1 2 3</b>	
<b>Extremidades</b>	<b>1 2 3</b>	
<b>Neurológico</b>	<b>1 2 3</b>	
<b>Pele</b>	<b>1 2 3</b>	
<b>Músculo Esquelético</b>	<b>1 2 3</b>	
<b>Outro (especifique)</b>	<b>1 2 3</b>	



# PANSS (1)

1 = AUSENTE                      2=MÍNIMO                      3=LEVE                      4=MODERADO  
 5= MORERADAMENTE GRAVE                      6= GRAVE                      7 EXTREMO

**1 ESCALA POSITIVA ( P )**

P1	DELÍRIOS .....	1	2	3	4	5	6	7	
P2	DESORGANIZAÇÃO CONCEITUAL .....	1	2	3	4	5	6	7	
P3	COMPORTAMENTO ALUCINATÓRIO .....	1	2	3	4	5	6	7	
P4	EXCITAÇÃO .....	1	2	3	4	5	6	7	
P5	GRANDIOSIDADE .....	1	2	3	4	5	6	7	
P6	DESCONFIANÇA/PERSEGUIÇÃO .....	1	2	3	4	5	6	7	
P7	HOSTILIDADE .....	1	2	3	4	5	6	7	
SUB-TOTAL									

**2 ESCALA NEGATIVA ( N )**

N1	EMBOTAMENTO AFETIVO .....	1	2	3	4	5	6	7	
N2	RETRAIAMENTO EMOCIONAL .....	1	2	3	4	5	6	7	
N3	CONTATO POBRE .....	1	2	3	4	5	6	7	
N4	RETRAIAMENTO SOCIAL PASSIVO/APATICO .....	1	2	3	4	5	6	7	
N5	DIFICULDADE NO PENSAMENTO ABSTRATO .....	1	2	3	4	5	6	7	
N6	FALTA DE ESPONTANEIDADE NA FLUENCIA DA CONVERSA	1	2	3	4	5	6	7	
N7	PENSAMENTO ESTEREOTIPADO .....	1	2	3	4	5	6	7	
SUB-TOTAL									

**3. ESCALA DE PSICOPATOLOGIA GERAL ( G )**

G1	PREOCUPAÇÃO SOM.ATICA .....	1	2	3	4	5	6	7	
G2	ANSIEDADE .....	1	2	3	4	5	6	7	
G3	SENTIMENTOS DE CULPA .....	1	2	3	4	5	6	7	
G4	TENSÃO .....	1	2	3	4	5	6	7	
G5	MANEIRISMO E POSTURA .....	1	2	3	4	5	6	7	
G6	DEPRESSÃO .....	1	2	3	4	5	6	7	
G7	RETARDO MOTOR .....	1	2	3	4	5	6	7	
G8	FALTA DE COOPERAÇÃO .....	1	2	3	4	5	6	7	
G9	CONTEÚDO INCOMUM DO PENSAMNETO. ....	1	2	3	4	5	6	7	
G10	DESORIENTAÇÃO. ....	1	2	3	4	5	6	7	
G11	ATENÇÃO POBRE .....	1	2	3	4	5	6	7	
G12	FALTA DE JULGAMENTO E INSIGHT .....	1	2	3	4	5	6	7	
G13	AMBIVALÊNCIA VOLITIVA .....	1	2	3	4	5	6	7	
G14	POBREZA NO CONTROLE DOS IMPULSOS .....	1	2	3	4	5	6	7	
G15	PREOCUPAÇÃO .....	1	2	3	4	5	6	7	
G16	ESQUIVA SOCIAL ATIVA .....	1	2	3	4	5	6	7	
SUBTOTAL									

ESCORE TOTAL DA PANSS (somados os três subtotaís)

## CGI

Considerando sua experiência no manejo de pacientes esquizofrênicos, qual o nível de gravidade da doença neste paciente no momento?

	<b>Tempo 0</b>	<b>Tempo após tratamento</b>
<b>1. Não está doente</b>		
<b>2. Muito leve</b>		
<b>3. Leve</b>		
<b>4. Moderado</b>		
<b>5. Acentuado</b>		
<b>6. Grave</b>		
<b>7. Extremamente grave</b>		

## Escala Dimensional para Avaliação de Presença e Gravidade de Sintomas Obsessivo-Compulsivos (DY-BOCS)

(INTERESSADOS EM UTILIZAR ESTA ESCALA, POR FAVOR, ENTRAR EM CONTATO COM O PROTOC)

### Dimensão I - Obsessões Sobre Agressão, Violência, Desastres Naturais e Compulsões Relacionadas

Lista de sintomas

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade De Início	Obsessões Sobre Agressão, Violência, Desastres Naturais e Compulsões Relacionadas
				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)

**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

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 = **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).

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)

**1. 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

**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 II - Obsessões Sexuais e Religiosas e Compulsões Relacionadas**

Lista de Sintomas

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Obsessões Sexuais e Religiosas e Compulsões Relacionadas
				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.
				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 reasseguramentos 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 relembrar em uma certa ordem. Por favor, marque este item somente se estes rituais mentais forem especificamente relacionados ou feitos com o objetivo de aliviar obsessões sexuais ou religiosas.

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

**Primeiro verifique se você marcou qualquer um dos itens do número 16 ao número 30 na lista de sintomas.**

Você marcou algum destes itens (16 a 30)?    Sim    Não    (Circule um)

**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

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 = **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).

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)

**2. 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

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

#### 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.
				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”.
				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.

**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

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)

**3. 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

**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 IV - Obsessões de Contaminação e Compulsões de Limpeza

### Lista de Sintomas

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Preocupações com Contaminação e Compulsões de Limpeza
				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).
				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.
				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".

**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

**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 = 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).

**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 (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

**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 V - Obsessões e Compulsões de Coleccionismo

### Lista de Sintomas

Nunca	Passado	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 relembradas 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".

**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

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 = **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).

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)

5. **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

**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

### Lista de Sintomas

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Obsessões e Compulsões Diversas
				62. Tenho preocupações com doença ou enfermidade. Por exemplo, medo de ter doenças como câncer, cardiopatias, AIDS, apesar dos médicos terem descartado a possibilidade. Separar essas preocupações das preocupações associadas ao medo de contaminação.

				63. Tenho rituais de verificação relacionados com obsessões sobre doenças. Por exemplo, procurar reassegurar-se com amigos ou médicos de que não tem uma séria doença como cardiopatias ou um tumor no cérebro ou alguma outra forma de câncer. Checar repetidamente partes do corpo ou tomar o pulso compulsivamente, assim como sua pressão sangüínea ou temperatura.
				64. Tenho rituais mentais além de verificação. Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz “em sua cabeça”. Por favor, marque este item somente se estes rituais mentais estiverem especificamente relacionados às obsessões sobre doenças.
				65. Evito certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir a ocorrência de obsessões e compulsões sobre doenças. Por exemplo, não passar dirigindo por um hospital porque isto provoca pensamentos sobre doenças.
				66. Tenho necessidade de saber ou recordar certas coisas. Por exemplo, precisar lembrar coisas insignificantes como números de placas de carros, adesivos, “slogans” de camisetas.
				67. Tenho medos supersticiosos. Por exemplo, medo de passar por um cemitério, por um carro funerário, por um gato preto, passar debaixo de uma escada, quebrar um espelho ou medo de profecias associadas com a morte.
				68. Tenho comportamentos supersticiosos. Por exemplo, não pegar um ônibus ou trem se seu número for um número de azar como o treze. Ser relutante em sair de casa no dia treze do mês. Você pode jogar fora roupas que usou quando passou por uma casa funerária ou por um cemitério.
				69. Tenho números de sorte e de azar. Por exemplo, preocupações com certos números como o treze, ter que realizar atividades um determinado número mágico de vezes, ou ter que iniciar uma atividade somente em uma hora de sorte do dia. Outro exemplo é evitar números que poderiam trazer azar.
				70. Tenho obsessões e/ou compulsões sobre cores com significado especial. Por exemplo, preto pode ser associado com morte, vermelho pode ser associado com sangue ou ferimentos. Você pode evitar o uso de objetos desta cor.
				71. Ouço sons, nomes, palavras ou músicas intrusivas e sem sentido invadem a minha mente. Por exemplo, escutar palavras, canções ou músicas que vem à mente e não consegue pará-las. Ficar preso ao som de certas palavras ou músicas.
				72. Imagens intrusivas (não violentas) que vêm a minha mente. Por exemplo, ter imagens com cenas neutras. Fica vidrado, fixado em detalhes visuais de certas figuras.
				73. Evito certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir qualquer uma destas obsessões e compulsões diversas. Por exemplo, não passar por locais com muito barulho ou não escrever certos números.
				74. Fico paralisado realizando comportamentos repetitivos e isso lentifica as minhas ações. Por exemplo, tomar banho, vestir-se ou ir para casa são atividades que tomam horas do dia. Outros podem ficar paralisados comendo ou falando, e estas atividades tomam muito mais tempo do que o necessário.
				75. Faço listas mais do que preciso. Fazer muitas listas de coisas ou atividades.

			76. Tenho obsessões sobre a possibilidade de ser separado de um familiar próximo. Por exemplo, preocupação de que algo terrível pode acontecer a um de seus pais, ou criança, ou namorado (a) e que em decorrência disto você nunca mais poderá vê-los novamente.
			77. Tenho compulsões ou rituais realizados para prevenir a perda de alguém (ou ser separado de alguém) muito querido. Por exemplo, seguir essa pessoa especial de aposento em aposento, ou telefonar diversas vezes; ter que rezar ou realizar rituais específicos para evitar que coisas más aconteçam a alguém.
			78. Tenho obsessões de que posso me tornar uma pessoa em particular. Por exemplo, ter um pensamento de que você pode se tornar uma pessoa em particular ou vir a ser outra pessoa; medo de que uma parte de seu corpo não pertença a você.
			79. Tenho compulsões para me livrar de pensamentos sobre me tornar uma outra pessoa. Por exemplo, empurrar os pensamentos para longe ou realizar algum ritual para se livrar destes pensamentos.
			80. Tenho rituais de olhar fixamente ou piscar. Por exemplo, necessidade de olhar algo até que seus contornos pareçam “estar legais”; ou “ter que” olhar para as coisas de uma determinada maneira por um determinado tempo.
			81. Tenho necessidade de repetir algo que eu ou outra pessoa tenha dito. Pode ser uma determinada palavra que você não consegue tirar da cabeça ou pode ser o final de uma frase que você acabou de dizer ou ouviu alguém dizer.
			82. Tenho preocupação excessiva com certas partes do corpo ou com a aparência física. Por exemplo, preocupação com a aparência, segurança ou funcionamento do rosto, orelhas, nariz, olhos ou alguma outra parte do corpo. Preocupação de que uma parte do corpo seja muito feia ou deformada, apesar dos outros afirmarem o contrário.
			83. Verifico coisas relacionadas a obsessões sobre aparência. Por exemplo, procuro 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)

**3. Quanto de seu tempo é ocupado por estas obsessões e compulsões?** Ou quanto frequentemente 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)

6. **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

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.

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

#### **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

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

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

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

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

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

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

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

## ESCALA OBSESSIVO-COMPULSIVO DE YALE-BROWN – Y-BOCS (Goodman et al., 1989)

As questões 1 a 5 são sobre **PENSAMENTOS OBSESSIVOS**.

**Obsessões** são idéias, imagens ou impulsos indesejados que penetram no pensamento contra a vontade ou esforços para resistir a eles. Geralmente envolvem temas relacionados a danos, riscos ou perigos. Algumas obsessões comuns são: medo excessivo de contaminação, dúvidas recorrentes sobre perigo, preocupação extrema com ordem, simetria ou perfeição, medo de perder coisas importantes.

Por favor, responda cada questão assinalando o quadrado respectivo.

### 1. TEMPO OCUPADO POR PENSAMENTOS OBSESSIVOS

P. Quanto de seu tempo é ocupado por pensamentos obsessivos?

0	<b>nenhum</b>	
1	<b>leve</b>	menos de 1 hora/dia ou intrusões ocasionais
2	<b>moderado</b>	1 a 3 horas/dia ou intrusões freqüentes
3	<b>grave</b>	Mais de 3 horas e até 8 horas/dia ou intrusões muito freqüentes
4	<b>muito grave</b>	Mais de 8 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	<b>nenhum</b>	
1	<b>leve</b>	leve interferência nas atividades sociais ou ocupacionais outras, mas o desempenho global não é deteriorado
2	<b>moderado</b>	clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar
3	<b>grave</b>	provoca deterioração considerável no desempenho social ou ocupacional
4	<b>muito grave</b>	mal-estar quase constante e incapacitante

### 3. SOFRIMENTO RELACIONADO AOS PENSAMENTOS OBSESSIVOS

P. Até que ponto os seus pensamentos obsessivos o perturbam ou provocam mal-estar em você?

0	<b>nenhum</b>	
1	<b>leve</b>	não perturbador
2	<b>moderado</b>	perturbador, mas ainda controlável
3	<b>grave</b>	muito perturbador
4	<b>muito grave</b>	mal-estar quase constante e incapacitador, Angústias quase constantes e incapacitantes

### 4. RESISTÊNCIA ÀS OBSESSÕES

P. Até que ponto se esforça para resistir aos seus 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. Quanto controle você tem sobre seus pensamentos obsessivos? Você tem conseguido parar ou desviar seus pensamentos obsessivos? Você pode rejeitá-los?

0		
	Controle Total	
1	<b>Bom controle</b>	habitualmente capaz de interromper ou afastar as obsessões com algum esforço e concentração
2	<b>Controle moderado</b>	algumas vezes é capaz de interromper ou afastar as obsessões
3	<b>Controle leve</b>	raramente bem sucedido; quando tenta interromper ou afastar as obsessões, consegue afastar a atenção somente com dificuldade
4	<b>nenhum controle</b>	as obsessões são experimentadas como completamente involuntárias; raramente capaz, mesmo que seja momentaneamente, de alterar seus pensamentos obsessivos

As questões seguintes são sobre **COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS**.

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

#### 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 realizar atividades rotineiras graças aos seus rituais?

0	<b>nenhum</b>	
1	<b>leve</b>	(passa menos de 1 hora/dia, fazendo compulsões), ou ocorrência ocasional de comportamentos compulsivos.
2	<b>moderado</b>	passa 1 a 3 horas/dia fazendo compulsões), ou execução freqüente de comportamentos compulsivos
3	<b>grave</b>	(passa de 3 a 8 horas/dia fazendo compulsões), ou execução muito freqüente de comportamentos compulsivos
4	<b>muito grave</b>	(passa mais de 8 horas/dia fazendo compulsões), ou execução quase constante de comportamentos compulsivos(demasiado numerosos para contar)

#### 7.INTERFERÊNCIA PROVOCADA PELOS COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS

P. Até que ponto suas compulsões interferem com sua vida social, ou? Existe alguma atividade profissional que deixa de fazer graças às compulsões?

0	<b>nenhuma</b>	
1	<b>alguma</b>	leve interferência nas atividades sociais ou ocupacionais , mas o desempenho global não está deteriorado
2	<b>moderada</b>	clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar
3	<b>grave</b>	deterioração considerável no desempenho social ou ocupacional
4	<b>muito grave</b>	incapacitante

#### 8.SOFRIMENTO RELACIONADO AO COMPORTAMENTO COMPULSIVO

P. Como você se sentiria se fosse impedido de realizar sua (s) compulsão (ões)? Até que ponto ficaria ansioso?

0	<b>nenhum</b>	
1	<b>algum</b>	ligeiramente ansioso se as compulsões fossem interrompidas, ou ligeiramente ansioso durante a sua execução.
2	<b>moderado</b>	a ansiedade sobe a um nível controlável se as compulsões forem interrompidas, ou a ansiedade sobe a um nível controlável durante a sua execução. se as compulsões fossem evitadas
3	<b>grave</b>	aumento proeminente e muito perturbador da ansiedade se as compulsões forem interrompidas ou aumento proeminente e muito perturbador da ansiedade durante a sua execução.
4	<b>muito grave</b>	ansiedade incapacitadora por qualquer intervenção que possa de 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		
	<b>Controle Total</b>	

1	<b>Bom controle</b>	sente-se pressionado para executar as compulsões, mas tem algum controle voluntário.
2	<b>Controle moderado</b>	sente-se fortemente pressionado a executar as compulsões, e somente consegue controlá-las dificuldade
3	<b>Controle leve</b>	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	<b>nenhum controle</b>	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

ESCORE TOTAL: \_\_\_\_\_  
(OBSESSÕES +COMPULSÕES)