



UNIVERSIDADE PERNAMBUCO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
MESTRADO EM HEBIATRIA



**AVALIAÇÃO DA INFLUÊNCIA DE UM PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO
PARA FAMILIARES ASSOCIADO AO TRATAMENTO COGNITIVO-
COMPORTAMENTAL EM GRUPO PARA ADOLESCENTES
PORTADORES DO TRANSTORNO
OBSESSIVO-COMPULSIVO**

CAMARAGIBE

2009

LUCIANA NAGALLI GROPO

**AVALIAÇÃO DA INFLUÊNCIA DE UM PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO
PARA FAMILIARES ASSOCIADO AO TRATAMENTO COGNITIVO-
COMPORTAMENTAL EM GRUPO PARA ADOLESCENTES
PORTADORES DO TRANSTORNO
OBSESSIVO-COMPULSIVO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Hebiatria da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco como requisito parcial para a obtenção de título de mestre em Hebiatria.

Orientadora: Prof^a Dr^a Kátia Petribú

CAMARAGIBE

2009

Dedico este trabalho a todas aquelas pessoas que sofrem silenciosamente da dor e da escravidão causada pelos seus próprios pensamentos, que aprisionadas vivem neles. Espero que ele possa contribuir ao menos um pouco para a diminuição, tanto de seu sofrimento como de seus familiares e possa auxiliá-los no resgate da qualidade de suas vidas e da esperança.

AGRADECIMENTOS

Tudo o que se constrói em conjunto é seguramente mais sólido, assim foram esses meus passos.

Essa dissertação leva meu nome, mas o empenho, a dedicação de muita gente.

Agradeço a todas aquelas pessoas que de alguma forma me apoiaram ou que de fato dividiram comigo cada passo que dei na construção desse novo caminho.

A minha família que é meu amparo oferecendo-me amor, dedicação e força em todos os momentos.

A minha querida irmã Vanira, que mesmo geograficamente distante, esteve presente afetivamente em todos os momentos, tua fé e alegria me fazem muito bem.

Agradeço aos meus pais. Vocês sempre são exemplos, cada um a seu jeito é claro, de união e desprendimento, e isso me é fortalecedor.

Fábio, esses dois anos seguramente serviram como prova da nossa firme união. Nada abalou nosso amor. Sei que você é a peça de maior importância na minha estabilidade, agradeço a você por ter aberto mão de muito de sua vida para me deixar alçar esse vôo do qual você só pôde ser expectador.

Aninha, minha maior riqueza, agradeço a você pelas demonstrações de carinho intermináveis.

A Kátia, mais do que orientadora e amiga, poço de sabedoria, dedicação, segurança, humildade. Abre caminhos, divide oportunidades. Uma pessoa como poucas. A você, meu verdadeiro obrigada, tanto pelo apoio profissional quanto pelo suporte pessoal.

Agradeço aos colegas do C-TOC que desde que apresentei interesse em trabalhar no tema de Orientação Familiar passaram a me ajudar e mostrar os caminhos possíveis de colocar isso em prática; mesmo à distância, muitas foram as contribuições, sem dúvida somos uma equipe. Pessoas boas, com objetivos verdadeiros de ajudar ao próximo, assim é esse grupo.

Algumas pessoas tornaram-se importantes nesse estudo, em especial, meu agradecimento ao professor Cordioli, grande incentivador, à Maria Conceição do Rosário Campos, sempre disponível para conversas e discussões e a Albina Torres que com um afeto sempre maternal serenamente me orientou em vários momentos.

Agradeço aos AMIGOS do C-TOC/PE, sem dúvida nossos esforços fizeram de nossa equipe uma grande família, todos torcem, auxiliam, participam dos esforços e conquistas uns aos outros. Quantas vezes vi alguns de vocês abrirem mão de momentos de suas vidas para que pudéssemos construir esse “meu” trabalho.

Agradeço especialmente a Anna e Franco pela disponibilidade para as avaliações de acompanhamento de todos os pacientes e a compreensão das dificuldades quanto a organização desse processo.

Obrigada à amiga Elenita, sempre dedicada e incentivadora, aprendi muito com você.

Agradeço também a amiga Luciana Paes de Barros, a tia Lu 2 como diria a Aninha, com quem dividi desde as primeiras aulas do mestrado as angústias, e temores e que me foi tão importante para o arremate final desse trabalho.

Obrigada a todos os “pacientes” do meu consultório que “pacientemente” suportaram as desmarcações e muitas vezes o meu cansaço e, mesmo diante de seus próprios sofrimentos encontravam espaço para me incentivar a continuar a caminhada.

Agradeço também a Tercina, minha fiel escudeira, tira xerox, separa, preenche, digita, pesquisa, marca, desmarca, insere, retira, procura, leva, traz, lembra ... sorri ... sempre sorri.

Os agradecimentos também se dirigem ao CNPQ que viabilizou apoio financeiro ao Projeto: Avaliação da influência de um Programa de Orientação para Familiares em associação ao Tratamento Cognitivo-Comportamental em Grupo para Adolescentes Portadores do Transtorno Obsessivo-Compulsivo, e a CAPES pela bolsa de auxílio a pesquisa concedida de março de 2007 a março de 2009.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1. Transtorno Obsessivo-Compulsivo	19
2.2. Tratamento do TOC.....	23
2.3. Tratamento cognitivo-comportamental do TOC	24
2.4. Tratamento do TOC na infância e adolescência.....	31
2.5. O TOC e a Família.....	32
3. OBJETIVOS	43
3.1. Objetivo Geral.....	44
3.2. Objetivos Específicos	44
4. MATERIAL E MÉTODO.....	45
4.1. Tipo do Estudo.....	46
4.2. Local do Estudo.....	46
4.3. Amostra	46
4.4. População	47
4.4.1. Adolescentes	47
4.4.1.1. Critérios de Inclusão no Estudo para Adolescentes....	48
4.4.1.2. Critérios de Exclusão no Estudo para Adolescentes ..	48
4.4.2. Familiares	48
4.4.2.1. Critérios de Inclusão no Estudo para Familiares	49
4.4.2.2. Critérios de Exclusão no Estudo para Familiares	49
4.5. Coleta de Dados.....	49
4.5.1. Adolescentes	49

4.5.1.1 Principais Instrumentos Utilizados na Coleta de Dados dos Adolescentes	51
4.5.2. Familiares	53
4.6. Determinação da Resposta ao Tratamento	53
4.7. Desenvolvimento do Protocolo da Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo para os Adolescentes Portadores de TOC	54
4.7.1. Seqüência das Sessões do Manual de TCCG Baseado no Protocolo de Cordioli (2002)	55
4.8. Desenvolvimento do Programa de Orientação para Familiares.....	56
4.8.1. Seqüência dos Encontros de Orientação para os Familiares	58
4.9. Análise dos Dados	62
4.10. Definição Operacional e Categorização das Variáveis	63
4.11. Considerações Éticas	66
5. RESULTADOS	67
6. DISCUSSÃO	93
7. CONCLUSÕES.....	110
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	112
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Adolescentes

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido para Familiares

APÊNDICE C – Manual Programa de Orientação à Família de Adolescentes

Portadores de Transtorno Obsessivo-Compulsivo

ANEXOS

ANEXO A – Carta do Comitê de Ética e Pesquisa

ANEXO B - Consórcio Brasileiro de Pesquisa das Doenças do Espectro Obsessivo-Compulsivo

ANEXO C – Manual da Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo – TCCG

ANEXO D – ARTIGO ORIGINAL

MIGUEL, EC; FERRÃO, YA; ROSÁRIO, MC; MATHIS, MA; TORRES, AR; FONTENELLE, LF; HOUNIE, AG; SHAVITT, RG; CORDIOLI, AV; GONZALEZ, CH; PRADO, HS; PERIN, EA; SANTOS, SI; COPQUE, H; DINIZ, JB; SHAVITT, RG; BORGES, MC; LOPES, AP; TORRESAN, RC; RAFFIN, AL; MEYER, E; PETRIBÚ, K; GROPO, LN. The Brazilian Research Consortium on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (CTOC): recruitment, assessment instruments and methods for the development of multisite collaborative studies. **Rev Bras de Psiquiatria**, vol. 30, n. 3, p. 185-96, 2008.

ANEXO E – CARTA AO EDITOR

GROPO, LN; TONIOLO, AGFL; SILVA, ED; FIGUEIREDO, IVS; PETRIBU, K. Observações sobre o artigo “Subtipos Clínicos do Transtorno Obsessivo-Compulsivo com Base na Presença de Compulsões de Checagem e Lavagem” de Fontenelle *et al.*, 2005. **Rev. Bras. Psiquiatria**, vol. 29, n. 3, 2007.

LISTA DE TABELAS, FIGURAS e GRÁFICO

Figura 1 – Modelo cognitivo-comportamental do TOC	26
Figura 2 – Fluxograma da alocação da amostra	68
Figura 3 – Média da pontuação da escala Y-BOCS segundo o subgrupo de respondedores e não respondedores ao tratamento	79
Tabela 1 - Variáveis utilizadas para alocação dos adolescentes.....	47
Tabela 1.2 – Alocação dos adolescentes nos subgrupos A e B.....	69
Tabela 2 – Características sociodemográficas da amostra	71
Tabela 3 – Características clínicas da amostra	74
Tabela 4 – Comorbidades do Eixo I de acordo com o DSM-IV-TR™	76
Tabela 5 – Média e desvio padrão das escalas BDI, BAI e Y-BOCS	78
Tabela 6 – Pontuações inicial e final das escalas BDI e BAI.....	80
Tabela 7 – Pontuação da Y-BOCS e CGI – avaliação inicial e final	82
Tabela 8 – Presença de Acomodação Familiar antes e depois do tratamento/ Acomodação Familiar <i>versus</i> Gravidade inicial dos sintomas e História de SOC familiar	84
Tabela 9 – Resposta ao tratamento e remissão de sintomas.....	85
Tabela 10 – Resposta ao tratamento <i>versus</i> Variáveis sociodemográficas e clínicas 1.....	88
Tabela 11 – Resposta ao tratamento <i>versus</i> Variáveis sociodemográficas e clínicas 2.....	89
Tabela 12 – Média e desvio padrão dos domínios da WHOQOL-bref.....	91

LISTA DE ABREVIATURAS

ABIPEME	Associação Brasileira do Instituto de Pesquisa de Mercado
BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
BDI	Inventário de Depressão de Beck
CEP/HUOC	Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Oswaldo Cruz
CGI	Escala de Impressão Clínica Global
CY-BOCS	Escala de Sintomas Obsessivo-Compulsivos para Crianças da Yale-Brown
DSM-IV-TR™	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. American Psychiatric Association</i>
DY-BOCS	Escala Dimensional de Sintomas Obsessivo-Compulsivos
EAS	Escala de Adequação Social
EPR	Exposição e Prevenção de Resposta
FAS	Escala de Acomodação Familiar
ISRS	Inibidor Seletivo de Recaptação de Serotonina
POF	Programa de Orientação para Familiares de portadores de TOC
PROTOC	Programa do Espectro Obsessivo-Compulsivo
SCID-I	<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR™ Axis I Disorders</i>
SOC	Sintoma Obsessivo-Compulsivo
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TC	Terapia Comportamental
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCCG	Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo

TCCF	Terapia Cognitivo-Comportamental de Base Familiar
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TOC	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
USP-SPS	Escala de Fenômenos Sensoriais
Y-BOCS	Escala de Sintomas Obsessivo-Compulsivos da Yale-Brown
YTGSS	Escala de Avaliação Global de Tiques desenvolvida pelo <i>Yale Child Study Center</i>
WHOQOL-bref	<i>World Health Organization Quality of Life, short version</i>

RESUMO

INTRODUÇÃO: A acomodação familiar, fenômeno comum às famílias de portadores de Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), faz com que assumam comportamentos inadequados, sobretudo de participação nas compulsões ou rituais dos pacientes, podendo ter influência na piora ou manutenção dos sintomas.

OBJETIVOS: Analisar o efeito de um Programa de Orientação Familiar associado à Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG) aplicada a adolescentes portadores de TOC.

MÉTODO: Ensaio clínico controlado, com alocação seqüencial de pacientes, comparando-se a TCCG isolada ou associada a um Programa de Orientação para Familiares. Doze sessões de TCCG foram aplicadas a 28 portadores de TOC, com idade média de $19,57 \pm 2,52$ anos. Os adolescentes foram alocados no grupo A (TCCG associada à intervenção familiar) ou grupo B (TCCG sem orientação familiar). Como estratégias para comparação dos resultados, 18 famílias participaram do Programa de Orientação Familiar e 10 não receberam nenhum tipo de intervenção (grupo controle). O Programa de Orientação Familiar foi desenvolvido pela autora, ocorrendo em 12 semanas e com uma hora de duração, nos mesmos dias das sessões dos adolescentes.

RESULTADOS: A resposta ao tratamento (redução igual ou maior de 35% na escala Y-BOCS) foi semelhante nos grupos A e B (66,7% e 70,0% respectivamente), porém a remissão completa dos sintomas (ter pontuação menor ou igual a 8 na escala Y-BOCS) foi identificada em 44,4% dos adolescentes do grupo A, comparada a apenas 20% do grupo B. Não houve associação entre resposta ao tratamento com as seguintes variáveis: idade de início de sintomas, faixa etária, sexo, comorbidade com depressão, TDAH, tiques, curso dos sintomas, juízo crítico, adesão ao tratamento, fenômenos sensoriais e acomodação familiar. Apesar de não terem significância estatística, as variáveis que mais estiveram associadas à melhor resposta foram as relacionadas a dimensão de sintoma colecionismo, ter história familiar de TOC, ausência de tratamento anterior, apresentar sintomas leves no início do transtorno e ser solteiro. Houve aumento nas pontuações de todos os domínios da escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF), estatisticamente significativa nos domínios físico ($p=0,002$) e social ($p=0,040$) do grupo A, e no domínio físico ($p=0,031$) do grupo B.

CONCLUSÃO: O Programa de Orientação Familiar, apesar de não ter influenciado na resposta ao tratamento, relacionou-se ao alcance de maior remissão completa dos sintomas no grupo cujas famílias receberam intervenção, o que pode viabilizar maior chance de não recaída nos portadores de TOC.

PALAVRAS CHAVE: terapia comportamental cognitiva, terapia cognitiva, relações familiares, adolescentes, terapia de grupo, transtorno obsessivo-compulsivo, acomodação familiar, resposta ao tratamento.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The family accommodation, common phenomenon in OCD family patients, leads to inadequate behaviors, above all participation in the compulsions or rituals of the patient, especially (may have an) influence on the maintenance or worsening of symptoms.

OBJECTIVES: The aim of the present study was to analyze the effect of a family orientation program associated to cognitive-behavioral group therapy (CBGT) administered to adolescents with OCD.

To evaluate the effect of a Family Orientation Program associated with the Cognitive-Behavioral Therapy Group (CBGT) administered to OCD adolescent patients.

METHODS: An exploratory clinical trial was carried out, with sequential allocation of patients, comparing CBGT alone or associated to a family orientation program. Twelve CBGT sessions were administered to 28 OCD patients with an average age of 19.57 + 2.52 years. The adolescents were allocated to either Group A (CBGT associated to family intervention) or Group B (CBGT without family orientation – control group). As strategies for comparison of results, 18 families participated in the Family Program, and 10 did not receive any intervention (control group). The Family Orientation Program was developed by the author, occurring in 12 weeks with one-hour by meeting, on the same days of the adolescents sessions.

RESULTS: The response to treatment ($\geq 35\%$ decrease in Y-BOCS) was similar in Groups A and B (66.7% X 70.0%), but the complete remission of symptoms (score ≤ 8 on the Y-BOCS) occurred in 44.4% of the adolescents in Group A compared to 20% in Group B. There was no association between treatment response and age at onset symptoms, current age, gender, co-morbidity with depression, attention deficit hyperactivity disorder, ticks, course of symptoms, critical judgment (insight), adherence to treatment or family accommodation. Although no statistical significance was achieved, the variables most associated to a better response were having the hoarding symptom, family history of OCD, absence of prior treatment, having had mild symptoms at the onset of the disorder and being single. There were improvements in the scores of all domains of the Quality of Life Scale (WHOQOL-bref), with statistically significant improvements on physical ($p=0.002$) and social ($p=0.040$) domains in Group A and physical domain ($p=0.031$) in Group B.

CONCLUSION: The Family Orientation Program, although did not have an influence on the treatment response, was related to a greater remission of symptoms in the group whose families received orientation, which may ensure a greater possibility of no relapse of the OCD patients.

KEYWORDS: cognitive behavioral therapy, cognitive therapy, family relations, adolescents, group therapy, obsessive-compulsive disorder, family accommodation, treatment response

1. INTRODUÇÃO

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) na infância e adolescência, assim como nos adultos, é mais comum do que anteriormente se supunha (ROSÁRIO-CAMPOS, 2001; MARCH & MULLE, 1998; FLAMENT *et al.*, 2005), estimando-se uma prevalência de 1 a 4%, embora apenas 20% dos casos recebam diagnóstico e tratamento adequados. (FLAMENT *et al.*, 1988; ZOAR, 1999). Vem sendo expressivamente estudado nos últimos anos, o que tem contribuído para o desenvolvimento cada vez mais preciso de terapêuticas, tanto psicológicas, quanto medicamentosas (O'KEARNEY *et al.*, 2006; CORDIOLI *et al.*, 2002; BRAGA *et al.*, 2005; FINEBERG *et al.*, 2005).

O TOC em geral é grave, incapacitando seus portadores em cerca de 10% dos casos (LENSI *et al.*, 1996) e, na maioria das vezes, apesar da possibilidade de mudanças na gravidade e tipo de sintomas, quando não tratado, mantém-se ao longo da vida (RASMUSSEN, EISEN 1990; LENS I *et al.*, 1996). É um transtorno que causa sofrimento, funcionalmente prejudicial ao indivíduo e seus sintomas envolvem tanto os comportamentos (compulsões, evitação) e os pensamentos (obsessões), quanto as emoções (medo, desconforto, aflição) (RAFFIN, 2007), gerando impacto negativo nas famílias dos portadores (LIVINGSTON-VAN Noppen *et al.*, 1990).

De um terço a metade dos adultos, iniciam os sintomas na infância. Apesar de fatores cognitivos, comportamentais e familiares serem diferentes no TOC da criança/adolescente e no adulto e interferirem na etiologia e manutenção do transtorno, os sintomas do adulto são muitas vezes a continuação dos sintomas desenvolvidos na infância (STORCH *et al.*, 2007 (a); MARCH & LEONARD, 1996; TURNER, 2006; GELLER, 1998). Pode ser identificado desde a primeira infância, sendo denominado de início precoce quando aparece antes dos dez anos de idade (ROSÁRIO-CAMPOS, 2004).

A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) é a abordagem psicoterápica com melhor resposta terapêutica do paciente com TOC, seja ele criança, adolescente ou adulto e, por esse motivo, é indicada como tratamento de escolha (O'KEARNEY *et al.*, 2006; SHAVITT *et al.*, 2007; HOUNIE *et al.*, 2007). Braga (2004) aponta que apesar de melhorarem com esse tratamento, os pacientes podem manter sintomas obsessivos e compulsivos residuais, o que aumenta o risco de recaídas ao longo do tempo. Dessa forma, torna-se importante o desenvolvimento de estratégias que associadas ao protocolo de TCCG (terapia

cognitivo-comportamental em grupo) possam aumentar os índices de remissão ao final do tratamento, tais como programas de orientação familiar.

Na tentativa de viabilizar a aplicação da TCC a um maior número de pacientes e ainda reduzir custos, foram desenvolvidos protocolos de atendimento em grupo para os portadores de TOC, partindo do pressuposto que através da TCCG o compartilhamento de informações, a descoberta da universalidade dos problemas, a aquisição de esperança pela observação dos progressos dos demais pacientes e a correção dos erros cognitivos através da observação do comportamento dos outros poderiam também melhorar a eficácia e a adesão à terapia (*OBSESSIVE COMPULSIVE COGNITIONS WORKING GROUP*, 1997; VAN NOPPEN *et al.*, 1997; CORDIOLI, 2002).

É comum aos pacientes portadores envolverem seus familiares em suas dificuldades diárias e, quando isso acontece, a família pode vir a apresentar comportamentos que irão reforçar a estrutura disfuncional do TOC, fenômeno denominado de Acomodação Familiar. É sabido que, se por um lado a família pode adotar atitudes que reforcem o TOC, por outro podem auxiliar o paciente a superar os sintomas ao lidarem de forma adequada com ele, embora na maioria das vezes não saibam como fazer (LIVINGSTON-VAN NOPPEN *et al.*, 1990; CORDIOLI, 2007b).

Vários autores apontam para a importância da participação da família no tratamento e passaram a incluí-la nos programas, seja em apenas algumas sessões do tratamento do paciente (MARCH & MULLE, 1998; VAN NOPPEN *et al.*, 1990; CORDIOLI, 2002) ou mesmo em todo o processo (VAN NOPPEN *et al.*, 1998; WATERS *et al.*, 2001), o que pode não ser tão facilmente empregado, pois os pacientes portadores de TOC, sobretudo os adolescentes, sentem-se constrangidos em revelar seus sintomas diante de outras pessoas, mesmo sendo elas parte de sua família.

Considerando a escassez de trabalhos específicos sobre o TOC na adolescência e de protocolos que contemplem a participação das famílias de forma adequada, o presente ensaio clínico consistiu em associar um programa de orientação familiar a intervenção com TCCG para adolescentes portadores de TOC. Para tanto, foi utilizado o protocolo de TCCG desenvolvido por Cordioli (2002) e um manual para a intervenção junto às famílias desenvolvido pela autora (Anexo C).

A presente dissertação consiste em uma revisão de literatura acerca do TOC, objetivos do estudo, metodologia utilizada, resultados, discussão, conclusões e considerações finais. Constam, ainda, 5 anexos, onde são encontrados a carta de aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP/HUOC, a apresentação do C-TOC, o manual de TCCG aplicado na população dos adolescentes um artigo original e uma carta ao editor. Nos apêndices encontram-se os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e o manual do Programa de Orientação aos Familiares.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Transtorno Obsessivo Compulsivo

O TOC acomete 2 a 3% da população geral, ocupa o quarto lugar entre os transtornos psiquiátricos mais freqüentes, sendo antecedido pelas fobias, abuso de substâncias e depressão maior (ROBINS *et al.*, 1984). É a décima causa de incapacitação dentre as doenças gerais (MURRAY *et al.*, 1996). Rapoport (1992) relata que, nos últimos 150 anos o TOC deixou de ser conceituado como insanidade, passando a ser considerado um transtorno caracterizado por ações estereotipadas e indesejáveis, ambivalência e ruminações. Esses fenômenos são acompanhados por angústia e interferem no funcionamento geral do indivíduo.

Por sua gravidade, o TOC pode gerar prejuízos consideráveis na qualidade de vida afetiva, social, acadêmica e profissional, tanto nas pessoas atingidas pelo transtorno quanto em seus familiares. Talvez nenhum outro transtorno psiquiátrico deixe a família tão inexoravelmente envolvida na doença como o TOC (LIVINGSTON-VAN NOPPEN *et al.*, 1990).

Entretanto, o impacto negativo na qualidade de vida (QV) do portador de TOC (e de seus familiares) vem sendo subestimado, talvez por este geralmente não ser considerado um transtorno mental grave, tais como os quadros psicóticos crônicos ou demenciais, mas sim um transtorno neurótico cujas manifestações representam um *continuum* com a normalidade. (TORREZAN *et al.*, 2008). Apesar de serem muitos os estudos acerca da QV dos portadores de TOC, eles em geral são limitados em virtude de apresentarem amostras pequenas, gerando assim pouco conhecimento acerca do funcionamento psicossocial e da QV dos portadores (EISEN *et al.*, 2006). Embora poucos estudos tenham examinado mudanças na QV dos portadores de TOC após tratamento, tanto medicamentoso como cognitivo-comportamental, tem sido evidenciada melhora na QV dos pacientes (EISEN *et al.*, 2006; CORDIOLI *et al.*, 2002; SOUZA *et al.*, 2006; RAFFIN, 2007).

O fenômeno obsessivo-compulsivo pode ser normal ou patológico, sendo considerado normal quando não interfere na fluência existencial e no livre arbítrio do indivíduo. Exemplos dessa condição são os rituais de colecionismo na infância e algumas superstições. O transtorno se caracteriza quando o indivíduo passa a se comportar a partir das exigências internas disfuncionais, ou seja, passa a ser comandado pelas obsessões (LEONARD *et al.*, 1990; PETRIBÚ, 1996).

Obsessões são pensamentos, representações mentais, sentimentos, idéias ou impulsos vividos como intrusivos e sem significado particular para o indivíduo (estranhos ao seu referencial próprio), o qual, embora os reconheça como frutos de seu próprio pensamento e deseje extinguí-los, não o consegue. Já as compulsões são ações motoras ou mentais, precedidas por uma sensação de desconforto ou urgência, que é eliminada após a sua realização, aliviando imediatamente a ansiedade, tendo esse alívio grande importância no reforçamento desses comportamentos estereotipados (CUNHA, 1982).

Para o diagnóstico do TOC, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV-TR™ (APA, 2002) intitula que devam aparecer como características essenciais “obsessões e compulsões recorrentes e suficientemente graves, que causem repercussão psíquica, acentuado sofrimento e prejuízo ao indivíduo e que dele consuma ao menos uma hora por dia. Mesmo conseguindo avaliar a disfunção de suas compulsões e pensamentos e tentando resistir a eles, sucumbe frente à crescente tensão psíquica que é aliviada na execução do ato compulsivo.”

Por sua vez, a Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento - CID-10 (1993) aponta os pensamentos obsessivos e as compulsões recorrentes como aspectos principais para o diagnóstico. Nesse sentido, dá menor relevância à característica de resistência aos sintomas, propondo que a execução dos atos compulsivos não é, em si mesma, prazerosa.

Não existem limites para a variedade possível das obsessões e compulsões e as mais freqüentes são o medo de contaminação, de agressão, obsessões de conteúdo sexual ou religioso, a preocupação com simetria e o medo de perder coisas. Algumas das compulsões mais comuns envolvem rituais de limpeza ou lavagem, verificação, ordenação ou arranjo, colecionismo ou compulsões *tic-like* - tais como tocar, esfregar e piscar os olhos (ROSÁRIO-CAMPOS, 1998; 2004).

- A Associação Psiquiátrica Americana estabeleceu os seguintes critérios diagnósticos para o TOC (APA, 2002):

A) Presença de obsessões ou compulsões.

A caracterização das obsessões se dá conforme 1, 2, 3 e 4:

1) Pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que, em algum momento durante a perturbação, são experimentados como intrusivos e inadequados e causam acentuada ansiedade ou desconforto.

2) Os pensamentos, impulsos ou imagens não são meras preocupações excessivas com problemas da vida real.

3) A pessoa tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens, ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação.

4) A pessoa reconhece que os pensamentos, impulsos ou imagens obsessivas são produto de sua mente, e não impostos de fora.

Já as compulsões são definidas por 1 e 2:

1) São comportamentos repetitivos (por exemplo, lavar as mãos várias vezes, organizar, verificar) ou atos mentais (rezar, contar, repetir palavras em silêncio) que a pessoa se sente compelida a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser rigidamente aplicadas.

2) Os comportamentos ou atos mentais visam prevenir ou reduzir o desconforto, como também, para algumas pessoas, são utilizados na intenção de evitar algum evento ou situação temida. Entretanto, esses comportamentos ou atos mentais não têm uma conexão realística com o que visam neutralizar ou evitar e são claramente excessivos.

B) Em algum momento durante o curso do transtorno, o indivíduo reconhece que suas obsessões ou compulsões são excessivas e irracionais. Nota: Isso não se aplica a crianças.

C) As obsessões ou compulsões causam sofrimento acentuado, consomem tempo (mais de 1 hora por dia) e/ou interferem significativamente na rotina, no funcionamento ocupacional (ou acadêmico), em atividades e/ou relacionamentos sociais habituais do indivíduo.

D) Se outro transtorno de Eixo I está presente, o conteúdo das obsessões ou compulsões não deve ficar restrito a ele (por exemplo, preocupação com alimentos na presença de um transtorno da alimentação; arrancar cabelos na presença de tricotilomania; preocupação com aparência na presença de um transtorno dismórfico corporal; preocupação com drogas na presença de um transtorno de uso de substância; preocupação com doenças graves na presença de hipocondria; preocupação com anseios ou fantasias sexuais na presença de uma parafilia; rumações de culpa na presença de um transtorno depressivo maior).

E) A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso ou medicamento) ou uma condição médica geral.

Se, na maior parte do tempo, durante o episódio atual, o indivíduo não reconhece que as obsessões ou compulsões são excessivas ou irracionais deve ser acrescentado ao diagnóstico do TOC a expressão com *insight* pobre (APA, 2002).

O modelo de desenvolvimento do TOC integra vulnerabilidade genética e neurobiológica, modelo cognitivo de processamento de informação, estratégias comportamentais de convivência com a doença (Figura 1), relacionamentos familiares e sociais disfuncionais, além das comorbidades psiquiátricas. Apesar de todos esses fatores participarem da gênese do transtorno, a família e as relações familiares são consideradas como possíveis fatores de risco, tanto para o desenvolvimento, quanto para a manutenção do transtorno (WATERS *et al.*, 2000; PIACENTINI, 1999; POLLOCK *et al.*, 1999; BLACK *et al.*, 1998).

O TOC raramente ocorre sozinho. Pelo menos 50% dos pacientes com TOC apresentam outro transtorno do Eixo I, e no mínimo 40% preenchem critérios para um transtorno de personalidade. Atenção especial deve ser dada à comorbidade do TOC com transtornos de ansiedade e de humor, abuso ou dependência de substâncias, transtornos somatoformes, transtorno de controle do impulso e tiques (PETRIBÚ, 2001; MIGUEL *et al.*, 2008 – Anexo D).

Depressão é a complicação mais freqüente dos portadores de TOC, e além de ser a causa mais comum de hospitalização dos portadores (YARYURA-TOBIAS *et al.*, 1997), a depressão gera prejuízos mais significativos na QV de vida desses indivíduos do que as próprias compulsões *m si* (NIEDERAUER *et al.*, 2007). A depressão está relacionada à gravidade, à cronicidade, à resposta terapêutica insatisfatória e ao pior prognóstico do TOC (YARYURA-TOBIAS *et al.*, 1997; PETRIBÚ, 2001; MIGUEL *et al.*, 2008), e talvez seja mais freqüentemente secundária à incapacitação ocasionada pelos sintomas obsessivo-compulsivos, do que um transtorno comórbido propriamente dito (YARYURA-TOBIAS *et al.*, 1997, RASMUSSEN *et al.*, 1998).

Comorbidades psiquiátricas identificadas em indivíduos adultos com TOC são freqüentemente encontradas também na população de crianças e adolescentes, interferindo na resposta ao tratamento (STORCH *et al.*, 2008 (b); GINSBURG *et al.*,

2008; RAFFIN, 2007). Estudos apontam (MARTIN *et al.*, 2005; VALDERHAUG *et al.*, 2007; STORCH *et al.*, 2008 (d)) que em torno de 62,5% a 74% das crianças e adolescentes apresentam pelo menos uma ou mais comorbidades psiquiátricas, tais como transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), transtornos de comportamentos disruptivos, depressão maior, transtornos de ansiedade e de tiques, além de transtornos específicos do desenvolvimento.

Sabe-se que 20 a 25% dos familiares de indivíduos com TOC de início precoce são portadores do mesmo diagnóstico, e que 30 a 40% desses familiares têm sintomas obsessivos subclínicos ou traços de personalidade obsessivo-compulsiva (MARCH & MULLE, 1996). Tal aspecto pode ser considerado como responsável por fazer com que alguns familiares identifiquem-se e até encorajem os comportamentos obsessivo-compulsivos, reforçando-os significativamente (YARYURA-TOBIAS *et al.*, 1997). É comum a participação direta da família nos rituais e, até mesmo, a transformação de seu cotidiano, podendo esta se envolver de diversas maneiras: ajudando em tarefas simples, respondendo várias vezes a uma mesma pergunta, ou até mesmo fazendo o ritual pelo paciente. Sem perceber, a família vai se moldando ou assumindo as “manias” do paciente (GUEDES, 2001; AMIR *et al.*, 2000; STEKETEE, *et al.*, 2003).

Em geral, os portadores de TOC tentam esconder seus rituais e não divulgam seus pensamentos, pois se envergonham deles. Rapoport (1990) em seu livro “O menino que não podia parar de se lavar” alertou que a conspiração de silêncio dos pacientes faz parte do problema. Diante disso, muitos pacientes tendem ao isolamento, e preocupados com esses comportamentos, seus familiares tentam protegê-los, chegando até mesmo a diminuir seu relacionamento social.

2.2. Tratamento do TOC

Os sintomas do TOC são heterogêneos. As apresentações clínicas, o curso e os aspectos neurofisiológicos, neuropsicológicos e cognitivos, bem como a resposta ao tratamento variam entre os indivíduos (CHACON *et al.*, 2007; ROSÁRIO *et al.*, 2007).

Atualmente, os tratamentos de primeira linha para o TOC são os psicofármacos, associados ou não à TCC, sendo as medicações indicadas

isoladamente para aqueles pacientes que não aceitam a terapia cognitivo-comportamental (SHAVITT *et al.* 2007, HOUNIE *et al.*, 2007).

Os antidepressivos com ação serotoninérgica, especialmente a clomipramina, e os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) são prioritariamente eficazes (SHAVITT *et al.*, 2007). As doses de clomipramina e ISRS utilizadas são geralmente maiores do que as usadas no tratamento da depressão, e os efeitos benéficos destas podem demorar até três meses para se manifestar. Em geral, o tratamento é prolongado, e o tempo necessário para que não ocorram recaídas continua sendo uma questão em aberto (CORDIOLI, 2002).

As mesmas medicações são utilizadas tanto no tratamento do TOC pediátrico/adolescente quanto no adulto (GRADOS *et al.*, 1999). Nas crianças, a introdução imediata de ISRS deve ser feita apenas quando os sintomas são muito graves, quando houver risco de suicídio, na presença de quadros comórbidos ou quando o nível de ansiedade estiver alto. Do contrário, o tratamento de primeira escolha é a TCC (ROSÁRIO-CAMPOS, 2001, PIACENTINI, 1999).

2.3. Tratamento cognitivo comportamental do TOC

Tendo sido desenvolvida a partir dos princípios da aprendizagem, ciência cognitiva e de descobertas obtidas através de experimentos e formulações teóricas rigorosas, a TCC é uma abordagem psicoterápica sistemática, de curta duração e voltada para os problemas atuais do indivíduo. Sua premissa principal é a de que o humor e o comportamento de uma pessoa frente a uma situação são decorrentes da maneira como ela a interpreta, e propõe que seus problemas emocionais e comportamentais surgem como consequência dessas distorções cognitivas (BECK, 1986; BECK, 1995; FALCONE, 2001).

Essa interpretação é sempre expressa em forma de pensamentos automáticos que são pensamentos rápidos, muitas vezes não percebidos. A partir de sua relação com o outro e com seu mundo (ambiente), a criança desenvolve um agente, chamado de crença nuclear, que influenciará diretamente na constituição de seus pensamentos automáticos. As crenças nucleares são idéias rígidas, dizem respeito à forma como a pessoa, os outros, e as coisas são e direcionam o indivíduo

a desenvolver estratégias compensatórias (crenças intermediárias) para lidar com seus problemas e limitações (BECK, 1995).

A prática clínica da TCC com adultos ou crianças fundamenta-se, então, na suposição de que o comportamento visa à adaptação, havendo interação entre os sistemas cognitivo, afetivo, comportamental e fisiológico do sujeito (CAMINHA *et al.*, 2007). A TCC busca, então, a identificação e a correção das distorções cognitivas e, para tanto, combina intervenções cognitivas (identificação, questionamento/desafio dos pensamentos) às técnicas comportamentais que visam alterar as cognições através da mudança comportamental (KNAPP, 2004).

Além das possíveis crenças nucleares comuns a qualquer outro indivíduo, os portadores de TOC apresentam distorções cognitivas muito rígidas, crenças específicas que favorecem o início do transtorno, agravando-o e mantendo seus sintomas (CORDIOLI, 2007 (a); BIELING *et al.*, 2008; *OBSESSIVE COMPULSIVE COGNITIONS WORKING GROUP*, 1997; ARAÚJO *et al.*, 1996). Duas características no modo de organização cognitiva desses pacientes ganham destaque: seu senso exagerado de responsabilidade e suas metacognições, ou seja, as interpretações que fazem acerca de suas obsessões (BIELING *et al.*, 2008). Por serem muito rígidas, essas crenças são responsáveis por até 30% dos abandonos do tratamento, pois interferem negativamente na aceitação e na adesão ao mesmo (KOBAK *et al.*, 1998; CORDIOLI *et al.*, 2002; ARAÚJO *et al.*, 1996).

Dentro da perspectiva da TCC, não é a natureza dos pensamentos intrusivos que os categoriza entre pensamentos normais ou obsessões e sim o modo como os portadores de TOC os interpretam (SALKOVSKIS, 1985; 1994; SALKOVSKIS *et al.*, 1997). As interpretações distorcidas i.e. metacognições distorcidas feitas por eles são responsáveis pela assunção de significado especial aos pensamentos intrusivos, ativando pensamentos automáticos negativos ou catastróficos e emoções desagradáveis tais como: medo, desconforto, ansiedade e depressão (CORDIOLI, 2001).

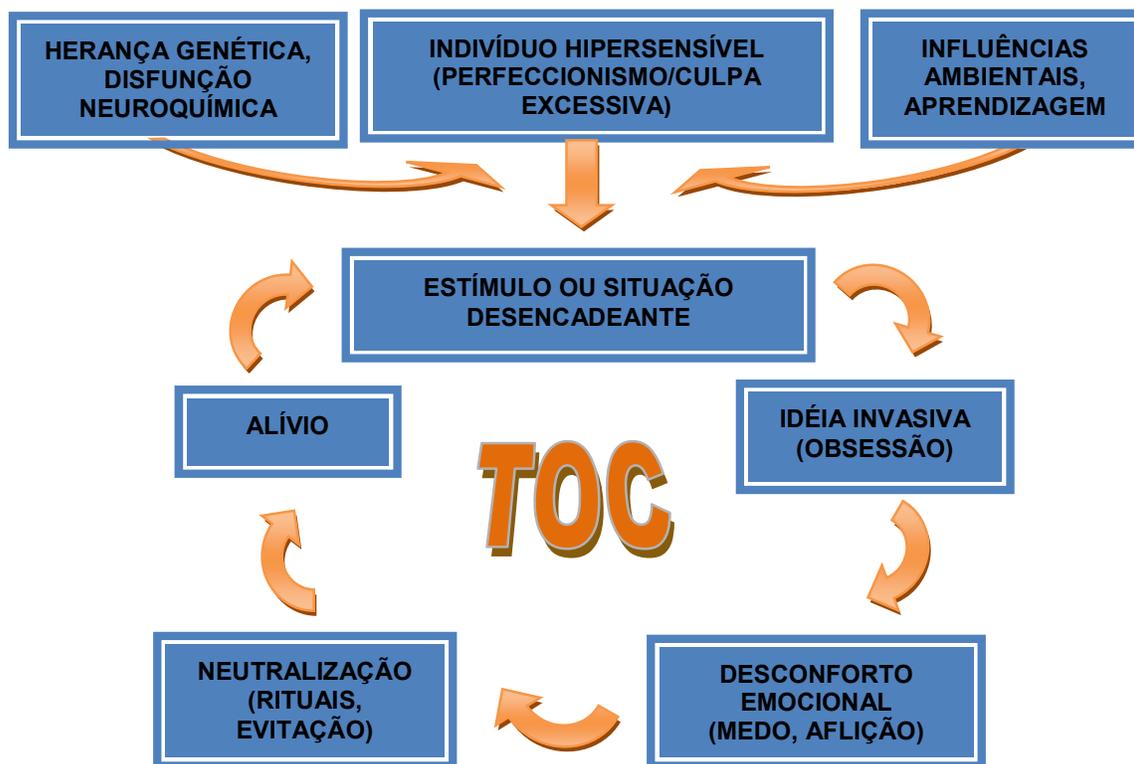


Figura 1 - Modelo cognitivo-comportamental do TOC – Distorções cognitivas ajudam a manter o TOC (adaptado de Salkovskis (1985, 1989); Rachman (1997, 1998); Freeston *et al.* (1997)).

Ao assumirem significado especial, essas intrusões passam a ser sinalizadoras de risco/perigo e assim levam o indivíduo a aumentar a vigilância ou a realizar atos voluntários. Para SALKOVSKIS (1985; 1994; 1997; 2005), os comportamentos de busca de segurança são as compulsões, os rituais, as evitações e os reassuramentos e os que afastam ou evitam os desfechos catastróficos imaginados são denominados neutralizações. É exatamente esse fator – a busca de segurança – o responsável por manter o medo dos pensamentos intrusivos, uma vez que, ao não os colocar em prova (pela evitação ou neutralização que passa a fazer para se livrar deles), o indivíduo não consegue perceber que eles são somente pensamentos e, portanto, não são perigosos (SALKOVSKIS, 1985; 1994; 1997; 2005; RACHMAN, 1997, CORDIOLI, 2001; 2007, 2008).

Para melhor categorização, as crenças específicas dos portadores de TOC são divididas nos seguintes seis domínios (*OBSESSIVE COMPULSIVE COGNITIONS WORKING GROUP*, 1997; CORDIOLI, 2002):

1- Responsabilidade exagerada

A pessoa acredita ter poder para evitar ou causar eventos negativos e, assim, para garantir maior conforto ou diminuir o desconforto, tendendo a aumentar o grau de certeza através do controle sobre as situações, geralmente efetivado por meio das verificações. Ela ainda sente-se culpada, repete as atividades e permanece vigilante para evitar falhas (CORDIOLI, 2008 (a)).

2- Supervalorização dos pensamentos

Alguns portadores de TOC tendem a valorizar a presença de determinados pensamentos, em especial pensamentos impróprios e reagem a isso sentindo-se culpados e aumentando sua vigilância para com eles. Influências ambientais tais como educação familiar ou religiosa rígida ou moralista podem facilitar o aparecimento dessa condição (RACHMAN, 1997; CORDIOLI, 2008 (a)).

3- Preocupação excessiva com a importância de controlar os pensamentos

Os pacientes têm a idéia de que é necessário e possível controlar os pensamentos em decorrência da supervalorização que fazem de seus pensamentos. Além disso, acreditam que ao se manterem vigilantes aos pensamentos poderão controlá-los, o que faz com que eles mesmos aumentem de frequência e de intensidade (CORDIOLI, 2008 (a)).

4- Superestimação das ameaças

Os pacientes superestimam as possibilidades das coisas acontecerem ou darem errado. Pensamentos e comportamentos ligados a checagem, limpeza e organização podem aparecer em decorrência dessa crença. O paciente pode limpar, arrumar, rezar ou mesmo verificar algo por achar que, se não o fizer, existe um risco exagerado de que o que teme venha a acontecer.

Além de superestimar o risco das coisas acontecerem, ainda superestimam o impacto que isso terá em sua vida ou na de outras pessoas e, por

fim, acreditam serem poucos seus recursos para enfrentar ou resolver os problemas (CORDIOLI, 2008 (a); SALKOVSKIS, 2005).

5- Intolerância à incerteza

Os portadores de TOC tendem a não ter certeza das coisas, a duvidar de suas ações e a não confiar em suas lembranças (BIELING, 2008). A situação se agrava quando alguns pacientes apresentam incapacidade de tolerar a ambigüidade e a incerteza e começam a se envolver em verificações. Alguns demoram mais a terminar as atividades ou as postergam, repetem-nas ou se envolvem em comportamentos de busca de reassuramento (CORDIOLI, 2008 (a)).

6- Perfeccionismo

Há uma tendência desses pacientes em acreditar que existe uma solução perfeita para os problemas e que encontrá-la e colocá-la em prática, além de possível, é necessário. Em geral ocorre concomitante com outras crenças como a necessidade de ter certeza e o excesso de responsabilidade. Isto pode estar relacionado ao medo da crítica, e obrigar o com TOC paciente a fazer repetições intermináveis, que respondem ao objetivo de atingir metas impossíveis (CORDIOLI, 2008 (a))

A definição de crenças distorcidas e da importância delas na manutenção do TOC e na baixa adesão ao tratamento (KOBAK *et al.*, 1998; CORDIOLI *et al.*, 2002; ARAÚJO *et al.*, 1996) fizeram com que estratégias cognitivas fossem associadas às técnicas comportamentais comumente utilizadas (SILVA, 2009). Assim, técnicas de identificação e desafio de pensamentos automáticos e de crenças foram associadas à exposição, prevenção de respostas e modelação participante, as quais são as mais indicadas e, que, apesar de focalizarem diretamente as compulsões e os rituais, viabilizam o enfraquecimento e a alteração dessas crenças (ITO, 1996; ARAÚJO, 1998; YARYURA-TOBIAS, 1997; BAER *et al.*, 1990; SALKOVSKIS, 1997).

A **exposição** é uma técnica que consiste em colocar o paciente frente a situações que provoquem rituais ou pensamentos obsessivos por períodos extensos, resultando na redução gradual da ansiedade e diminuição das obsessões. A exposição sistemática ao objeto temido estimula direta e continuamente os neurônios sensoriais que não podem sobreviver a estados constantes de estresse

alto, necessitando entrar em repouso. A repetição deste fenômeno – estimulação contínua e posterior repouso – causa no indivíduo o que se chama habituação (NEZIROGLU, 1992).

A habituação é o processo provocado quando se apresenta ao indivíduo um estímulo temido (estímulo aversivo condicionado) sem o pareamento com conseqüências desagradáveis (estímulo aversivo incondicionado), possibilitando assim a extinção do comportamento compulsivo. O mecanismo de habituação utilizado na exposição e prevenção de respostas é baseado na idéia de que a sobrecarga recebida pelos neurônios sensoriais do indivíduo submetido à exposição constante aos estímulos aversivos faz com que os mesmos entrem em repouso por causa da fadiga e assim ocorra a extinção da ansiedade (NEZIROGLU, 1992).

Quando o indivíduo não usa os comportamentos que neutralizam o perigo que pensa estar correndo, através das técnicas de exposição e prevenção de respostas, pode perceber que esse perigo não é real – “o alarme é pior do que o fogo” – e que, ao final nada acontece, sendo seguro abandonar as compulsões (SALKOVSKIS, 1985; BECK, 1986).

Após a exposição do paciente aos estímulos ansiogênicos, utiliza-se então a técnica de **prevenção de respostas**, onde ele é impelido a não engajar-se em comportamentos compulsivos ou ritualizações por um período longo que pode, algumas vezes, ser de até duas horas (BAER, 1990).

A TCC para o TOC é um tratamento geralmente breve, sendo sugeridas algumas etapas que colaboram para a sua eficácia (CORDIOLI, 2008 (b)). Após o processo de avaliação do paciente, inicia-se o estabelecimento da relação terapêutica, sendo função do terapeuta motivar o paciente e oferecer-lhe informações psicoeducativas. Na etapa seguinte, deve acontecer o treinamento na identificação dos sintomas, sua listagem e hierarquização em função do grau de aflição associado aos mesmos.

As sessões da terapia têm início com a utilização das técnicas comportamentais de exposição e prevenção de resposta (EPR) e a modelação de comportamentos adaptativos frente ao transtorno. As técnicas cognitivas para a correção de pensamentos e crenças disfuncionais devem estar presentes para apoiar e fortalecer as estratégias comportamentais. As sessões finais devem cuidar da prevenção de recaída e da alta, sendo importante a ocorrência de sessões de manutenção (CORDIOLI, 2008 (b)).

A necessidade de se oferecer a TCC a uma grande demanda, ocasionada pela dificuldade de acesso, sobretudo das populações menos favorecidas, fez com que surgisse a aplicação da técnica sob a forma de terapia cognitivo-comportamental em grupo (CORDIOLI, 2002). Além disso, o fato de ser uma técnica relativamente simples e em grupo, tende a exigir menos dos serviços e ainda facilita a participação de observadores e o treinamento de outros profissionais (VAN NOPPEN *et al.*, 1998; CORDIOLI, 2002; RAFFIN, 2007; SILVA, 2009).

É possível encontrar na literatura tratamentos em grupo que contemplam a utilização exclusiva das técnicas comportamentais, em especial a EPR (HIMLE *et al.*, 2001, STEKETEE *et al.*, 2000), cognitivas (MCLEAN *et al.*, 2001) e a TCC, que associa a estratégia da EPR às estratégias cognitivas, e que tem demonstrado superioridade de resultados ao ser comparada ao uso das técnicas isoladamente. Nessa técnica, os pacientes alcançam excelente melhora dos sintomas e a manutenção dos resultados é comprovada em *follow-ups* de um e dois anos. Esses resultados sugerem ainda que pacientes que não respondem ao tratamento com ISRS podem apresentar boa resposta a TCCG (CORDIOLI, 2002; 2003; BRAGA *et al.*, 2005).

Vários autores (VAN NOPPEN *et al.*, 1997; 1998; YALOM *et al.*, 2006, BIEING *et al.*, 2008; CORDIOLI, 2002; HELDT *et al.*, 2008) destacam os benefícios e os fatores terapêuticos do atendimento psicoterápico em grupo e acentuam ainda que, nesse contexto, a falta de adesão ao tratamento, principal dificuldade da TCC individual, pode ser equacionada. A interação dos membros no grupo facilita o desenvolvimento da socialização, o compartilhamento de informações e a percepção de que não são os únicos que experimentam as dificuldades, aumentando neles a esperança de que serão auxiliados e melhorarão. Além disso, ao observarem como os outros participantes compreendem, interpretam ou reagem a suas dificuldades, podem aprender formas alternativas de lidar com as suas próprias. Esses mesmos autores apontam que a relação grupal permite ao paciente experimentar alívio por diversos motivos: a) revelarem pensamentos tão constrangedores e incômodos que eram guardados em segredo, b) vivência de alguns conflitos interpessoais; c) espaço para a discussão de frustrações e limitações, viabilizando o desenvolvimento e aprendizagem de habilidades importantes ao indivíduo. Destaca-se ainda o fato de que a TCCG não é apenas eficaz na redução da intensidade dos sintomas de TOC,

mas também auxilia na diminuição da intensidade das idéias supervalorizadas e a melhorar a QV dos portadores. (NIEDERAUER *et al.*, 2007).

A aplicação da abordagem grupal também é feita a crianças e adolescentes, e pode incluir ou não suas famílias como participantes do grupo (ASBAHR *et al.*, 2005; PEDIATRIC OCD TREATMENT STUDY TEAM, 2004). Van Noppen *et al.* (1997) utilizam ainda como estratégia de tratamento a inclusão de membros da família no programa de terapia do paciente, o que chamam de TCC com base familiar, podendo essa modalidade de terapia se dar ainda em grupos multifamiliares, que incluem vários pacientes e suas respectivas famílias num mesmo grupo.

2.4. Tratamento do TOC na infância e adolescência

O TOC na infância e adolescência, assim como nos adultos, é mais comum do que anteriormente se supunha (ROSÁRIO-CAMPOS 2001, MARCH & MULLE, 1998, FLAMENT *et al.*, 2005). Alguns estudos feitos nas duas últimas décadas permitem estimar uma prevalência de TOC na infância e adolescência que vai de 1 a 4% (FLAMENT *et al.*, 1988; ZOAR, 1999) e que, em somente 20% dos casos, o diagnóstico e tratamento adequados acontecem (FLAMENT *et al.*, 1988). Comorbidades tais como depressão maior, transtorno de ansiedade generalizada, transtornos fóbicos, distímia e bulimia ao longo da vida são percebidas em 75% dos adolescentes portadores de TOC (FLAMENT *et al.*, 1988).

Os critérios diagnósticos para o TOC são os mesmos tanto para crianças, adolescentes e adultos, com exceção da crítica em relação à irracionalidade de seus sintomas (APA, 2002; OMS, 1993). As obsessões mais comuns a essa população são as de contaminação e agressão, e as compulsões mais evidenciadas são as de lavagem, repetições e verificações (SWEDO *et al.*, 1989; TORO *et al.*, 1992).

O TOC pode ser identificado desde a primeira infância, sendo a idade média de aparecimento entre nove e dez anos de idade, quando é denominado de início precoce. Antes da puberdade, há um predomínio de meninos diagnosticados. Na adolescência há um aumento do número de casos entre meninas, chegando a uma proporção de 1:1 na idade adulta (RIDDLE *et al.*, 1990; ZOAR, 1999).

O início do quadro pode tanto ser abrupto como insidioso e pode estar ou não relacionado a algum fator precipitante, além da tendência de modificação dos sintomas ao longo do tempo (SWEDO *et al.*, 1989). Vale ressaltar que crianças são geralmente ainda mais sigilosas em relação aos sintomas do que os adultos (ROSARIO-CAMPOS, 2001). Quanto mais precoce o TOC, maiores podem ser as conseqüências no desenvolvimento do indivíduo, tais como as dificuldades de concentração, os problemas educacionais, o impacto na socialização, na experiência sexual, no ambiente familiar e no emprego do indivíduo (STEKETEE *et al.*, 2003; FREEMAN, 2008; STORCH *et al.*, 2007 (a); PIACENTINI *et al.* 2003).

A literatura evidencia que de um terço a 50% dos adultos com TOC iniciaram seus sintomas na infância. Apesar dos fatores cognitivos, comportamentais e familiares que interferem na etiologia e manutenção do transtorno serem diferentes no TOC pediátrico e no adulto, os sintomas do adulto são, muitas vezes, a continuidade dos sintomas desenvolvidos na infância (STORCH *et al.*, 2007 (a); MARCH & LEONARD, 1996; TURNER, 2006; GELLER, 1998).

A aplicação da TCC na infância e adolescência deu-se a partir de estratégias adaptadas do tratamento realizado em adultos (TURNER, 2006), sendo primeiramente aplicada no tratamento de crianças e adolescentes com TDAH e com Transtornos de Conduta e de Impulsividade. Somente mais recentemente, o tratamento passou a ser aplicado para os chamados transtornos “internalizados”, como depressão e ansiedade (ASBAHR *et al.*, 2008).

O tratamento de primeira escolha para crianças e adolescentes portadores de TOC é a TCC (MARCH *et al.*, 1997). Essa modalidade de tratamento pode ser associada ou não ao uso de psicofármacos (ASBAHR, *et al.*, 2005), pode ser aplicada individualmente ou em grupo, e proceder com ou sem a utilização de manuais terapêuticos. Com a utilização de protocolos podem ser aplicados tanto em ambulatórios gerais como em ambiente universitário. (ASBAHR *et al.*, 2005; MARCH & MULLE, 1998). VALDERHAUG *et al.* (2007) aplicaram o manual terapêutico desenvolvido por Piacentini *et al.* (1998, mas não publicado) em 28 crianças e adolescentes com idade entre 8-17 anos em um serviço não acadêmico na Noruega, obtendo redução de 60% nos escores da escala Y-BOCS para crianças e 68,8% no acompanhamento de 6 meses. Verifica-se que os adolescentes submetidos à terapia em grupo (TCCG), em geral, ficam satisfeitos, trocam informações, combinam

estratégias de exposição e prevenção de respostas, além de se apoiarem mutuamente em suas dificuldades (THIENEMANN *et al.* em 2001).

Os protocolos de tratamento da TCC variam entre 12 e 20 sessões, comumente incluem a participação da família no tratamento, podem se dar de forma intensiva e a pacientes internados e, de todas as formas, demonstram eficácia (BARRET, *et al.*, 2008; THIENEMAN *et al.*, 2001; THIENEMAN *et al.*, 2004; WHITESIDE *et al.*, 2008; BJORGVINSSON *et al.*, 2008; PEDIATRIC OCD TREATMENT STUDY TEAM, 2004; MARTIN *et al.*, 2005; STORCH *et al.*, 2007(b).

Em 2006, O'Kearney *et al.* realizaram uma revisão de literatura e concluíram, após análise dos quatro estudos encontrados, que a TCC é um tratamento promissor para TOC na criança e no adolescente, e que sua associação com a medicação pode oferecer melhores resultados do que com o uso da medicamentos isoladamente.

Bolton e Perrin (2008) conduziram um estudo randomizado que comparou TCC individual aplicada a crianças e adolescentes não medicados, a aplicação da técnica de EPR intensiva ao longo de cinco semanas e lista de espera, obtendo o grupo submetido a TCC resultado superior ao da lista de espera.

Em recente meta-análise (WATSON *et al.*, 2008), observou-se que a TCC, associada aos psicofármacos, mostrou-se como o único tratamento a exercer controle efetivo no alívio do TOC na infância e adolescência, obtendo a TCC melhor efeito terapêutico que os psicofármacos de forma isolada.

A diferença em termos de amadurecimento cognitivo e emocional, de conflitos e de interesses entre a criança e o adolescente é bastante clara, porém todos os estudos encontrados a respeito do tratamento cognitivo-comportamental do TOC encampam as duas populações no mesmo tipo de protocolo, dando a elas uma única nomenclatura – pediátrica.

Sexo, idade, duração da doença, gravidade dos sintomas no início do tratamento, tipo de sintomas, comorbidades psiquiátricas, aspectos psicofisiológicos (em especial medidas de batimento cardíaco e condutância da pele que são consideradas medidas indiretas de ansiedade), aspectos neuropsicológicos (orientação espacial, funções executivas, déficits de organização e memória) e disfunções familiares (investigação de psicopatologia em membros da família), foram os fatores preditivos de resposta à TCC em portadores de TOC na infância e adolescência encontrados por Ginsburg *et al.* (2008), numa revisão de literatura

onde foram analisados 21 estudos. Pouca evidência foi encontrada em relação ao sexo, idade e duração da doença como associados à resposta ao tratamento. Já as disfunções familiares, apesar de serem descritas em somente seis dos 21 estudos, são, juntamente com a gravidade dos sintomas no início do tratamento, fatores vinculados à pior resposta. Os tiques e os transtornos de comportamento foram associados à pobre resposta somente em estudos que utilizavam TCC combinada à medicação (GINSBURG *et al.*, 2008).

Apesar da eficácia da TCC para o TOC na infância e adolescência estar bem determinada, é reconhecido que alguns fatores interferem de forma negativa na resposta a esse tratamento, e que podem ainda ser considerados adjuvantes na refratariedade dos sintomas. A influência desses fatores foi investigada na aplicação da TCC tanto intensiva como semanal, na modalidade familiar (TCCF) aplicada a uma só família ou multifamiliar (STORCH *et al.*, 2008 (a); GINSBURG *et al.*, 2008; STORCH, *et al.*, 2008 (b); BARRETT *et al.*, 2005; STORCH *et al.*, 2008 (c)).

Nos adultos, os fatores preditivos de resposta ao tratamento já estão bem definidos. Sintomas com conteúdo sexual/religiosos, colecionismo, comorbidades psiquiátricas (em especial, depressão maior grave), *insight* pobre, início precoce e curso crônico dos sintomas obsessivos-compulsivos (SOC), maior gravidade inicial dos sintomas e sexo masculino são associados a pior resposta ao tratamento. Em contrapartida, são descritos também alguns fatores considerados protetores, ou seja, fatores que estão relacionados a um melhor prognóstico tais como a presença de companheiro, maior intensidade de melhora com o tratamento, maior adesão e motivação ao tratamento, curso episódico e remissão total dos sintomas (RAFFIN, 2007).

É notável a influência negativa de algumas comorbidades psiquiátricas na resposta ao tratamento, em especial o TDAH, o transtorno de conduta (comportamentos disruptivos) e a depressão maior. Já o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e os tiques, como apontado anteriormente, não pareceram ter efeito negativo na resposta (STORCH *et al.*, 2008 (b)).

Alguns fatores preditivos de resposta são semelhantes tanto em crianças, como em adolescentes e adultos: maior gravidade dos sintomas no início do TOC, altos escores de acomodação familiar (FERRÃO, 2006) e baixa capacidade de *insight* (STORCH *et al.*, 2008 (d)).

A gravidade dos sintomas e as disfunções familiares também aparecem como fatores que exercem influência negativa na manutenção da melhora dos sintomas de crianças e adolescentes em avaliações de *follow-up* de tratamento (BARRETT, 2005). Essas duas condições, além de maior grau de prejuízo funcional, são citadas ainda como preditores de maior resistência aos tratamentos de primeira escolha para TOC (TCC e ISRS) (STORCH, *et al.*, 2008(c))

2.5. O TOC e a Família

A inclusão das famílias no tratamento dos portadores de transtornos mentais surgiu nos anos 50 e contemplava o trabalho com pacientes mais dependentes de suas famílias, como esquizofrênicos e crianças. A abordagem cognitivo-comportamental de treinamento de pais, a terapia de família e a de casal centrada nas emoções surgiu na década de 90 (FALCETO, 2008). Ainda hoje, a literatura acerca do tema é escassa, tanto no que tange ao TOC, como também a outros transtornos psiquiátricos, sendo encontrados alguns trabalhos direcionados para transtornos de ansiedade (CARTWRIGHT-HATTON, 2005), personalidade anti-social (MCCARTE *et al.*, 2006), transtorno bipolar (FRISTAD *et al.* 2002), autismo (McCONACHIE *et al.*, 2007) e TDAH (GHUMAN *et al.*, 2008).

No caso de atendimento aos autistas, o treinamento dos pais pode contribuir de forma fundamental, melhorando suas habilidades de lidar com a criança e reduzindo o estresse tanto para os familiares como para as crianças. (McCONACHIE *et al.*, 2007). O tratamento multifamiliar também tem sido utilizado no tratamento do transtorno bipolar e de depressão maior, e em ambos os casos mostrou eficácia. As famílias valorizaram o fato de terem adquirido conhecimento e habilidades, recebido apoio e aprendido atitudes positivas durante o tratamento (FRISTAD *et al.* 2002).

O treinamento de familiares de crianças com TDAH cria uma janela de oportunidades ao ensinar aos familiares comportamentos proativos para com seus filhos e, da mesma forma que em outros transtornos, mostra-se eficaz (GHUMAN *et al.*, 2008). Nessa mesma linha, um programa de TCCF foi aplicado às famílias de crianças com transtorno de ansiedade, onde os pais receberam orientação acerca das melhores estratégias comportamentais e cognitivas para ajudar na mudança dos

pensamentos distorcidos e dos comportamentos de evitação. (CARTWRIGHT-HATTON, 2005). Familiares de pacientes com personalidade anti-social também podem ser inseridos no processo de terapia. Na busca pela melhora, são preparados a usar estratégias comportamentais efetivas diante dos comportamentos disruptivos dos filhos e encorajados a substituir a coerção pelo reforçamento dos comportamentos adaptativos (MCCARTE *et al.*, 2006).

Sin *et al.* (2003) incluíram em um programa de orientação para familiares de portadores de transtornos mentais graves um modelo de psicoeducação, com o objetivo de informar os familiares sobre os impactos pessoais decorrentes da relação e dos cuidados, dando suporte aos cuidadores para que eles também cuidassem de si mesmos.

Conforme Minuchin (1982), o que acontece com um membro da família, afeta todos os demais e, reciprocamente, o que ocorre com a família influencia necessariamente todos os seus membros. Conviver com um portador de TOC é difícil, pois esses pacientes são centrados em si mesmos, são exigentes e, algumas vezes, desagradáveis. A presença de humor oscilante e a disforia agravam os problemas (BLACK *et al.*, 1998; CALVOCORESSI *et al.*, 1999), dificultando com isso a aproximação da família como coadjuvante no tratamento. O TOC cria armadilhas e, na maioria das vezes, pela ausência de conhecimento, a ação da família frente aos sintomas é natural e intuitiva, agindo diante das necessidades do paciente de maneira não planejada e assistemática. Da mesma forma que outros transtornos, o TOC não vem com manual de instrução e os pais não sabem qual é a melhor forma de lidar com os sintomas (GUEDES, 2001; MARCH & MULLE, 1998).

Além de os problemas na constelação familiar serem comuns e esperados, algumas famílias podem ser muito críticas em relação às dificuldades dos portadores de TOC. Essas condições incidem diretamente no aumento das compulsões, podendo os portadores que vivem em famílias com muitos conflitos responder menos satisfatoriamente ao tratamento (WATERS, 1999; AMIR *et al.*, 2000).

Apesar das disfunções familiares não causarem diretamente o TOC, as famílias afetam e são afetadas por ele. Parentes de crianças portadoras de TOC frequentemente se envolvem em seus rituais para reduzir tanto o próprio desconforto quanto o dos filhos (MARCH & MULLE, 1998). Assim, seja por desejarem minimizar o sofrimento causado pelo transtorno ou em resposta à maneira agressiva como

cada paciente reage quando familiares não participam de suas compulsões, a família acaba assumindo um papel de submissão aos rituais (MARCH & MULLE, 1998) e, quando isso acontece, o TOC é reforçado (FERRÃO, 2004).

A ação assistemática das famílias diante das dificuldades dos portadores de TOC pode se dar num *continuum*, onde se destacam dois pólos opostos. Num extremo, estão aquelas que apresentam disponibilidade total para colaboração nos sintomas comportamentais e assim, são chamadas de Famílias Acomodadas (*Enmeshed Family*). Já as que apresentam o oposto a esse comportamento, podendo até mesmo assumir postura agressiva, punitiva ou rejeitar o paciente em virtude de seus sintomas, estão localizadas no outro extremo do *continuum* e são chamadas de Famílias Antagônicas (*Antagonistic Family*). Tais famílias antagônicas recusam-se a aceitar ou se envolver nos sintomas dos pacientes, podendo o estresse ocasionado por esta postura ser desencadeador de conflitos e, até mesmo, de violência física. Muitas vezes, esse tipo de funcionamento familiar pode levar o paciente a sentir-se fora de controle, piorando os seus sintomas (LIVINGSTON-VAN NOPPEN *et al.*, 1990; RENSHAW *et al.*, 2005).

Existe ainda um terceiro grupo, as chamadas “Famílias Divididas”, cujos membros se dividem em seu modo de reagir frente ao paciente; ora funcionando de modo “Antagônico”, e ora de modo “Acomodado”, isto é, um familiar assume, por exemplo, postura punitiva e raivosa e, o outro, por acreditar que o paciente não pode se controlar, porta-se de modo permissivo e indulgente. A discordância entre esses pólos pode também causar conflitos, destruir relações conjugais e tornar o sistema familiar caótico (YARYURA-TOBIAS *et al.*, 1997).

Assim, percebe-se claramente como a dinâmica familiar pode ser alterada pelos sintomas, sendo comum o aparecimento de conflitos. A discordância acerca da melhor maneira de lidar com o paciente e seus sintomas é uma das justificativas para os conflitos. O estresse experimentado, tanto pelas preocupações acerca dos problemas do paciente, quanto pela participação nos sintomas dele, pode ser também desencadeador de conflitos familiares (YARYURA-TOBIAS *et al.*, 1997; MARCH & MULLE, 1998).

O fenômeno de participação de alguns membros ou de toda a família nos rituais do paciente é chamado de Acomodação Familiar e tem o propósito de reduzir a ansiedade do paciente e manter um clima de harmonia familiar (LIVINGSTON-VAN NOPPEN *et al.*, 1990).

Uma complexa seqüência de interação deve estar envolvida na acomodação familiar. A primeira delas diz respeito ao modo inadequado com que a família busca reduzir os sintomas do paciente, sendo a angústia apresentada pelo portador e percebida pela família, a desencadeadora do envolvimento familiar nos rituais. O segundo padrão refere que, uma vez envolvidas, as famílias temem mudar seu comportamento e, assim, provocar raiva ou desconforto no paciente. O terceiro padrão está relacionado a presença de TOC nos membros da família, onde, a acomodação familiar seria uma extensão dos sintomas desse membro (CALVOCORESSI *et al.*, 1999).

Além disso, a presença de depressão e ansiedade nos membros da família também pode facilitar o envolvimento desses no transtorno, uma vez que em virtude das suas próprias dificuldades, têm menos resistência frente às exigências do paciente (AMIR *et al.*, 2000; RAMOS-CERQUEIRA *et al.*, 2008). MARCH & MULLE (1998) destacam que é importante investigar a existência de possíveis psicopatologias nos membros da família e o quanto cada um deles se envolve nos sintomas da criança ou com o adolescente afetado.

O TOC gera impacto devastador nas famílias dos portadores, sendo elas menos saudáveis em relação à comunicação, envolvimento afetivo e funcionamento geral (BLACK *et al.*, 1998). Sabe-se que a acomodação é fenômeno comum às famílias dos portadores de TOC e característica marcante naquelas com pior funcionamento (CALVOCORESSI *et al.*, 1995; STEKETEE *et al.*, 2003; FERRÃO *et al.*, 2006; GUEDES, 2001; STORCH *et al.*, 2007 (a)). RAMOS-Cerqueira *et al.*, (2008) apontaram que 90% dos cuidadores de portadores de TOC de seu estudo relataram algum nível de acomodação familiar e destacaram ainda que a acomodação, além de aumentar a sobrecarga e o desgaste da família, pode afetar negativamente o curso clínico do transtorno. Fatores diversos podem estar envolvidos no fenômeno da acomodação familiar, sendo destacado por STORCH *et al.*, 2008 (d), que os familiares de pacientes que apresentam baixa capacidade de juízo crítico demonstram maior acomodação familiar quando comparados aos familiares dos pacientes com melhores níveis de juízo crítico.

No entanto, ainda não é possível precisar se é a gravidade do transtorno que provoca a acomodação familiar ou se é a acomodação que contribui para o agravamento do transtorno. Da mesma forma não está claro se o pior funcionamento da família decorre do impacto causado pela gravidade do TOC ou se as limitações já

existentes na família viabilizam o comportamento de acomodação familiar, aumentando, assim, a possibilidade de agravamento do transtorno. Numa reação em cadeia, a piora do TOC causa maior impacto sobre a família (STEKETEE *et al.*, 2003; FERRÃO *et al.*, 2006; GUEDES, 2001; STORCH *et al.*, 2007 (a); BLACK *et al.*, 1998).

Objetivando avaliar a existência ou não de interferência ou apoio por parte da família aos sintomas e rituais do paciente, foi desenvolvida a *Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder – FAS* (Escala de Acomodação Familiar). Este instrumento visa auxiliar os profissionais na análise do funcionamento familiar do paciente e, assim, facilitar o desenvolvimento de estratégias mais adequadas de tratamento (CALVOCORESSI *et al.*, 1999).

Familiares de crianças portadoras de TOC entendem que precisam agir de acordo com as necessidades impostas pelo transtorno, sendo o desconforto dos pais muitas vezes uma resposta aos sintomas da criança. Dessa forma, muitos familiares participam dos rituais buscando auxiliar na diminuição do sofrimento e minimizar a raiva ou a ansiedade experimentadas pelo paciente (CALVOCORESSI *et al.*, 1999; MARCH & MULLE, 1998). Ao relatar peculiaridades das famílias de portadores de TOC, Barret *et al.*, (2002) postularam que elas são menos confiantes nas habilidades de suas crianças, oferecem a elas menos autonomia e têm mais dificuldade em utilizar técnicas de solução de problemas do que outras famílias, cujos filhos sejam ou não portadores de outras condições clínicas (BARRET *et al.*, 2002).

Vários estudos apontam para o fato de que as dificuldades dos familiares e a acomodação familiar podem impedir a melhora dos sintomas e ter impacto negativo na resposta ao tratamento cognitivo comportamental, qualquer que seja a idade do portador desse transtorno (FERRÃO, 2004; GUEDES, 2001; STORCH *et al.*, 2008 (a); MARTIN *et al.*, 2005; CORDIOLI, 2007 (b)). Para ser mais eficaz, a intervenção deve envolver a orientação familiar com foco na redução de respostas inadequadas ao indivíduo (MARTIN *et al.*, 2005; CORDIOLI, 2007 (b)). Algumas pesquisas (LIVINGSTON-VAN NOPPEN *et al.*, 1990; MARTIN *et al.*, 2005) preconizam que os membros da família têm melhor chance de auxiliar o paciente se tiverem informações adequadas acerca do TOC e de como lidar com ele, ou seja, envolver os portadores e suas famílias num mesmo grupo possibilita uma compreensão compartilhada do transtorno, colabora com a redução da hostilidade

contra o portador, fortalece as famílias, melhora a motivação, a aceitação e a resposta ao tratamento. Com orientação adequada é possível aos familiares e ao portador assumirem controle sobre o TOC. Nessa perspectiva, a família deixa de ser ajudante do TOC e passa a ser modelo para comportamentos mais adaptativos, auxiliando o paciente de maneira planejada e sistemática no enfrentamento dos sintomas semelhante ao trabalho desenvolvido por um co-terapeuta. (YARYURATOBIA *et al.*, 1997; WATERS *et al.*, 2000; PIACENTINI *et al.*, 1999; BLACK *et al.*, 1998; AMIR *et al.*, 2000; RENSHAW *et al.*, 2005; MARCH & MULLE, 1998; CORDIOLI, 2007 (b); STORCH *et al.*, 2007 (a); GUEDES, 2001)

As metas dos grupos psicoeducativos para TOC incluem melhorar a auto-estima, compartilhar sentimentos e experiências, aceitar as limitações e aprender estratégias para lidar com os sintomas do paciente, direcionando os membros da família e os pacientes a reduzir o isolamento e o estigma associado ao transtorno. Contatos periódicos com os familiares para orientações e discussão dos problemas podem ser de grande ajuda (VAN NOPPEN *et al.*, 1997; CORDIOLI, 2002; STORCH *et al.*, 2007(a); CORDIOLI, 2007 (b); CORDIOLI, 2008 (b)).

Como estratégia de ação, terapeuta e família devem ser parceiros para a eliminação do TOC da história de vida do portador. A família é orientada para não agir de modo “acomodado” em relação aos sintomas do paciente, a ser menos crítica e a evitar os conselhos que, na maioria das vezes, servem como reforçadores do TOC (MARCH & MULLE, 1998). Familiares podem assumir diversos papéis no tratamento do portador de TOC, funcionando como consultores, quando trazem informações e fornecem respostas importantes no processo. São considerados colaboradores ou co-terapeutas quando colaboram na implementação do tratamento ou mesmo como co-pacientes quando participam de grupos de pais ou estão inseridos nas sessões de tratamento dos filhos (ASBAHR *et al.*, 2008).

Em geral, as intervenções que contemplam a participação da família dizem respeito a incluí-la nas sessões de tratamento do paciente. No entanto, nem sempre esse procedimento é adequado quando se trata de adolescentes, na medida em que eles se sintam constrangidos em revelar seus sintomas diante de seus familiares (MARCH & MULLE, 1998).

Van Noppen *et al.*, (1998) desenvolveram duas modalidades de tratamento cognitivo comportamental familiar (TCCF). No primeiro, o portador e seus familiares participavam juntos de todas as sessões e, no segundo, várias famílias se

uniam no processo de tratamento, sendo neste caso denominado de grupos multifamiliares. Tais grupos tinham como objetivo possibilitar a psicoeducação acerca do TOC, viabilizar para o grupo os conhecimentos necessários acerca do transtorno e oferecer estrutura para suporte de estratégias para lidar com os problemas. A comparação dos resultados obtidos com as duas modalidades de TCCF apontou que ambas apresentam eficácia maior que a obtida no tratamento individual intensivo, e que a melhora alcançada se manteve após um ano do término do tratamento. Vale ressaltar que o grupo multifamiliar apresentou resposta clínica mais significativa que o de TCCF com uma só família (VAN NOPPEN *et al.*, 1998).

Encontram-se também diversos estudos sobre o uso da abordagem multifamiliar em crianças e adolescentes portadores de TOC, apresentando-se tão eficaz quanto à TCCF, e mantendo seus resultados a longo prazo (BARRET *et al.*, 2004; BARRET *et al.*, 2005; THIENEMANN *et al.*, 2001; BENAZON *et al.*, 2002).

Outro trabalho abrangente, direcionado para o atendimento a crianças e adolescentes, apontou para a importância da participação da família no tratamento, incluindo-a em quatro das 20 sessões do manual do programa de tratamento de seis semanas. Na primeira sessão, os familiares junto com o paciente, recebem informações sobre o processo do tratamento e o modelo neurocomportamental do TOC. As sessões de números sete e 12 são direcionadas a treinar na família as estratégias de EPR e, por fim, a sessão 19 é focada na prevenção de recaídas (MARCH & MULLE, 1998).

No Brasil, foi desenvolvido um protocolo de tratamento cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) para TOC com 12 sessões, onde a primeira e a oitava sessões contam com a participação dos familiares. As mesmas têm como principais objetivos a psicoeducação acerca do transtorno e a orientação acerca do modo adequado de apoio às tarefas da terapia (CORDIOLI, 2002).

Neste tipo de abordagem, intervenções bem humoradas e empatia devem estar presentes nas sessões. Falar sobre expectativas acerca do grupo tem sido útil, além de ser proveitoso para as famílias ouvirem o depoimento umas das outras. As famílias devem ser auxiliadas em seus esforços para lidar com os pacientes e orientadas sobre como fazer uma abordagem familiar diante das dificuldades dos mesmos. No entanto, é necessário respeitar o direito do paciente em não aceitar a participação de sua família no processo (LIVINGSTON-VAN NOPPEN *et al.*, 1990).

O efeito do envolvimento familiar no tratamento cognitivo-comportamental foi investigado nas mais diversas modalidades de aplicação, tanto em terapias individuais, em grupos multifamiliares, aplicadas semanalmente ou de forma intensiva. Em todas as modalidades mostrou ser um forte auxiliar na melhor resposta e manutenção dos ganhos com a terapia (KNOX *et al.*, 1996; FREEMAN *et al.*, 2008; STORCH *et al.*, 2007(a); GUEDES, 2001).

Vale ressaltar que em algumas situações, mesmo que raras, um processo de psicoterapia de família deve ser combinado ao programa de tratamento do paciente, com o objetivo de tratar conflitos ou problemas familiares que podem até mesmo não depender do TOC. Em 2004, Ferrão chamou atenção para o fato de que intervenções psicoterápicas no funcionamento familiar devem ser indicadas quando pacientes com TOC não respondem a modalidade de tratamentos convencionais. Nessa mesma linha March & Mulle (1998) já haviam sinalizado para a importância da terapia familiar nesse processo, porém chamaram atenção para o fato de que tal intervenção (terapia familiar) ou a terapia de casal deveriam ser recomendadas somente se as disfunções familiares ou as discordâncias conjugais estiverem interferindo na eficácia do tratamento.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

- Analisar a eficácia de um Programa de Orientação para Familiares associado ao Protocolo de Tratamento Cognitivo-Comportamental em Grupo para portadores de TOC aplicado a adolescentes.

3.2. Objetivos Específicos

- Descrever as características sociodemográficas e clínicas dos adolescentes da amostra estudada.
- Verificar a existência ou não de Acomodação Familiar na população estudada.
- Investigar se o Programa de Orientação para Familiares reduz a Acomodação Familiar e se interfere na resposta ao tratamento.
- Descrever e analisar se fatores como comorbidades psiquiátricas (em especial TDAH e depressão), gênero, início precoce dos sintomas, transtorno de tique, presença de fenômeno sensorial, juízo crítico pobre, dimensões de sintomas, gravidade inicial da doença e história de TOC na família, funcionam como fatores preditivos de melhor ou pior resposta ao tratamento.
- Avaliar a qualidade de vida antes e após o tratamento por meio da WHOQOL-bref e as diferenças entre os subgrupos A e B.
- Comparar os subgrupos A e B.

Hipóteses de Trabalho

Hipóteses:

H0. Não existe associação entre maior resposta dos adolescentes portadores de TOC tratados com TCCG somada ao Programa de Orientação para Familiares.

H1. O Programa de Orientação para Familiares contribuiu para aumentar os índices de melhora dos adolescentes portadores de TOC submetidos ao protocolo de TCCG.

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1. Tipo de Estudo

Foi realizado um ensaio clínico controlado, com alocação seqüencial, comparando a utilização do protocolo de Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG), desenvolvido por Cordioli (2002), associado ou não a um Programa de Orientação para Familiares de Adolescentes portadores de Transtorno Obsessivo-Compulsivo.

4.2. Local do Estudo

O estudo foi realizado no Consórcio Brasileiro de Pesquisa sobre Transtorno do Espectro Obsessivo-Compulsivo (C-TOC/PE - Anexo B) que funciona no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital Universitário Oswaldo Cruz. Esse é um centro de referência para Tratamento do Transtorno Obsessivo-Compulsivo na região Nordeste do Brasil.

4.3. Amostra

O presente estudo contou com uma amostra de conveniência e o recrutamento dos pacientes se deu através de entrevistas em rádio ou televisão, palestras, cartazes espalhados em instituições de ensino e de saúde, principalmente saúde mental, que atendiam a faixa etária de 15 a 24 anos.

Os pacientes que preencheram os critérios de inclusão foram alocados em grupos de TCCG de até sete membros, sendo cada um dos grupos subdividido em dois subgrupos (A e B) que estavam relacionados ao tipo de intervenção ao qual o adolescente se submeteu. Os adolescentes do subgrupo A submeteram-se ao Programa de TCCG de doze sessões (Anexo C) e suas famílias participaram de um Programa de Orientação (Apêndice C) com o objetivo de auxiliá-las a conhecer e melhor lidar com o TOC. Já os adolescentes do subgrupo B participaram igualmente do programa de TCCG, porém suas famílias não receberam nenhum tipo de orientação. A essas famílias será oferecido o programa de orientação após o término da dissertação.

A amostra foi alocada de forma intencional, utilizando-se para tanto um programa de computador que proporciona uma alocação sequencial dos pacientes, sendo esse um método que garante o balanceamento de características entre os grupos estudados em relação a variáveis pré-definidas e que podem interferir no prognóstico (FOSSALUZA, 2009). As variáveis utilizadas para a alocação encontram-se descritas na tabela 1.

Tabela 1 - Variáveis utilizadas para alocação dos adolescentes

VARIÁVEL	
Idade	15-19
	20-23
Sexo	Masculino
	Feminino
Escolaridade	Fundamental
	Médio
	Universitário
Estado civil	Casado
	Solteiro
Tratamentos anteriores	Nenhum
	1 sem resposta
	2 sem resposta
Gravidade dos sintomas Y-BOCS	16-23 – moderado
	24-31 – grave
	32-40 – extremo

- A amostra constou de 28 adolescentes, sendo 18 alocados no subgrupo A e 10 no subgrupo B.

4.4. População

4.4.1. Adolescentes

A população alvo foi composta por adolescentes portadores de TOC, com faixa etária entre 15 a 24 anos, recebidos no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), no programa do C-TOC/PE.

A faixa etária foi assim estabelecida considerando o conceito de adolescência tardia e/ou jovem, conceito suplementar à adolescência sugerido pela OMS (1995).

4.4.1.1. Critérios de Inclusão no Estudo para os Adolescentes

- 1) Ser portador de TOC (Critérios do DSM-IV-TR™);
- 2) Motivação expressa e compromisso de participar de 12 sessões em grupo;
- 3) No caso de estar utilizando medicamentos para o TOC, a dose não deve ter sido alterada nos últimos três meses caso contrário, não será possível garantir que os resultados obtidos se devam a TCC ou a medicação.
- 4) Ter idade entre 15 a 24 anos.

4.4.1.2. Critérios de Exclusão no Estudo para os Adolescentes

- 1) Apresentar depressão maior grave, transtornos de ansiedade com sintomas intensos que possam interferir no grupo, psicoses ou abuso de álcool ou de outras substâncias, transtorno bipolar do humor ativos de acordo com o SCID - DSM-IV-TR™.
- 2) Graves transtornos de personalidade (anti-social, borderline, histriônico, esquizotípico);
- 3) Possuir déficits cognitivos moderados/graves (retardo mental) medidos através de avaliação neuropsicológica específica para esse fim;
- 4) Ser portador de transtornos mentais orgânicos.
- 5) Estar usando medicamentos para TOC há menos de três meses ou ter modificado as doses, nas últimas 12 semanas.

4.4.2. Familiares

O grupo de familiares foi constituído pelos pais, parentes ou cuidadores dos adolescentes submetidos à TCCG para TOC incluídos no projeto.

4.4.2.1. Critérios de Inclusão no Estudo para os Familiares

- 1) Ter sido incluído para o grupo A no sistema de alocação;
- 2) Motivação expressa e compromisso de participar de 12 encontros para orientação familiar semanalmente durante a TCCG para os adolescentes.

4.4.2.2. Critérios de Exclusão no Estudo para os Familiares

- 1) Ser portador de déficits cognitivos moderados/graves (retardo mental ou demências);
- 2) Apresentar Transtornos de Personalidade (antissocial, borderline, histriônico, esquizotípico) medidos;

4.5. Coleta de Dados

4.5.1. Adolescentes

Os adolescentes encaminhados para o C-TOC/PE e com diagnóstico confirmado de TOC, foram submetidos à aplicação da Apostila de Primeiro Atendimento do C-TOC (MIGUEL *et al.*, 2007), tendo sido pesquisados a partir dessa apostila, os aspectos sociodemográficos, clínicos e os transtornos psiquiátricos relacionados. As informações sobre qualidade de vida foram obtidas a partir do preenchimento da WHOQOL – bref (*The WHOQOL Group*, 1998).

Da Apostila de Primeiro Atendimento do C-TOC (MIGUEL *et al.*, 2007) foram utilizadas as seguintes escalas ou inventários que serviram de medidas antes do tratamento:

1. Histórico Escolar, Profissional, Histórico Médico Geral e de Tratamento Psiquiátrico prévio (todos desenvolvidos pelo PROTOC);
-

2. Escala de avaliação de nível sócioeconômico da Associação Brasileira do Instituto de Pesquisa de Mercado - ABIPEME (Marplan, 1989);
3. Escala Dimensional para Avaliação de Presença e Gravidade de Sintomas Obsessivo-Compulsivos DYBOCS (*Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale - DYBOCS*) (Rosário-Campos *et al.*, 2006) (Anexo D);
4. Escala Yale-Brown de Sintomas Obsessivo-Compulsivos – YBOCS (*Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*) (Goodman *et al.*, 1989b);
5. Escala de Fenômenos Sensoriais USP-SPS (Rosário-Campos *et al.*, 2005);
6. Escala de Avaliação Global de Tiques desenvolvida pelo *Yale Child Study Center - YGTSS (Yale Global Tics Severity Scale)* (Leckman *et al.*, 1989);
7. Questionário sobre História Natural de TOC (Leckman *et al.*, 2002);
8. Inventário de Depressão de Beck – BDI (GORENSTEIN, 1996) e Inventário de Ansiedade de Beck - BAI (GORENSTEIN, 1996);
9. K-SADS para avaliar Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade adaptada para adultos (MATTOS *et al.*, 2006); Adult Self-Report Scale (ASRS-18, versão 1.1) (MATTOS *et al.* 2006)
10. Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV-TR™- Transtornos do Eixo I (SCID-I/P - *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR™- Axis I Disorderpatient edition*) (FIRST *et al.*, 1995);
11. SCID para Transtornos do Impulso (FIRST, 2004);
12. Escala de Impressão Clínica Geral (CGI - versão adaptada) (Guy, 1976).

As avaliações de acompanhamento da resposta dos pacientes ao tratamento foram realizadas no quarto, oitavo e 12º encontros da TCCG por dois examinadores (uma psicóloga e um psiquiatra), cegos aos tipos de tratamento realizado (subgrupo A ou B), especialistas em TOC e treinados na aplicação das escalas. O objetivo das avaliações foi verificar as possíveis alterações do quadro clínico do paciente. Nessas avaliações foram auto-aplicadas as Escalas Beck de

Ansiedade (BAI) e Depressão (BDI) e a escala Y-BOCS para avaliar a gravidade do TOC, sendo a CGI preenchida pelos avaliadores.

O treinamento dos avaliadores consistiu em assistir a pelo menos cinco entrevistas gravadas em vídeo, conduzidas por um pesquisador experiente na aplicação destas escalas. Em estudo recente sobre a metodologia do C-TOC, a taxa de confiabilidade entre os pesquisadores do grupo foi de 96% (Miguel *et al.*, 2008).

4.5.1.1 Principais instrumentos utilizados na coleta de dados dos adolescentes

Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV-TR™ - Transtornos do Eixo I (SCID-I/P - *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR™ Axis I Disorderspatient edition*) (First *et al.*, 1995) - Esta é uma entrevista semi-estruturada, aplicada apenas por avaliadores treinados, para obter os diagnósticos de comorbidades psiquiátricas do Eixo I do DSM-IV-TR™. A SCID avalia transtornos atuais (último mês) e/ou passados, com respostas que podem ser positivas, negativas ou positivas para diagnóstico subclínico.

Escala Yale-Brown de Sintomas Obsessivo-Compulsivos – YBOCS (*Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*) (Goodman *et al.*, 1989b) avalia a gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos através de cinco questões referentes ao tempo gasto com as obsessões e compulsões, à interferência nas atividades diárias, à angústia sentida se os rituais não forem realizados, à resistência efetuada pelo paciente e ao grau de controle sobre a realização dos rituais, com respostas variando de 0 a 4 pontos e escore máximo de 40 pontos.

Escala Dimensional para Avaliação de Presença e Gravidade de Sintomas Obsessivo-Compulsivos DYBOCS (*Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale - DY-BOCS*) (Rosário-Campos *et al.*, 2006). Este questionário foi baseado, em parte, nos itens da *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* e em resultados de análises fatoriais de estudos envolvendo pacientes dos Estados Unidos, Brasil e Canadá, onde 88 tipos de sintomas são divididos em 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 (obsessões somáticas, rituais de alimentação, compulsão por exercícios físicos, números e cores especiais, entre outros sintomas). De modo diferente da Y-

BOCS, os escores não são dados para obsessões e compulsões e sim pela dimensão. Cada dimensão apresenta as obsessões e compulsões relacionadas. As características avaliadas para cada dimensão são o tempo despendido, o desconforto e a incapacitação por aquela dimensão proporcionada, variando de 0 a 5. Para se ter o escore total avalia-se o nível de prejuízo geral do paciente por causa do TOC (varia de 0 a 12). A escala em si é aplicada pelo entrevistador, mas a lista de sintomas é auto-aplicável, sendo apenas conferida pelo entrevistador.

Clinical Global Impressions (CGI) (Guy, 1976): é composta por duas escalas, variando de 1 a 7 pontos, atribuídos pelo aplicador. 1) Gravidade Global da Doença, varia de 1 (normal: ausência de sintomas); 7 (sintomas extremamente graves); 2) Melhoria Global, cujos escores variam de 1 (muitíssimo melhor); a 7 (muitíssimo pior). A CGI reflete a opinião do avaliador sobre a intensidade global do transtorno e a melhoria global desde a avaliação inicial, devendo ser considerado o desempenho global e não apenas a intensidade dos sintomas obsessivos-compulsivos.

Inventário de Depressão (BDI) e de Ansiedade (BAI) de Beck. Foram desenvolvidas por Aaron Beck e colaboradores em 1961 e 1988, respectivamente. Constam de escalas categóricas auto-aplicadas para avaliar a presença e a intensidade da depressão e de sintomas de ansiedade com respostas de 0 a 3. Ambas constam de 21 questões e possuem escores independentes elaborados pela soma dos resultados em cada item. Classificação dos escores da BDI: Mínimo (0 a 11); Leve (12 a 19); Moderado (20 a 35); e Grave (36 a 63). Classificação dos escores da BAI: Mínimo (0 a 11); Leve (12 a 19); Moderado (20 a 35); e Grave (36 a 63).

World Health Organization Quality of life assessment – abbreviated versions (WHOQOL-bref) (*The WHOQOL Group, 1998*): escala de avaliação de qualidade de vida desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) – forma abreviada, com 26 questões. Cada questão possui uma subescala composta por 5 graus de intensidade), avaliando quatro domínios da qualidade de vida: físico, psíquico, relações sociais e meio ambiente. A escala fornece escores de 1 a 100 em cada domínio, sendo que maiores escores estão associados a uma melhor qualidade de vida. Foi traduzida e validada para o português (Fleck *et al.*, 2000).

4.5.2. Familiares

Aos familiares de ambos os grupos foi solicitado o preenchimento da apostila de família do C-TOC (ROSÁRIO-CAMPOS & HOUNIE *et al.*, 2000), avaliando, assim, sintomas obsessivos-compulsivos (SOC) ou presença de TOC e a existência de Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM-IV-TR™, além da Escala de Acomodação Familiar - FAS-IR (EAS) (GOMES *et al.*, 2007) auto-aplicada no início e ao término do tratamento. As escalas para os familiares foram auto-aplicativas e seus resultados não eram de conhecimento do terapeuta, co-terapeuta ou observadores antes do término do grupo.

Escala de Acomodação Familiar (FAS-IR). Elaborada por Calvocoressi *et al.* (1999) e traduzida para o português e adaptada por Gomes *et al.*, (2007). A escala consiste de duas sessões onde na primeira, os familiares descrevem os comportamentos e sintomas dos pacientes e, na segunda, faz-se uma investigação do comportamento familiar frente a esses sintomas, ou seja, investiga-se a participação ou não dos membros da família nos rituais ou sintomas, a que se denomina, acomodação familiar (CALVOCORESSI *et al.*, 1999).

Apostila de Família do C-TOC (ROSÁRIO-CAMPOS & HOUNIE *et al.*, 2000). Essa apostila consta de um *screening* do SCID para levantamento de transtornos psiquiátricos no familiar, além dos inventários para avaliação da presença e das dimensões de sintomas, caso o diagnóstico de TOC seja positivo.

4.6. Determinação da resposta ao tratamento

A resposta ao tratamento foi calculada como variável contínua (redução percentual no escore inicial da YBOCS), considerando-se como critério de resposta a redução maior ou igual a 35% nos escores da escala Y-BOCS.

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

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

Os pacientes que, no final da TCCG, apresentaram escores menores que oito na Y-BOCS, foram considerados com remissão completa dos SOC. Já, aqueles que, ao final do processo de terapia apresentaram escores na Y-BOCS maiores que oito, embora também tenham respondido à TCCG, foram considerados como tendo tido remissão parcial dos SOC.

4.7. Desenvolvimento do protocolo da terapia cognitivo-comportamental em grupo para os adolescentes portadores de TOC

O programa de TCCG seguiu o protocolo de tratamento do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) desenvolvido por Cordioli (2002), excetuando-se a participação da família nas sessões como proposto no protocolo original, tendo sido o protocolo original modificado por sugestão do autor (CORDIOLI, comunicação pessoal).

Os adolescentes foram reunidos em grupos de até oito pessoas e receberam uma sessão de duas horas por semana, ao longo de 12 semanas. Estas sessões foram conduzidas por uma Terapeuta Cognitivo-Comportamental (a autora da dissertação) e uma co-terapeuta colaboradora do grupo, todas elas treinadas pelo criador do protocolo de TCCG, Prof^o Aristides Cordioli (UFRGS). Como forma de garantia da confiabilidade na aplicação do protocolo de atendimento da TCCG, um observador esteve presente como ouvinte de todo o processo da terapia. O observador tinha como tarefa principal fazer anotações sobre a adequação ou não da aplicação do protocolo de tratamento, o tempo e as técnicas utilizadas em cada sessão, podendo também fazer observações escritas acerca da participação, dúvidas e considerações dos pacientes durante a sessão. Algumas sessões foram gravadas e/ou filmadas com autorização dos pacientes e familiares, mediante assinatura do termo de consentimento (Apêndice A), para que fosse possível acessá-las futuramente pelo terapeuta ou mesmo pelos pacientes.

4.7.1. Seqüência das sessões do Manual de TCCG (Cordioli, 2002)

- **Sessão 1** – Identificando os Sintomas do TOC – Apresentação dos participantes. Informações psicoeducativas: o que é o TOC, quais seus sintomas, suas causas e o impacto na vida pessoal e familiar. Treino na identificação dos sintomas: obsessões, compulsões, compulsões mentais e comportamentos associados (evitação).
 - **Sessões 2 e 3** – As Causas do TOC e o Modelo Comportamental e a Terapia de Exposição e Prevenção da Resposta – Familiarização com o modelo comportamental do TOC, com as técnicas de exposição e prevenção da resposta e com técnicas especiais para o tratamento de obsessões. Elaboração da lista de sintomas e sua graduação de acordo com a aflição que provocam. Aprendizagem e uso das técnicas de exposição e prevenção da resposta no grupo e nos intervalos entre as sessões.
 - **Sessão 4** – Pensamentos e Crenças Distorcidas no TOC – Familiarização com o modelo cognitivo e com as técnicas cognitivas de correção de pensamentos automáticos e crenças distorcidas típicas do TOC. Continuação dos exercícios de exposição e prevenção da resposta.
 - **Sessão 5** – Excesso de Risco e Responsabilidade – Aprendizagem e utilização de técnicas cognitivas de correção de crenças distorcidas: avaliação excessiva do risco e da responsabilidade. Continuação dos exercícios de exposição e prevenção da resposta.
 - **Sessão 6** – Exagerar a Importância dos Pensamentos – Aprendizagem e utilização de técnicas cognitivas de correção de crenças distorcidas: avaliação excessiva do poder do pensamento e da necessidade de controlá-lo. Continuação dos exercícios de exposição e prevenção da resposta.
 - **Sessão 7** – Necessidade de Ter Certeza e Perfeccionismo – Continuação das tarefas de exposição e prevenção da resposta e de correção de pensamentos disfuncionais: necessidade de ter certeza e perfeccionismo.
-

- **Sessão 8** – O TOC e a Família – Discussão acerca da interferência do TOC nas relações familiares. Continuação dos exercícios de exposição e prevenção da resposta.
- **Sessões 9, 10 e 11** – Continuando o Tratamento, Prevenção de Recaídas e Reforços – Revisão de tópicos abordados em sessões anteriores, das tarefas de casa e dos registros de auto-monitoramento. Reforço da prática de estratégias cognitivas e de exposição e prevenção da resposta. Estratégias de prevenção de recaídas.
- **Sessão 12** – Avaliação da Terapia – Avaliação do tratamento e reforço em estratégias de prevenção de recaídas. Recursos da comunidade. Combinação de encontros futuros.

Ao longo das sessões, ocorreram explicações por parte do terapeuta sobre aspectos do TOC e oportunidades para esclarecer dúvidas. Fazem parte deste método de tratamento tarefas e exercícios para serem feitos em casa, que são combinados ao final de cada sessão, a partir de sugestões do próprio adolescente e dos demais participantes.

A experiência com os exercícios de exposição e tarefas de casa foram relatadas no início de cada sessão. As metas e exercícios de cada semana foram registrados no Manual da Terapia, onde existem espaços apropriados para listas, resumos das explicações, gráficos, escalas de sintomas, etc.

Por fim, talvez o aspecto mais importante do tratamento tenha sido o clima de incentivo, amizade e descontração que acabou se estabelecendo entre os participantes do grupo, o que resultou em estímulo para a realização dos exercícios e tarefas necessárias para a superação das dificuldades, capacidade de suportar certo aumento da aflição e o posterior alívio dos sintomas dos quais o paciente tinha se tornado prisioneiro.

4.8. Desenvolvimento do Programa de Orientação para Familiares

O Programa de Orientação Familiar foi desenvolvido pela autora da pesquisa. Para tal, buscou-se na literatura artigos ou protocolos específicos que abordassem o tema da orientação aos familiares dos portadores de TOC. Dentre o

material encontrado, destacam-se as observações dos autores LIVINGSTON-VAN NOPPEN *et al.* (1999) e GUEDES (2001) acerca das características que devem estar presentes nos programas de orientação para familiares que serviram como base para a organização do manual com 12 encontros para orientação aos familiares.

Para o desenvolvimento desse protocolo foram feitas discussões com pesquisadores especialistas em TOC do consórcio do C-TOC e, em especial, consultas ao Professor Aristides Cordioli e à professora Maria Conceição do Rosário-Campos. A partir daí, o projeto inicial que constava de quatro sessões que ocorreriam a cada 15 dias ao longo da TCCG dos encontros dos adolescentes foi modificado passando então a constar de 12 encontros. Para garantia de que a intervenção à qual os adolescentes foram submetidos seria igual em cada grupo de adolescentes, uma parte das famílias dos adolescentes submeteram-se ao protocolo de orientação aos familiares.

O manual do Programa de Orientação para Familiares (POF) foi respaldado por completo no manual do programa de TCCG desenvolvido pelo professor Cordioli (2002). Assim como no protocolo de TCCG, as 12 sessões do manual do POF são apresentadas separadamente, sendo estabelecida para cada uma delas uma agenda que direciona cada encontro. Tal como no Manual de TCCG, são disponibilizadas em cada sessão informações educativas sobre o TOC, o impacto do mesmo na família, tipos de envolvimento familiar, formas adequadas de auxiliar o paciente, e outras informações pertinentes ao tema de cada encontro.

Os encontros foram semanais e em grupo, tendo cada um deles duração de uma hora e ocorrendo no mesmo dia dos encontros com os adolescentes. Até dois membros das famílias selecionadas podiam participar dos encontros, sendo esse limite estabelecido para que houvesse a possibilidade de todos os que quisessem participar expressar suas opiniões e tirar suas dúvidas.

As mesmas terapeutas que realizaram a TCCG dos adolescentes coordenaram os encontros com as famílias, estando também presente em todos os encontros um observador, para assegurar a confiabilidade na utilização do protocolo de intervenção.

Um mesmo membro da família deveria estar presente a todos os encontros, sendo aceitas no máximo duas faltas justificáveis (doenças ou imprevistos inadiáveis), podendo haver exclusão da família do programa caso o

contrato não fosse seguido. A troca de experiências, o compartilhamento das dificuldades e o apoio mútuo foi comum em todos os encontros.

4.8.1. Seqüência dos encontros de Orientação para os familiares

Sessão 1: Iniciando um trabalho

Agenda

- Apresentação do projeto e dos familiares; entrega do Manual do Grupo de Orientação à Família dos Adolescentes Portadores do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC).
- Explicação dos objetivos do grupo, regras e combinações; objetivos da sessão.
- Preenchimento das escalas: Escala de Acomodação Familiar, Escala de Beck de Depressão e de Ansiedade.
- Apresentação dos participantes.
- Depoimentos espontâneos.

Sessão 2: Conhecendo o Transtorno Obsessivo Compulsivo

Agenda

- Explanação: os sintomas do TOC, incidência, curso e impacto na vida pessoal e familiar; causas biológicas; causas psicológicas; os medos e a aprendizagem: as diferentes formas de eliminar ou neutralizar os medos no TOC.
 - Depoimentos dos participantes acerca de suas experiências e dos sintomas dos pacientes.
 - Tarefas de casa: leitura de folheto explicativo. Leituras adicionais: site da Internet (www.ufrgs.br/toc), livro Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo (Cordioli, 2004). Editora Artmed.
 - Avaliação da sessão pelos participantes.
-

Sessão 3: Qual é o papel da família?

Agenda

- Explicação sobre alguns aspectos do TOC para os familiares dos pacientes: métodos de tratamento, TCC em grupo.
- Discussão sobre o impacto do TOC nas rotinas e relações familiares, interferência no trabalho e na produtividade.
- Tipos de envolvimento familiar.
- Depoimento dos familiares sobre os sintomas do paciente e seu impacto na vida da família.
- Tarefas de casa.
- Avaliação da sessão.

Sessão 4: Conflitos Interpessoais

Agenda

- Revisão da sessão anterior e das tarefas de casa: esclarecimento de dúvidas.
- Depoimentos dos familiares acerca dos conflitos experimentados na convivência com o adolescente portador de TOC.
- Tarefas para casa: monitoramento dos comportamentos desadaptativos dos familiares na relação interpessoal com o adolescente.
- Avaliação da sessão pelos participantes.

Sessão 5: Enfrentando o TOC

Agenda

- Revisão da sessão anterior e das tarefas de casa: esclarecimento de dúvidas.
 - Informações acerca do modelo comportamental do TOC e da técnica de exposição e prevenção de respostas.
 - Tarefas para casa: monitoramento dos comportamentos desadaptativos dos familiares na relação interpessoal com o adolescente.
-

- Avaliação da sessão pelos participantes.

Sessão 6: Como posso ajudar meu filho?

Agenda

- Revisão da sessão anterior e das tarefas de casa: esclarecimento de dúvidas.
- Discussão acerca da importância de se desenvolver comportamentos de apoio aos exercícios de exposição e prevenção de respostas e treino de estratégias para evitação de participação nos rituais.
- Tarefas para casa: combinar com o adolescente estratégias para apoio aos seus exercícios de exposição e prevenção de respostas.
- Avaliação da sessão pelos participantes.

Sessão 7: A importância dos pensamentos

Agenda

- Revisão da sessão anterior e das tarefas de casa: esclarecimento de dúvidas.
- Informações acerca do modelo cognitivo do TOC.
- Tarefas para casa: monitoramento dos comportamentos desadaptativos dos familiares na relação interpessoal com o adolescente.
- Avaliação da sessão pelos participantes.

Sessão 8: Crenças distorcidas no TOC.

Agenda

- Revisão da sessão anterior.
 - Retomada da tarefa de casa.
 - Apresentação e discussão com o grupo das crenças distorcidas dos portadores de TOC.
 - Tarefas para casa: implementação das estratégias adaptativas.
 - Avaliação da sessão pelos participantes.
-

Sessão 9: Aprendendo a desafiar os pensamentos.**Agenda**

- Revisão da sessão anterior.
- Retomada da tarefa de casa.
- Aprendizagem e utilização de técnicas cognitivas para correção das crenças distorcidas.
- Tarefas para casa: implementação das estratégias adaptativas.
- Avaliação da sessão pelos participantes.

Sessão 10: Relembrando estratégias adaptativas.**Agenda**

- Revisão da sessão anterior.
- Retomada da tarefa de casa.
- Levantar junto aos participantes as estratégias que se mostraram importantes no auxílio das dificuldades do adolescente.
- Tarefas para casa: implementação das estratégias adaptativas.
- Avaliação da sessão pelos participantes

Sessão 11: Apoiando comportamentos adequados**Agenda**

- Revisão da sessão anterior.
- Retomada da tarefa de casa.
- Discussão: O fato de os pacientes serem capazes de resistir às compulsões hoje, não significa que conseguirão amanhã.
- Tarefas para casa: implementação das estratégias adaptativas.
- Avaliação da sessão pelos participantes

Sessão 12: Apoiando a prevenção de recaída**Agenda**

- Revisão da sessão anterior.
 - Avaliação do programa e reforço das estratégias de prevenção de recaída.
-

4.9. Análise dos dados

Foi testada a hipótese nula: “Não existe associação entre maior resposta dos adolescentes portadores de TOC tratados com TCCG e Programa de Orientação para Familiares”.

Para resposta ao tratamento foi considerado um índice igual ou maior de 35% de remissão na escala Y-BOCS, tendo sido a acomodação familiar classificada de acordo com a presença ou não desse comportamento relatado na Escala de Acomodação Familiar (FAS-IR).

Os dados foram tabulados e analisados através do programa estatístico *Statistical Package for Social Science for Windows* (SPSS, versão 15). O nível de significância utilizado na decisão dos testes estatísticos foi de 5,0%.

Na análise dos dados foram obtidas as estatísticas: média e desvio padrão (Técnicas de Estatística Descritiva) e foram utilizados os testes estatísticos: Qui-quadrado de Pearson ou teste Exato de Fisher quando as condições para utilização do teste Qui-quadrado não foram verificadas, t-Student com variâncias iguais e desiguais, teste t-Student pareado e teste de McNemar (Técnicas de estatística inferencial).

Ressalta-se que no estudo da associação da resposta ao tratamento com as variáveis independentes, foi obtida a razão das prevalências de respostas no grupo que alcançou redução menor que 35,0% nos escores da Y-BOCS entre as categorias das variáveis independentes, incluindo-se intervalos para a referida medida com confiabilidade de 95,0%.

4.10. Definição operacional e categorização das variáveis

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	CATEGORIZAÇÃO
Grupos	Para a diferenciação do tipo de intervenção aplicada aos adolescentes, dois subgrupos foram definidos. Grupo A – TCCG com associação de intervenção nas famílias. Grupo B – TCCG sem intervenção familiar.	Subgrupo A Subgrupo B
Faixa etária	Em anos completos, a partir da data de nascimento até a data da entrevista.	15 – 19 anos 20 – 23 anos
Sexo	Definido como sexo biológico ao nascimento e referido pelo entrevistado.	Masculino Feminino
Situação conjugal	Foi considerado nessa variável se o adolescente era solteiro. Os que encontravam-se namorando foram agrupados com os casados por ambos terem companheiro	Solteiro Casado / namorando
Escolaridade	Período estabelecido em função da série e do grau mais elevado alcançado pela pessoa, considerando a última série concluída com aprovação. Analfabeto é a pessoa que não sabe ler e escrever um bilhete simples em seu idioma.	Analfabeto Ensino Fundamental Ensino Médio Superior
Situação sócioeconômica	Calculada a partir da soma dos pontos da tabela ABIPEME onde se divide a população em categorias segundo padrões ou potenciais de consumo medidos a partir de uma lista de itens de conforto.	A – 89 ou mais B – 59/88 C – 35/58 D – 20/34 E – 0/39
Tratamentos anteriores	Foram considerados os tratamentos psicoterápicos anteriores com duração mínima de seis meses.	Sim Não
Ocupação	Presença de atividade profissional remunerada	Com atividade Sem atividade
Gravidade dos sintomas no início do transtorno	Avaliada a partir do item seis da parte II do Questionário sobre História Natural de TOC constante na Apostila de Primeiro Atendimento do C-TOC. (Miguel <i>et al.</i> , 2007)	1 – leve (1 a 2) 2 – moderado (3) 3 – grave (4 a 5)
Início dos sintomas	Avaliado através do item um da parte II (Curso dos Sintomas) do Questionário sobre História Natural de TOC constante na apostila de primeiro atendimento do C-TOC. (Miguel <i>et al.</i> , 2007)	Com 10 anos ou menos Acima de 10 anos
Curso do TOC	Apontado pelo paciente através da escolha de um dos gráficos constantes no item Curso do TOC (página 52) da Apostila de Primeiro Atendimento do C-TOC. (Miguel <i>et al.</i> , 2007)	Flutuante (gráfico B) Episódico (gráfico C) Crônico com piora progressiva (gráfico E) Outros (gráficos A, B ou alternativo)
Adesão ao	Medida através da presença do adolescentes às sessões de TCCG	Boa (ausência de faltas)

tratamento			Regular (1 ou 2 faltas) Não adesão (3 ou mais faltas)
Acomodação Familiar	Utilizada a Escala de Acomodação Familiar (FAS - IR).		Presente Não presente
Qualidade de Vida	Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-bref), sendo uma escala do tipo Likert, para cada item da escala, o paciente deverá escolher entre cinco alternativas aquela que melhor se aplica a ele nos últimos 15 dias. Essa escala é dividida em quatro domínios: físico (PHYS), psíquico (PSYCH); social (SOCIAL) e meio ambiente (ENVIR)		Muito insatisfeito Insatisfeito Nem satisfeito / nem insatisfeito Satisfeito Muito satisfeito
Gravidade dos sintomas	Avaliada antes e depois da TCCG com uso da Escala Y-BOCS cujos escores variam de 0 (ausência de sintomas) a 40 (escore mais alto). A gravidade dos sintomas dos adolescentes foi avaliada antes do início e após a TCCG		Ausente (até oito) Leve (nove a 15) Moderado (16 a 23) Grave (24 a 31) Extremo (32 a 40)
Resposta ao tratamento	Foi avaliada comparando-se os resultados obtidos na Escala Y-BOCS na primeira e última sessão dos adolescentes seguindo os mesmos critérios preconizados por CORDIOLI <i>et al.</i> (2002).		Resposta ao tratamento: decréscimo de pelo menos 35% na pontuação da Y-BOCS Remissão completa: atingir escore máximo de oito na escala Y-BOCS
Avaliação do humor	A avaliação do humor foi feita através da aplicação da Escala Beck de Depressão (BDI), cujos escores variam de 0 a 63.		Mínimo (0 a 11) Leve (12 a 19) Moderado (20 a 35) Grave (36 a 63)
Avaliação da ansiedade	A avaliação da ansiedade foi feita através da aplicação da Escala Beck de Ansiedade, (BAI) cujos escores variam de 0 a 63.		Mínimo (0 a 10) Leve (11 a 19) Moderado (20 a 30) Grave (31 a 63)
Juízo crítico	Juízo crítico do paciente foi investigado através da pergunta: "Quão certo está o paciente de que esta temida consequência é real ou ocorrerá de fato?", constante na página 39 da apostila de primeiro atendimento do C-TOC (Miguel <i>et al.</i> , 2007)		Bom (0 ou 1) Razoável (2 ou 3) Ausente (4)
Dimensão de sintomas	Cada uma das seis dimensões de sintomas foram investigadas através da Escala DY-BOCS da Apostila de Primeiro Atendimento do C-TOC. (Miguel <i>et al.</i> , 2007)		Presença Não presença

Fenômenos sensoriais	Foi avaliado a partir da Escala para Avaliação da Presença e Gravidade de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo (USP - SPS)	Presença Não presença
Presença de TOC familiar	Avaliado a partir do módulo SCID, adaptado para entrevista sobre familiares	Presença Não presença
Comorbidades	Investigadas através da entrevista clínica estruturada (SCID - I)	Presença da comorbidade Nenhuma
Número de comorbidade	Levantado a partir da soma total das comorbidades do paciente	1 a 2 3 a 4 Mais que 4
Presença de Tiques ou Síndrome de Tourette	A presença de tiques e de síndrome de Tourette foi investigada a partir do questionário de tiques (YGTTs), preenchido na Apostila de Primeiro Atendimento do C-TOC. (Miguel <i>et al.</i> , 2007)	Presença Não presença
TDAH	Para diagnóstico do TDAH foi utilizado o questionário referente a esse transtorno constante na K-SADS adaptado para pacientes com idade a partir de 16 anos. Esse questionário consta na Apostila de Primeiro Atendimento do C-TOC. (Miguel <i>et al.</i> , 2007)	Presença Não presença
Impressão clínica da gravidade do transtorno	A avaliação clínica da gravidade do transtorno foi realizada antes da intervenção pela CGI (versão adaptada), incluída na Apostila de Primeiro Atendimento do C-TOC. (Miguel <i>et al.</i> , 2007)	1 - Normal, não doente 2 - Limitrofe para doença mental 3 - Levemente doente 4 - Moderadamente doente 5 - Marcadamente doente 6 - Gravemente doente 7 - Doença mental extremamente grave

4.11. Considerações Éticas

O presente estudo foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Osvaldo Cruz – UPE (CEP|HUOC) e aprovado sob o número 105 – 2007.

Após a aprovação, foi dado início à pesquisa em dez/2007. Os pacientes e/ou seus responsáveis (para os menores de 18 anos) que participaram do programa de TCCG para TOC e os familiares que participaram do Programa de Orientação para Familiares assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A e B).

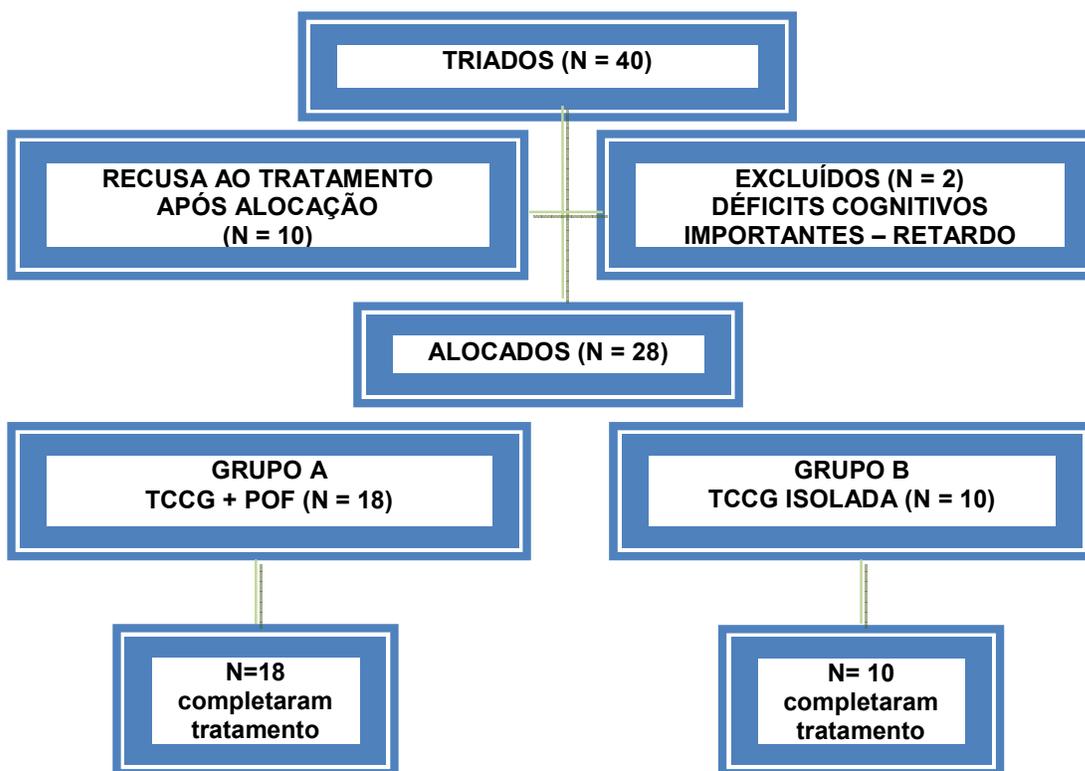
O estudo seguiu a orientação da declaração de Helsinki (1989) e da Resolução nº 196/96 sobre Pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde.

5. RESULTADOS

Um total de 40 adolescentes com diagnóstico de TOC foi triado no C-TOC/PE, dos quais, dois (5%) foram excluídos no início da avaliação, por apresentarem déficits cognitivos i.e. retardo mental.

Dos 38 adolescentes restantes que atenderam aos critérios de inclusão para o tratamento, seis não deram continuidade, ou seja, não concluíram o processo de avaliação. Alguns dos motivos identificados nessas desistências foram choque entre os horários da escola ou faculdade com o da terapia, a distância grande entre a residência e o local de atendimento, a recusa ao atendimento grupal e a falta de motivação para o tratamento. Além disso, da amostra final de 32 adolescentes alocados para a TCCG, quatro (12,5%) não iniciaram a terapia por dificuldade de freqüentar semanalmente às sessões, de chegar no horário estabelecido e pelo alto custo do transporte intermunicipal.

Figura 2 – Fluxograma de alocação



Abreviações: TCCG: Terapia Cognitivo Comportamental / POF: Programa de Orientação Familiar

Conforme o protocolo original (CORDIOLI, 2002), a amostra total (n = 28) foi dividida em quatro grupos que, por sua vez, foram subdivididos em subgrupos A e B.

Tabela 1.2 - Alocação dos adolescentes nos subgrupos A e B

GRUPOS	A	B	Total final
1	4	3	7
2	4	3	7
3	4	3	7
4	6	1	7
TOTAL	18	10	28

Foram alocados no subgrupo A 18 adolescentes e suas respectivas famílias, as quais receberam intervenção. No subgrupo B (n = 10), participaram adolescentes cujas famílias não receberam nenhum tipo de intervenção.

A diferença no número de adolescentes participantes de cada grupo ocorreu em virtude do maior número de recusas em iniciar o tratamento após a alocação no subgrupo B. Além disso, dois adolescentes do terceiro grupo que participaram do subgrupo A (TCCG + Programa de Orientação para Familiares) tinham irmãos que também eram portadores de TOC, que então foram alocados no subgrupo A e participaram do 4º grupo. Dessa forma, suas famílias foram consideradas automaticamente orientadas, por terem recebido intervenção prévia.

Caracterização sociodemográfica da amostra

Dos vinte e oito adolescentes da amostra total incluídos na análise dos dados, 18 (64,3%) foram alocados no grupo A e 10 (35,7%) no grupo B.

Os dados sociodemográficos dos pacientes que participaram do estudo são apresentados na Tabela 2. A média de idade do grupo total foi de 19,57 anos (DP $\pm 2,52$), sendo essa variável homogênea entre os subgrupos (A = 19,61 anos, DP $\pm 2,38$; B = 19,50 anos, DP $\pm 2,88$) homogênea.

A maior parte dos adolescentes do grupo A (55,6%) era do sexo feminino, 12 (66,7%) não tinham companheiro, nove (50%) cursavam o nível superior ou pós-graduação e a situação socioeconômica predominante (38,9%) foi a de nível B (ABIPEME). Somente quatro adolescentes (22,2%) exerciam algum tipo de atividade remunerada.

No subgrupo B, seis (60%) adolescentes eram do sexo masculino e a mesma porcentagem era solteira. Oito deles (80%) haviam concluído o ensino fundamental ou médio, e cinco deles faziam parte da classificação socioeconômica C (ABIPEME). A maior parte do grupo (80%) não possuía nenhum tipo de atividade remunerada.

Não foi verificada diferença estatisticamente significativa em relação a nenhuma das características sociodemográficas ($p = 0,220$).

Tabela 2 – Características sociodemográficas da amostra

Variável	subgrupo				Grupo Total		Valor de p
	A		B		N	%	
	n	%	N	%			
• Faixa etária							
15 a 19	10	55,6	6	60,0	16	57,1	p ⁽¹⁾ = 1,000
20 a 23	8	44,4	4	40,0	12	42,9	
• Sexo							
Masculino	8	44,4	6	60,0	14	50,0	p ⁽²⁾ = 0,430
Feminino	10	55,6	4	40,0	14	50,0	
• Situação conjugal							
Solteiro	12	66,7	6	60,0	18	64,3	p ⁽²⁾ = 1,000
Casado/ Namorando	6	33,3	4	40,0	10	35,7	
• Escolaridade							
Fundamental	4	22,2	5	50,0	9	32,1	p ⁽¹⁾ = 0,220
Médio	5	27,8	3	30,0	8	28,6	
Superior	9	50,0	2	20,0	11	39,3	
• Situação sócio-econômica							
A	2	11,1	-	-	2	7,1	p ⁽¹⁾ = 0,523
B	7	38,9	2	20,0	9	32,1	
C	5	27,8	5	50,0	10	35,7	
D	4	22,2	3	30,0	7	25,0	
• Ocupação							
Com atividade	4	22,2	2	20,0	6	21,4	p ⁽¹⁾ = 1,000
Sem atividade	14	77,8	8	80,0	22	78,6	
Grupo Total	18	100,0	10	100,0	28	100,0	

Variável	Grupo		Grupo Total	Valor de p
	A	B		
	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	
• Idade	19,61 ± 2,38	19,50 ± 2,88	19,57 ± 2,52	p ⁽³⁾ = 0,913

(*): Diferença significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Exato de Fisher.

(2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(3): Através do teste T-Student com variâncias iguais.

Características clínicas da amostra

Do número total dos sujeitos desse estudo, 85,7%, ou seja, 24 adolescentes apresentavam sintomas leves no início do transtorno, e apenas um adolescente, pertencente ao subgrupo B, apresentava no início do transtorno sintomas graves.

A adesão ao tratamento foi aferida pela ausência, ou pelo número total das faltas do adolescente (ver quadro de variáveis). A maior parte (78,%), tanto do subgrupo A, quanto do subgrupo B, apresenta boa adesão ao tratamento, destacando-se apenas um caso de cada um dos grupos onde o paciente não demonstrou adesão a TCCG.

Constata-se, na Tabela 3, diferenças significantes entre os grupos para as variáveis Curso da História Natural do TOC ($p=0,027$) e Juízo Crítico ($p=0,038$). Uma significância limítrofe é encontrada para a variável presença de Sintomas Obsessivos-Compulsivos na família do adolescente ($p=0,055$), sendo importante ressaltar que, para essa classificação, considerou-se que os sintomas obsessivos-compulsivos (SOC) estivessem presentes em parentes de primeiro grau do paciente – pai, mãe ou irmãos.

O curso crônico com piora progressiva dos sintomas foi a variável mais comum tanto no subgrupo A (50,0%) como no subgrupo B (80,0%). Já em relação ao curso flutuante dos sintomas, grande diferença é observada entre os subgrupos. Nos adolescentes do subgrupo A, o curso flutuante é relatado por 44,4% dos pacientes, sendo ausente esse curso no subgrupo B. A capacidade de juízo crítico razoável foi a mais freqüente entre os adolescentes do subgrupo A (72,2%), sendo essa a maior diferença percebida em comparação ao subgrupo B (30,0%), onde a ausência de juízo crítico foi a mais comum (40,0%).

Os dados sobre história de SOC na família apresentam diferença limítrofe, observando-se que a presença de SOC é mais prevalente no subgrupo A (61,1%), que no subgrupo B.

Observa-se uma inversão em relação à história de SOC familiar no subgrupo B, nesse subgrupo, 80% dos adolescentes relatam não ter parentes de primeiro grau que apresentem SOC. Nas demais variáveis da tabela 4, não houve diferença estatisticamente significativa entre os subgrupos.

Dos adolescentes do subgrupo A, 61,1% apresentavam TOC de início precoce, com a média de idade de aparecimento dos sintomas de 10,72 (DP \pm 4,14) anos. Conforme critérios de avaliação do DY-BOCS, a dimensão de obsessões e compulsões diversas foi a mais freqüente no subgrupo A (94,4%), seguidas da dimensão das obsessões e compulsões de simetria e contaminação, que se apresentaram com o mesmo percentual (88,9%) de freqüência. Tanto a presença de fenômeno sensorial, como a história de TOC familiar foram percebidas em pouco mais da metade do subgrupo A (55,6%).

No subgrupo B (60,0%), apresentaram TOC de início precoce, idade média de aparecimento dos sintomas de 10,20 (DP \pm 3,29) anos. A dimensão de simetria, apresentada no DY-BOCS, foi identificada em todos os participantes do subgrupo B, contrastando com a presença de obsessões sexuais e religiosas, que apareceram em somente 50% dos adolescentes desse mesmo subgrupo. As dimensões de contaminação e diversas ocorreram em 90,0% dos adolescentes. Um pouco mais da metade deles apresentou fenômenos sensoriais (60,0%) e a maioria (80%) relatou não ter parentes de primeiro grau que apresentassem os sintomas do TOC.

Tabela 3 – Características clínicas da amostra

Variável	Subgrupo				Grupo Total		Valor de p
	A		B		n	%	
	n	%	N	%	n	%	
• Gravidade dos sintomas							
Leve	15	83,3	9	90,0	24	85,7	p ⁽¹⁾ = 0,215
Moderado	3	16,7	-	-	3	10,7	
Grave	-	-	1	10,0	1	3,6	
• Início dos sintomas							
< 10 anos	11	61,1	6	60,0	17	60,7	p ⁽¹⁾ = 1,000
> 10 anos	7	38,9	4	40,0	11	39,3	
• Curso Hist. Nat.							
Flutuante	8	44,4	-	-	8	28,6	p ⁽¹⁾ = 0,027*
Episódica	-	-	1	10,0	8	3,6	
Crônico com piora progressiva	9	50,0	8	80,0	17	60,7	
Outros	1	5,6	1	10,0	2	7,1	
• Juízo crítico							
Bom	4	22,2	3	30,0	7	25,0	p ⁽¹⁾ = 0,038*
Razoável	13	72,2	3	30,0	16	54,1	
Ausente	1	5,6	4	40,0	5	17,9	
• Adesão ao tratamento							
Boa	15	83,3	7	70	22	78,6	p ⁽¹⁾ = 0,805
Regular	2	11,1	2	20,0	4	14,3	
Não adesão	1	5,6	1	10,0	2	7,1	
• DY-BOCS							
Agressão	12	66,7	8	80,0	20	71,4	p ⁽¹⁾ = 0,669
Sexual / Religioso	14	77,8	5	50,0	19	67,9	p ⁽¹⁾ = 0,210
Simetria	16	88,9	10	100,0	26	92,9	p ⁽¹⁾ = 0,524
Contaminação	16	88,9	9	90,0	25	89,3	p ⁽¹⁾ = 1,000
Colecionamento	9	50,0	7	70,0	16	57,1	p ⁽¹⁾ = 0,434
Diversas	17	94,4	9	90,0	26	92,9	p ⁽¹⁾ = 1,000
• Fenômenos sensoriais							
Sim	11	61,1	2	60,0	13	46,4	p ⁽¹⁾ = 0,055
Não	7	38,9	8	40,0	15	53,6	
• TOC familiar							
Sim	10	55,6	2	20,0	12	42,9	p ⁽¹⁾ = 0,114
Não	8	44,4	8	80,0	16	57,1	
Grupo Total	18	100,0	10	100,0	28	100,0	

Variável	Subgrupo		Grupo Total	Valor de p
	A	B		
	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	
• Idade de início dos Sintomas	10,72±4,14	10,20±3,29	10,54±3,81	p ⁽¹⁾ = 0,735

Comorbidades

Verificou-se que 25 pacientes (89,3%) da amostra total possuíam uma ou mais comorbidades psiquiátricas, e que apenas 10,7% da amostra total, ou seja, três adolescentes (16,7%) pertencentes ao subgrupo A, não apresentavam nenhuma comorbidade.

As comorbidades mais freqüentes encontradas no subgrupo total foram Depressão Maior (60,7%), TAG (42,9%) e TDAH (32,1%). No subgrupo A, depressão maior foi a comorbidade mais freqüente (66,7%), seguida de TAG (33,3%), TDAH e *Skin Picking*¹ (22,2%). No subgrupo B, a comorbidade identificada com mais freqüência foi TAG (60,0%), seguida de TDAH e Depressão Maior (50,0%). Os tiques apresentaram baixa prevalência (7,1%) em ambos os subgrupos, verificando-se a presença de Síndrome de Tourette em somente um dos adolescentes (3,6% da amostra total). Apesar da apresentação diferenciada das comorbidades em cada subgrupo, tais diferenças não foram significantes entre os dois subgrupos ($p > 0,05$) para nenhum dos transtornos verificados nesse estudo. Dos adolescentes que preenchem critérios para uma ou duas comorbidades, 38,9% eram do subgrupo A, valor este que sobe para 60,0% no subgrupo B.

¹ *Skin Picking* – dermatilomania, ou conduta auto-lesiva, repetição de comportamentos de cutucar a pele ao ponto de causar dano.

Tabela 4 – Comorbidades do Eixo I de Acordo com o DSM-IV-TR™

Transtornos	A		Subgrupo B		Grupo Total		Valor de p
	N	%	n	%	N	%	
• Humor							
Depressão Maior	12	66,7	5	50,0	17	60,7	p ⁽¹⁾ = 0,444
Distímia	1	5,6	-	-	1	3,6	p ⁽¹⁾ = 1,000
• Ansiedade							
TAG	6	33,3	6	60,0	12	42,9	p ⁽¹⁾ = 0,243
Fobia social	5	27,8	1	10,0	6	21,4	p ⁽¹⁾ = 0,375
Fobia específica	5	27,8	3	30,0	8	28,6	p ⁽¹⁾ = 1,000
TEPT	3	16,7	3	30,0	6	21,4	p ⁽¹⁾ = 0,634
• Controle do Impulso							
<i>Skin Picking</i>	4	22,2	1	10,0	5	17,9	p ⁽¹⁾ = 0,626
Tricotilomania	2	11,1	1	10,0	3	10,7	p ⁽¹⁾ = 1,000
Corpo dismórfico	2	11,1	-	-	2	7,1	p ⁽¹⁾ = 0,524
Compulsão alimentar periódica	1	5,6	-	-	1	3,6	p ⁽¹⁾ = 1,000
Comprar compulsivo	-	-	1	10,0	1	3,6	p ⁽¹⁾ = 0,357
• Outros							
TDAH	4	22,2	5	50,0	9	32,1	p ⁽¹⁾ = 0,210
Esquizoafetivo	1	5,6	-	-	1	3,6	p ⁽¹⁾ = 1,000
Por uso de álcool	-	-	1	10,0	1	3,6	p ⁽¹⁾ = 0,357
Uso de substância não alcoólica	-	-	1	10,0	1	3,6	p ⁽¹⁾ = 0,357
• Tiques							
Sim	1	5,6	1	10,0	2	7,1	p ⁽¹⁾ = 0,440
Não	17	94,4	8	80,0	25	89,3	
Tourette	-	-	1	10,0	1	3,6	
• Número de comorbidades							
Nenhuma	3	16,7	-	-	3	10,7	p ⁽¹⁾ = 0,503
1 a 2	7	38,9	6	60,0	13	46,4	
3 a 4	6	33,3	2	20,0	8	28,6	
> 4	2	11,1	2	20,0	4	14,3	
Grupo Total	18	100,0	10	100,0	28	100,0	

(1): Através do teste Exato de Fisher

TAG: Transtorno de Ansiedade Generalizada

TEPT: Transtornos de Estresse Pós Traumático

TDAH: Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade

Resposta ao tratamento de acordo com BDI / BAI / Y-BOCS

Na Tabela 4 são comparadas as pontuações das escalas BDI, BAI e Y-BOCS entre os subgrupos A e B, e entre os grupos de pacientes que responderam e os que não responderam ao tratamento. Nesta tabela, não se comprovam diferenças significantes na comparação das pontuações dos subgrupos A e B, porém, diferenças significantes são claramente evidenciadas na comparação da melhora da pontuação da escala Y-BOCS obtida antes e depois da intervenção em ambos os subgrupos ($p=0,001$).

O subgrupo A apresentou média de pontuação inicial de 13,17 (sintomas leves) na BDI e final de 9,94 (sintomas mínimos) e na escala BAI 11,44 (sintomas leves) inicial decrescendo esse valor para 8,17 pontos (sintomas mínimos) ao final.

Comparativamente, a pontuação inicial da escala BDI no subgrupo B foi de 12,20 (sintomas leves) e a final 8,70 (sintomas mínimos), porém na escala BAI percebeu-se um decréscimo de apenas 0,70 pontos, mantendo-se esses pacientes num índice de sintomas mínimos.

A pontuação da Y-BOCS inicial e final tanto do grupo total quanto em cada um dos subgrupos mostra-se significativamente diferente ($p < 0,05$). No subgrupo A, o decréscimo entre a pontuação inicial e final dessa escala foi de 56,82% ($DP \pm 29,00$), demonstrando melhora nos sintomas e no subgrupo B essa diferença foi estimada em 51,81% ($DP \pm 28,98$).

Quando se faz outra divisão dos adolescentes do grupo total, alocando-os em grupo de respondedores² e não respondedores³, nota-se que o grupo que teve menos de 35% de decréscimo na pontuação da escala, apresentou média de remissão de sintomas de 21,43% ($DP \pm 8,20$), ou seja, apesar de terem melhorado não alcançaram índice suficiente para serem considerados respondedores ao tratamento. Em contraposição, aqueles que obtiveram redução igual ou maior a 35% (grupo de respondedores), alcançaram redução da pontuação da escala três vezes maior que os não respondedores 70,95% ($DP \pm 19,00$), conforme Gráfico 2.

² Respondedores: aqueles pacientes que alcançaram decréscimo de 35% ou mais na pontuação da escala Y-BOCS ao final do programa de tratamento.

³ Não respondedores: aqueles pacientes que alcançaram decréscimo menor de 35% na pontuação da escala Y-BOCS ao final do programa de tratamento.

Tabela 5 – Média e desvio padrão das escalas BDI, BAI e Y-BOCS

Variável	Avaliação	Subgrupo		Grupo Total Média ± DP ⁽¹⁾	Valor de p
		A Média ± DP ⁽¹⁾	B Média ± DP ⁽¹⁾		
• BDI	Inicial	13,17 ± 9,38	12,20 ± 9,48	12,82 ± 9,25	p ⁽²⁾ = 0,797
	Final	9,94 ± 7,34	8,70 ± 10,49	9,50 ± 8,43	p ⁽²⁾ = 0,716
	Diferença absoluta	3,22 ± 10,10	3,50 ± 12,94	3,32 ± 10,95	p ⁽²⁾ = 0,950
	Diferença %	7,71 ± 117,58	22,11 ± 187,93	12,51 ± 141,26	p ⁽²⁾ = 0,808
	Valor de p	p⁽⁴⁾ = 0,193	p⁽⁴⁾ = 0,414	p⁽⁴⁾ = 0,120	
• BAI	Inicial	11,44 ± 10,82	11,30 ± 9,75	11,39 ± 10,27	p ⁽²⁾ = 0,972
	Final	8,17 ± 8,26	10,60 ± 9,29	9,04 ± 8,55	p ⁽²⁾ = 0,481
	Diferença absoluta	3,28 ± 12,20	0,70 ± 12,28	2,36 ± 12,07	p ⁽²⁾ = 0,598
	Diferença %	17,16 ± 161,99	82,11 ± 310,94	41,21 ± 225,02	p ⁽²⁾ = 0,480
	Valor de p	p⁽⁴⁾ = 0,270	p⁽⁴⁾ = 0,861	p⁽⁴⁾ = 0,310	
• Y-BOCS	Inicial	27,94 ± 6,25	31,60 ± 4,50	29,25 ± 5,88	p ⁽²⁾ = 0,117
	Final	11,72 ± 8,13	15,10 ± 8,90	12,93 ± 8,41	p ⁽²⁾ = 0,318
	Diferença absoluta	16,22 ± 10,24	16,50 ± 9,47	16,32 ± 9,79	p ⁽²⁾ = 0,944
	Diferença %	56,82 ± 29,00	51,81 ± 28,98	55,03 ± 28,55	p ⁽²⁾ = 0,665
	Valor de p	p⁽⁴⁾ < 0,001*	p⁽⁴⁾ < 0,001*	p⁽⁴⁾ < 0,001*	

	Avaliação	Resposta ao tratamento		Valor de p
		< 35% Média ± DP ⁽¹⁾	≥ 35% Média ± DP ⁽¹⁾	
• Y-BOCS	Inicial	28,67 ± 3,87	29,53 ± 6,70	p ⁽²⁾ = 0,725
	Final	22,56 ± 4,00	8,37 ± 5,54	p ⁽²⁾ < 0,001*
	Diferença absoluta	6,11 ± 2,52	21,16 ± 8,02	p ⁽³⁾ < 0,001*
	Diferença %	21,43 ± 8,20	70,95 ± 19,00	p ⁽³⁾ < 0,001*
	Valor de p	p⁽⁴⁾ < 0,001*	p⁽⁴⁾ < 0,001*	

(*): Diferença significativa a 5,0%.

(1): DP = Desvio padrão.

(2): Através do teste t-Student com variâncias iguais.

(3): Através do teste t-Student com variâncias desiguais.

(4): Através do teste t-Student Pareado.

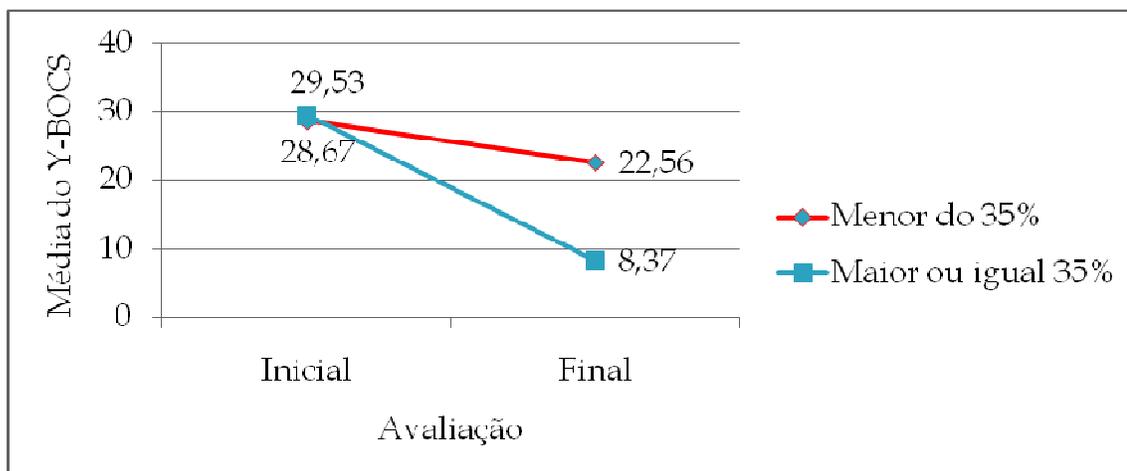


Figura 3 – Média da pontuação da escala Y-BOCS segundo o subgrupo de respondedores e não respondedores ao tratamento.

Escalas BDI E BAI – Comparação entre Início e Final do Tratamento

Na Tabela 5, são apresentados os resultados da mudança das categorias (mínimo/leve/moderado/grave) nas escalas BDI e BAI do início ao final do tratamento. Nesta tabela, destaca-se que, no subgrupo A, a grande maioria dos adolescentes (83,3%), apresentava sintomas mínimos e leves de depressão, e os demais, sintomas moderados e graves. Ao final do tratamento, observou-se que, com exceção de um paciente, todos os demais (94,4%) passaram a apresentar sintomas mínimos ou leves.

No subgrupo B, 80% dos adolescentes apresentavam sintomas mínimos e leves de depressão, tanto no início quanto no final do tratamento. Interessante ressaltar que, neste subgrupo, um paciente que apresentava no início do tratamento sintomas mínimos passou a apresentar sintomas moderados de depressão.

Em relação à escala BAI, observa-se que dos 10 adolescentes que apresentavam sintomas leves de ansiedade no subgrupo A, um passou a apresentar sintomas moderados, tendo todos os nove restantes respondido de forma a melhorar seus sintomas de ansiedade, chegando dois pacientes a níveis leves e sete pacientes a níveis mínimos. Já no subgrupo B, três pacientes que apresentavam sintomas mínimos a leves passaram a apresentar sintomas moderados ao final do tratamento. Em virtude do grande número de categorias e do reduzido tamanho da amostra não foi possível aplicar testes estatísticos comparativos entre elas.

Tabela 6 – Pontuações iniciais e finais das escalas BDI e BAI

Sub grupo	BDI – inicial	TOTAL		BDI – final		Leve		Moderado	
		N	%	N	%	n	%	N	%
• A	Mínimo	8	44,4	6	33,3	2	11,1	-	-
	Leve	7	38,9	3	16,7	4	22,2	-	-
	Moderado	2	11,1	1	5,6	-	-	1	5,6
	Grave	1	5,6	-	-	1	5,6	-	-
	TOTAL	18	100,0	10	55,6	7	38,9	1	5,6
• B	Mínimo	4	40,0	2	20,0	1	10,0	1	10,0
	Leve	4	40,0	4	40,0	-	-	-	-
	Moderado	2	20,0	1	10,0	-	-	1	10,0
	TOTAL	10	100,0	7	70,0	1	10,0	2	20,0

Sub grupo	BAI inicial	TOTAL		BAI – final		Leve		Moderado	
		N	%	n	%	n	%	N	%
• A	Mínimo	10	55,6	7	38,9	2	11,1	1	5,6
	Leve	5	27,8	4	22,2	1	5,6	-	-
	Moderado	1	5,6	-	-	-	-	1	5,6
	Grave	2	11,1	1	5,6	1	5,6	-	-
	TOTAL	18	100,0	12	66,7	4	22,2	2	11,1
• B	Mínimo	6	60,0	4	40,0	-	-	2	20,0
	Leve	2	20,0	-	-	1	10,0	1	10,0
	Moderado	1	10,0	1	10,0	-	-	-	-
	Grave	1	10,0	-	-	1	10,0	-	-
	TOTAL	10	100,0	5	50,0	2	20,0	3	30,0

Comparação da pontuação das Escalas Y-BOCS e CGI - Início e Final do Tratamento

Na Tabela 6, são apresentados os resultados e mudanças nas escalas Y-BOCS e CGI durante as avaliações iniciais e finais, tanto do grupo total quanto de cada um dos subgrupos. Na avaliação inicial da gravidade dos sintomas através da escala Y-BOCS percebeu-se que 83,4% dos adolescentes do subgrupo A apresentavam sintomas de TOC grave e extremo, e somente um desses pacientes manteve-se com sintomas graves ao final do tratamento. Vale ressaltar que 33,3% dos adolescentes do subgrupo A passaram a apresentar sintomas subclínicos ao final do tratamento.

No subgrupo B, todos os adolescentes apresentavam sintomas graves ou extremos no início do tratamento, e somente um deles foi classificado como tendo sintomas subclínicos ao final (pontuação igual ou menor que oito na escala Y-BOCS). Dois adolescentes do subgrupo B (20%) mantiveram-se com sintomas graves.

Quando se leva em consideração a pontuação da CGI, nota-se que todos os adolescentes do subgrupo A demonstraram alguma melhora em relação aos sintomas de TOC, sendo que 55,6% deles apresentaram-se muito melhor ao final do tratamento.

Ao se observar os resultados do subgrupo B percebe-se que um paciente “marcadamente doente” manteve-se nessa condição, e cinco outros apresentaram-se ligeiramente melhora ao final da terapia. Os demais 40,0% do subgrupo B foram classificados com muito melhor ao final do tratamento segundo os critérios da CGI. O número pequeno da amostra de cada uma das categorias inviabilizou a aplicação de teste estatístico para quaisquer que fossem as comparações.

Tabela 7 – Pontuação da Y-BOCS e CGI segundo a avaliação inicial e final

Sub grupo	Y-BOCS- inicial	TOTAL		Subclínico		Leve		Moderado		Y-BOCS FINAL Grave	
		N	%	n	%	n	%	N	%	N	%
A	Moderado	3	16,7	1	5,6	1	5,6	1	5,6	-	-
	Grave	10	55,6	3	16,7	3	16,7	3	16,7	1	5,6
	Extremo	5	27,8	2	11,1	2	11,1	1	5,6	-	-
	TOTAL	18	100,0	6	33,3	6	33,3	5	27,5	1	5,6
B	Grave	5	50,0	1	10,0	2	20,0	1	10,0	1	10,0
	Extremo	5	50,0	-	-	4	40,0	-	-	1	10,0
	TOTAL	10	100,0	1	10,0	6	60,0	1	10,0	2	20,0

Sub grupo	CGI – inicial	TOTAL		Muito melhor		Melhor		Ligeiramen te melhor		Sem alteração	
		N	%	n	%	n	%	N	%	N	%
A	Leve	2	11,1	1	5,6	-	-	1	5,6	-	-
	Moderado	3	16,7	2	11,1	1	5,6	-	-	-	-
	Marcada	6	33,3	3	16,7	2	11,1	1	5,6	-	-
	Grave	6	33,3	3	16,7	1	5,6	2	11,1	-	-
	Extremamente grave	1	5,6	1	5,6	-	-	-	-	-	-
	TOTAL	18	100,0	10	55,6	4	22,2	4	22,2	-	-
B	Marcada	4	40,0	2	20,0	-	-	1	10,0	1	10,0
	Grave	6	60,0	2	20,0	2	20,0	2	20,0	-	-
	TOTAL	10	100,0	4	40,0	2	20,0	3	30,0	1	10,0

Acomodação familiar

A ocorrência ou não de acomodação familiar, antes e ao final do tratamento em ambos os subgrupos, foi investigada pela Escala de Acomodação Familiar - EAF. A presença ou não de acomodação familiar ao final do tratamento for cruzadas com as variáveis gravidade inicial dos sintomas e história de TOC familiar.

Na Tabela 7, é possível verificar que das 18 famílias do subgrupo A (cujos pais participaram do programa de intervenção), 15 (83,3%) apresentavam algum tipo de acomodação familiar antes do início do programa, passando a ser somente cinco (27,8%) o número de famílias acomodadas ao final o que reflete uma diferença

significante entre as duas avaliações ($p < 0,05$). No subgrupo B, cujos familiares não receberam nenhum tipo de intervenção, 80,0% das famílias eram acomodadas na avaliação inicial, e 70,0% delas mantiveram-se nessa mesma condição na avaliação final do programa.

Na segunda parte da Tabela 8, foram considerados para a análise, somente os dados dos 23 adolescentes cujas famílias eram acomodadas no início do tratamento. No cruzamento da variável acomodação familiar (presença ou não presença) com gravidade inicial dos sintomas, vale ressaltar que desses 23 adolescentes que tinham suas famílias acomodadas no início do tratamento, 19 apresentavam sintomas obsessivos-compulsivos leves no início do aparecimento do transtorno. Ao final da intervenção, 52,63% das famílias haviam mudado seu comportamento em relação ao paciente, tornando-se não acomodadas. Em relação aos adolescentes que apresentavam início de transtorno moderado ou grave $n=4$, a maior parte das famílias $n=3$ manteve-se acomodada ao final das intervenções.

A maior parte das famílias (10 famílias de 13) que não tinham história de SOC manteve-se acomodada aos sintomas do paciente ao final do tratamento, sendo que as famílias que apresentavam história de SOC deixaram com mais frequência o comportamento de acomodação aos sintomas do adolescente. Esses resultados comprovam associação fortemente significativa ($p < 0,05$) entre ausência de TOC familiar e acomodação familiar.

Tabela 8 – Presença de Acomodação Familiar antes e depois do tratamento/ Acomodação Familiar X Gravidade inicial dos sintomas e História de SOC familiar

Subgrupo	A F* - INÍCIO		A F* – FINAL				Valor de p
	N	%	Sim n	%	Não n	%	
• A							
Sim	15	83,3	5	27,8	10	55,6	p ⁽¹⁾ = 0,002**
Não	3	16,7	-	-	3	16,7	
TOTAL	18	100,0	5	27,8	13	72,2	
• B							
Sim	8	80,0	7	70,0	1	10,0	p ⁽¹⁾ = 1,000
Não	2	20,0	1	10,0	1	10,0	
TOTAL	10	100,0	8	80,0	2	20,0	

AF* versus GRAVIDADE DE SINTOMAS E HISTÓRIA DE SOC FAMILIAR ***

Variável	Grupo Total		Acomodação familiar na avaliação final				Valor de p
	N	%	Sim N	%	Não n	%	
• Gravidade dos sintomas							
Leve	19	82,6	9	75,0	10	90,9	p ⁽²⁾ = 1,000
Moderado	3	13,0	2	16,7	1	9,1	
Grave	1	4,3	1	8,3	-	-	
• TOC familiar							
Sim	10	43,5	2	16,7	8	72,7	p ⁽²⁾ = 0,012**
Não	13	56,5	10	83,3	3	27,3	
TOTAL	23	100,0	12	100,0	11	100,0	

(*): AF – Acomodação Familiar, avaliada através da EAF – Escala de Acomodação Familiar.

(**): Diferença significante a 5,0%

(***): Grupo dos pacientes cujas famílias apresentavam Acomodação Familiar no início do tratamento (23)

(1): Através do teste de McNemar

(2): Através do teste Exato de Fisher

Resposta ao tratamento

A Tabela 9 apresenta a resposta ao tratamento do grupo total e entre os subgrupos A e B, além de classificar os tipos de resposta ao tratamento como: remissão total, parcial ou não resposta. Em relação à resposta ao tratamento não é encontrada diferença estatisticamente significativa ($p = 1,000$) entre os subgrupos. Dos adolescentes do subgrupo A, 66,7% responderam ao tratamento, tendo o subgrupo B respondido em 70,0%.

Quando a atenção é voltada à comparação do tipo de resposta ao tratamento (resposta parcial ou total), nota-se que houve predominância de remissão total dos sintomas nos adolescentes do subgrupo A (44,4%), enquanto que apenas 20,0% dos adolescentes do subgrupo B obtiveram remissão total de sintomas. Nesse subgrupo (subgrupo B), a predominância foi da remissão parcial (50% dos adolescentes). Pouco mais de um terço dos pacientes do subgrupo A (32,1%) e B (33,3%) não responderam ao tratamento, ou seja, obtiveram decréscimo menor de 35% na pontuação da escala Y-BOCS ao final do tratamento.

Tabela 9 – Resposta ao tratamento e remissão dos sintomas

Remissão	Grupo Total		Subgrupo				Valor de p
	N	%	A N	%	B n	%	
< 35%	9	32,1	6	33,3	3	30,0	$p^{(1)} = 1,000$
≥ 35%	19	67,9	12	66,7	7	70,0	
Grupo Total	28	100,0	18	100,0	10	100,0	
Remissão	10	35,7	8	44,4	2	20,0	$p^{(1)} = 0,295$
Parcial	9	32,1	4	22,2	5	50,0	
Não responderam	9	32,1	6	33,3	3	30,0	
Grupo Total	28	100,0	18	100,0	10	100,0	

(1): Através do teste Exato de Fisher.

Resposta ao tratamento x Variáveis sociodemográficas e clínicas

Dos 28 adolescentes da amostra total do estudo, 67,9% obtiveram resposta à TCCG. Nas tabelas 9 e 10, apresentam-se os dados de algumas variáveis sociodemográficas e clínicas que foram cruzadas com a resposta ao tratamento. Cada uma das variáveis foi cruzada com o grupo de pacientes não respondedores e as razões de prevalência entre as variáveis foram estimadas, sendo que em nenhum dos cruzamentos comprovou-se associação significativa.

Nas variáveis, subgrupo A ou B, faixa etária, sexo, início dos sintomas, fenômeno sensoriais e acomodação familiar, as razões entre as prevalências foram quase nulas, variando de 1,07 a 1,25.

Pode-se notar que, nessa amostra, os adolescentes casados ou que namoravam responderam à terapia de forma menos intensiva que os solteiros (RP=2,25), da mesma forma que os que apresentavam sintomas moderados em relação aos que tiveram sintomas obsessivo-compulsivos leves (RP=2,67). Os adolescentes que haviam feito algum tipo de tratamento anterior responderam pior que do que os que nunca haviam se tratado (RP=3,03), e dessa mesma forma, aqueles adolescentes cujos familiares não apresentavam sintomas de TOC obtiveram menos sucesso com a TCCG (RP=2,63). Essas foram as variáveis onde se pôde notar maior discrepância entre os valores.

A comorbidade TAG foi encontrada com mais freqüência no grupo de adolescentes que melhor respondeu à TCCG, sendo a razão entre as prevalências 2,63. Já depressão e TDAH não demonstraram influenciar a pior resposta ao tratamento nessa população, observando-se que dos 17 pacientes que apresentaram depressão associada ao TOC, 10 responderam ao tratamento, da mesma forma que nos pacientes com comorbidade de TOC com TDAH a resposta ao tratamento foi de 55,6%. Atenção deve ser dada ao fato do tamanho da amostra desse estudo ser pequena, principalmente em relação às comorbidades. Tiques e Síndrome de Tourette foram encontrados em somente três adolescentes da amostra total.

Neste estudo, as dimensões que contam com obsessões e compulsões diversas e de simetria estão ligadas à maior média de não resposta ao tratamento, obtendo melhor resposta os adolescentes colecionistas (81,3%)

A não resposta ao tratamento foi também cruzada com a presença de acomodação familiar ao final do tratamento. Vale ressaltar que, nessa situação, foram incluídos somente os pacientes do grupo que apresentavam acomodação antes do início do tratamento, ou seja, 23 adolescentes. Dos nove adolescentes que não responderam ao tratamento, cinco tiveram suas famílias ainda acomodadas ao final das intervenções. Quanto aos familiares dos pacientes que responderam ao tratamento (n=14), metade mudou seu comportamento, chegando ao final das intervenções sem acomodação familiar.

Tabela 10 – Resposta ao tratamento versus variáveis sociodemográficas e clínicas 1

Variável	Resposta ao tratamento				TOTAL		Valor de p	RP (IC 95%)
	< 35%		≥ 35%		N	%		
	n	%	n	%				
• Subgrupo								
A	6	33,3	12	66,7	18	100,0	p ⁽¹⁾ = 1,000	1,11 (0,35 a 3,51)
B	3	30,0	7	70,0	10	100,0		
• Faixa etária								
15 a 19	5	31,3	11	68,8	16	100,0	p ⁽¹⁾ = 1,000	1,00
20 a 23	4	33,3	8	66,7	12	100,0		
• Sexo								
Masculino	4	28,6	10	71,4	14	100,0	p ⁽¹⁾ = 1,000	1,00
Feminino	5	35,7	9	64,3	14	100,0		
• Sit conjugal								
Solteiro	4	22,2	14	77,8	18	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,210	1,00
Cas / Namoro	5	50,0	5	50,0	10	100,0		
• Início sintomas								
< 10 anos	5	29,4	12	70,6	17	100,0	p ⁽¹⁾ = 1,000	1,00
> 10 anos	4	36,4	7	63,6	11	100,0		
• Transtornos								
Depressão	7	41,2	10	58,8	17	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,249	2,27 (0,57 a 8,97)
TAG	2	16,7	10	83,3	12	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,223	2,63 (0,66 a 10,45)
TDAH	4	44,4	5	55,6	9	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,407	1,69 (0,59 a 4,82)
• Grav. Sint.								
Leve	6	25,0	18	75,0	24	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,084	1,00
Moderado	2	66,7	1	33,3	3	100,0		
Grave	1	100,0	-	-	1	100,0		
• Trat anterior								
Sim	7	46,7	8	53,3	15	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,114	3,03 (0,76 a 12,12)
Não	2	15,4	11	84,6	13	100,0		
Grupo Total	9	32,1	19	67,9	28	100,0		

(**): Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequência nula.

(1): Através do teste Exato de Fisher.

Tabela 11 – Resposta ao tratamento versus Variáveis sociodemográficas e clínicas 2

Variável	Resposta ao tratamento				TOTAL		Valor de p	RP (IC 95%)
	< 35%		≥ 35%		N	%		
	N	%	n	%				
• Curso Hist. Nat.								
Flutuante	3	37,5	5	62,5	8	100,0	p ⁽¹⁾ = 1,000	**
Episódica	-	-	1	100,0	1	100,0		
Piora progressiva	5	29,4	12	70,6	17	100,0		
Outros	1	50,0	1	50,0	2	100,0		
• Juízo crítico								
Excelente/ Boa	2	28,6	5	71,4	7	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,867	1,43 (0,17 a 11,76)
Razoável/ Pobre	6	37,5	10	62,5	16	100,0		
Ausente	1	20,0	4	80,0	5	100,0		
• Adesão ao tratam.								
Ótima/Boa	6	27,3	16	72,7	22	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,469	1,00
Regular	2	50,0	2	50,0	4	100,0		
Não adesão	1	50,0	1	50,0	2	100,0		
• Tiques								
Sim	-	-	2	100,0	2	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,391	**
Tourette	1	100,0	-	-	1	100,0		
Não	8	32,0	17	68,0	25	100,0		
• Fen. sensoriais								
Sim	5	31,3	11	68,8	16	100,0	p ⁽¹⁾ = 1,000	1,00
Não	4	33,3	8	66,7	12	100,0		
• TOC familiar								
Sim	2	16,7	10	83,3	12	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,223	1,00
Não	7	43,8	9	56,3	16	100,0		
• DY-BOCS								
Agressão	6	30,0	14	70,0	20	100,0	p ⁽¹⁾ = 1,000	1,25 (0,41 a 3,82)
Sexual/ Religioso	6	31,6	13	68,4	19	100,0	p ⁽¹⁾ = 1,000	1,06 (0,34 a 3,29)
Simetria	9	34,6	17	65,4	26	100,0	p ⁽¹⁾ = 1,000	**
Contaminação	8	32,0	17	68,0	25	100,0	p ⁽¹⁾ = 1,000	1,04 (0,19 a 5,70)
Colecionamento	3	18,8	13	81,3	16	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,114	2,67 (0,83 a 8,56)
Diversas	9	34,6	17	65,4	26	100,0	p ⁽¹⁾ = 1,000	**
Grupo Total	9	32,1	19	67,9	28	100,0		
• Acom familiar								
Sim	5	41,7	7	58,3	12	100,0	p ⁽¹⁾ = 1,000	1,15 (0,41 a 3,21)
Não	4	36,4	7	63,6	11	100,0		
Grupo Total	9	39,1	14	60,9	23	100,0		

(**): Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequências nulas.

(1): Através do teste Exato de Fisher.

Qualidade de Vida

A tabela 11 apresenta a comparação entre a pontuação da WHOQOL – bref antes e depois do tratamento, calculados de duas formas, dividindo os adolescentes em subgrupos A e B e por grupo de respondedores e não respondedores.

Quanto à comparação da QV do total dos adolescentes dos subgrupos A e B, foi possível perceber diferença estatisticamente significativa apenas no domínio físico (PHYS / $p = 0,031$), e limítrofe no domínio psíquico (PSYCH / $p=0,051$). Ao se observar os resultados por subgrupo de tratamento, observa-se diferença estatisticamente significativa na pontuação dos domínios físico ($p=0,002$) e social ($p=0,040$) do subgrupo A. No subgrupo B, as médias dos domínios social e meio ambiente (ENVIR) foram inferiores na avaliação final em relação à inicial, o que será melhor relatado no capítulo discussão. Não se comprovam diferenças significantes entre os subgrupos para nenhuma das dimensões (p inicial = $0,187$ a $0,899$ e p final = $0,149$ a $0,637$).

Quando se compara a pontuação da escala WHOQOL-bref nos grupos dos pacientes respondedores e não respondedores, são encontradas diferenças significativas na pontuação inicial do domínio físico entre os grupos ($p=0,026$), notando-se ainda que nesse mesmo domínio a mudança da pontuação inicial para a final do grupo dos não respondedores foi significativa ($p=0,030$).

Quando a atenção se volta para o domínio psíquico, percebe-se que a pontuação final alcançada pelos respondedores é significativamente maior que a dos não respondedores ($p=0,033$), e limítrofe, quando se comparam as pontuações iniciais dos dois grupos nesse domínio ($p=0,052$).

A pontuação inicial do domínio social foi a que apresentou maior discrepância de valores entre os grupos de pacientes respondedores e não respondedores ($47,22$ X $61,40$). Já a menor diferença foi encontrada na comparação da pontuação inicial e final do domínio meio ambiente no grupo dos respondedores.

Tabela 12 – Média e desvio padrão dos domínios da WHOQOL-bref segundo subgrupos A e B e segundo a resposta ao tratamento

Variável	Subgrupo		Grupo Total	Valor de p
	A	B		
	Média ± DP ⁽¹⁾	Média ± DP ⁽¹⁾	Média ± DP ⁽¹⁾	
• Domínios				
PHYS				
Inicial	54,17 ± 15,56	62,14 ± 23,22	57,02 ± 18,63	p ⁽³⁾ = 0,286
Final	67,06 ± 17,78	61,79 ± 16,06	65,18 ± 17,08	p ⁽³⁾ = 0,444
Valor de p	p⁽⁴⁾ = 0,002*	P⁽⁴⁾ = 0,961	p⁽⁴⁾ = 0,031*	
PSYCH				
Inicial	51,25 ± 18,31	62,50 ± 25,38	55,27 ± 21,35	p ⁽³⁾ = 0,187
Final	57,55 ± 16,65	68,50 ± 21,93	61,46 ± 19,07	p ⁽³⁾ = 0,149
Valor de p	p⁽⁴⁾ = 0,110	P⁽⁴⁾ = 0,298	p⁽⁴⁾ = 0,051	
SOCIAL				
Inicial	54,17 ± 22,00	61,67 ± 34,29	56,85 ± 26,65	p ⁽²⁾ = 0,543
Final	66,42 ± 27,58	57,41 ± 26,82	63,30 ± 27,13	p ⁽³⁾ = 0,431
Valor de p	p⁽⁴⁾ = 0,040*	P⁽⁴⁾ = 1,000	p⁽⁴⁾ = 0,088	
ENVIR				
Inicial	55,36 ± 16,06	56,25 ± 20,41	55,68 ± 17,37	p ⁽³⁾ = 0,899
Final	59,56 ± 18,70	55,94 ± 19,57	58,22 ± 18,73	p ⁽³⁾ = 0,637
Valor de p	p⁽⁴⁾ = 0,127	P⁽⁴⁾ = 0,926	p⁽⁴⁾ = 0,213	
Estadísticas				
Estadísticas	Estadísticas	Resposta ao tratamento		Valor de p
		< 35%	≥ 35%	
		Média ± DP ⁽¹⁾	Média ± DP ⁽¹⁾	
• PHYS				
	Inicial	48,41 ± 6,71	61,09 ± 21,13	p ⁽²⁾ = 0,026*
	Final	59,52 ± 15,97	67,86 ± 17,33	p ⁽³⁾ = 0,235
	Diferença absoluta	11,11 ± 12,68	6,77 ± 21,43	p ⁽³⁾ = 0,580
	Diferença %	22,55 ± 26,15	20,70 ± 39,40	p ⁽³⁾ = 0,899
	Valor de p	p⁽⁴⁾ = 0,030*	P⁽⁴⁾ = 0,185	
• PSYCH				
	Inicial	43,98 ± 18,65	60,61 ± 20,87	p ⁽³⁾ = 0,052
	Final	50,46 ± 17,98	66,67 ± 17,68	p ⁽³⁾ = 0,033*
	Diferença absoluta	6,48 ± 12,86	6,05 ± 17,63	p ⁽³⁾ = 0,949
	Diferença %	11,66 ± 26,08	7,17 ± 28,82	p ⁽³⁾ = 0,695
	Valor de p	p⁽⁴⁾ = 0,169	P⁽⁴⁾ = 0,152	
• SOCIAL				
	Inicial	47,22 ± 23,94	61,40 ± 27,25	p ⁽³⁾ = 0,194
	Final	50,52 ± 19,47	68,98 ± 28,56	p ⁽³⁾ = 0,111
	Diferença absoluta	5,73 ± 15,58	9,72 ± 27,75	p ⁽³⁾ = 0,708
	Diferença %	10,74 ± 29,39	4,28 ± 54,93	p ⁽³⁾ = 0,759
	Valor de p	p⁽⁴⁾ = 0,333	P⁽⁴⁾ = 0,155	
• ENVIR				
	Inicial	49,31 ± 14,64	58,69 ± 18,09	p ⁽³⁾ = 0,187
	Final	51,95 ± 16,78	60,86 ± 19,30	p ⁽³⁾ = 0,268
	Diferença absoluta	4,30 ± 7,46	2,16 ± 12,80	p ⁽³⁾ = 0,665
	Diferença %	6,49 ± 12,66	0,63 ± 26,08	p ⁽³⁾ = 0,553
	Valor de p	p⁽⁴⁾ = 0,147	p⁽⁴⁾ = 0,471	

(*): Diferença significativa a 5,0%.

(1): DP = Desvio padrão;

(2): Através do teste t-Student com variâncias desiguais.

(3): Através do teste t-Student com variâncias iguais.

(4): Através do teste t-Student Pareado.

(5): Através do teste T-Student pareado.

Pontuação da Escala CGI Inter Avaliadores

Das 39 avaliações realizadas pelos dois examinadores foi registrada a concordância em 32 delas (82,1%) e um valor de Kappa igual a 0,76 (0,51 a 0,80), o que indica uma concordância substancial.

6. DISCUSSÃO

O principal objetivo deste estudo foi o de analisar o efeito de um Programa de Orientação para Familiares associado ao Protocolo de Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo para adolescentes portadores de TOC. É evidenciado na literatura o reforçamento do transtorno promovido pela família quando essa se comporta de modo acomodado aos sintomas do paciente, seja ele criança, adolescente ou adulto (GUEDES, 2001; YARYURA-TOBIAS *et al.*, 1997, AMIR *et al.*, 2000; STEKETEE, *et al.*, 2003; MARCH & LEONARD, 1996). Esse é o primeiro estudo que desenvolveu um programa de atendimento a familiares de adolescentes portadores de TOC, tendo ele demonstrado uma alternativa promissora de tratamento, além disso pode-se observar que mesmo tendo sido o protocolo de TCCG desenvolvido e validado para atendimento a adultos, sua linguagem e praticidade na aplicação viabilizaram seu uso também para a população de adolescentes.

Apesar da maioria dos estudos encontrados serem enfáticos quanto à importância da orientação familiar (VAN NOPPEN *et al.*, 1990; FERRÃO, 2004; CORDIOLI, 2007(a), CORDIOLI, 2008 (a); MARCH & MULLE, 1998), esse procedimento se dá com a inclusão das famílias no processo de terapia do portador. MARCH & MULLE(1998) alertam para o fato dos adolescentes, devido às peculiaridades da faixa etária, sentirem-se constrangidos com a presença de familiares no tratamento, fato este corroborado com o relato dos pacientes atendidos. Desta forma, esse protocolo de orientação às famílias, realizado em grupo, porém separadamente do tratamento psicoterápico dos portadores de TOC, busca também respeitar o direito de preservação do sigilo quanto aos sintomas dos pacientes.

O protocolo de orientação aos familiares foi adaptado a partir do manual de TCCG (Cordioli, 2002), sendo mantidas fundamentalmente as informações psicoeducativas. As famílias apresentaram boa aceitação e adesão ao programa e relataram que o mesmo lhes assegurou conhecimentos importantes acerca de como mudar seus comportamentos inadequados e de como diminuir os conflitos intrafamiliar decorrentes do TOC.

Objetivando utilizar uma metodologia adequada na avaliação da resposta ao tratamento, as avaliações foram realizadas por dois examinadores (uma psicóloga e um psiquiatra), especialistas em TOC e treinados na aplicação das escalas, cegos aos tipos de tratamento realizado, tendo havido uma boa

concordância da CGI interavaliadores. As escalas Y-BOCS, BDI e BAI foram auto aplicadas.

Aspectos sociodemográficos

A maioria dos estudos encontrados na literatura engloba a população de crianças e adolescentes, com faixa etária que varia dos 7 aos 19 anos. Este estudo constou da intervenção em adolescentes tardios (15 a 24 anos) utilizando-se como referência para essa classificação dados da OMS⁴ (1995). Dessa forma, a comparação dos dados sociodemográficos deste estudo com outros que atenderam crianças e adolescentes, tornou-se comprometida em relação à maioria das variáveis, tendo sido feito a opção por compará-los com os dados dos estudos na população de adultos (VAN NOPPEN *et al.*, 1997; CORDIOLI *et al.*, 2002; SOUZA *et al.*, 2006; FERRÃO, 2004; FERRÃO *et al.*, 2006; MIGUEL *et al.*, 2008; RAMOS-CERQUEIRA, 2008; SILVA, 2009; RAFFIN, 2009)

A média de idade dos adolescentes deste estudo foi de 19,57 (\pm 2,52) anos, sendo essa bastante diversa das médias de idade encontradas nos trabalhos com crianças e adolescentes, onde Martin *et al.* (2005) encontraram média de 11,3 anos e os autores Storch *et al.* (2007 a,b) e Storch *et al.* (2008 a,b,c,d) que conduziram uma série de estudos com uma população que apresentava média de idade de 13,5 anos. Da mesma forma, grande diferença é encontrada entre a idade média do presente estudo com estudos com a população adulta, onde a idade média está entre 34 a 38 anos de idade (MIGUEL *et al.*, 2008; RAMOS-CERQUEIRA *et al.*, 2008; SOUZA *et al.*, 2006; SILVA, 2009).

Neste trabalho houve distribuição semelhante entre os gêneros nos subgrupos A e B, o que condiz com vários estudos, tanto com crianças e adolescentes, quanto na população de adultos (STORCH *et al.*, 2008 (b); CORDIOLI *et al.*, 2002; Miguel *et al.*, 2008). Diferentemente, Martin e Thienemann (2005) ao conduzirem uma pesquisa com 14 crianças e adolescentes, encontraram predominância do sexo feminino em sua amostra.

⁴ OMS (WHO/UNICEF, 1995) considera adolescentes, pessoas entre 10-19 anos, jovens ou adolescentes tardios, pessoas entre 15-24 anos e pessoas jovens aquelas com idades entre 10-24 anos.

Fica claro na literatura o impacto que o TOC pode causar tanto na vida afetiva, profissional e social dos pacientes, fazendo com que muitas vezes não consigam um emprego, tenham baixo rendimento escolar ou precisem até mesmo se afastar dos estudos (LIVINGSTON-VAN NOPPEN *et al*, 1990). Os pacientes com TOC que menos respondem ao tratamento são comumente desempregados, têm menos anos de estudo e são solteiros (FERRÃO *et al* 2006; SHAVITT *et al*, 2004).

A maioria dos pacientes de ambos os subgrupos da presente amostra não exercia atividade remunerada e eram solteiros. Na amostra do C-TOC (MIGUEL *et al.*, 2008) a maioria dos pacientes também não era casada, mas somente 14,4% deles encontravam-se sem ocupação. Esses dados diferem dos apresentados por Ramos-Cerqueira (2008), onde 54% dos pacientes eram casados. Porém, apesar dessas serem variáveis que podem interferir na resposta ao tratamento, nessa população não houve associação, em especial a situação conjugal com resposta ao tratamento, sendo inclusive observada maior resposta dentre os pacientes que eram solteiros. Esses dados são contrários ao que a literatura nos mostra (FERRÃO *et al.*, 2006), sendo essa discrepância possivelmente justificada em virtude desta ser uma população de adolescentes onde muitos ainda estão em idade escolar. Silva (2009) apresentou os dados da comparação da resposta ao tratamento com TCCG ou com medicação numa população de adultos com média de idade de 34,4 anos, verificando que 50,3% de sua amostra exercia atividade remunerada, e que 6,1% eram aposentados ou afastados do trabalho, dentre eles alguns em virtude do próprio TOC, e que a maior parte da amostra era solteira. Já no estudo de Van Noppen *et al.* (1997) houve equilíbrio em relação ao estado civil dos pacientes casados (58%) e solteiros (42%).

Ferrão *et al.* (2006), conduziram um estudo caso-controle onde compararam 23 pacientes refratários ao tratamento com 26 respondedores e apontaram que características tais como situação socioeconômica mais baixa, escolaridade e situação profissional (nomeado neste estudo de ocupação) poderiam interagir de modo a exercer influência negativa na resposta aos tratamentos.

No presente estudo, a situação socioeconômica (ABIPEME) predominante no grupo estudado foi a C, seguida pela B (ALMEIDA *et al*, 1991), o que pode ser justificado pelo fato do C-TOC/PE, apesar de ser um serviço público, ser também é o único centro a oferecer TCCG para o TOC em toda região Nordeste, prevalecendo uma população composta por adolescentes de classes sociais

diversas, e talvez, mais elevada do que aqueles que usualmente buscam os serviços públicos de saúde (MIGUEL, *et al.*, 2008). Esse fenômeno de prevalência significativa da classe B em uma população do serviço público é também apontado pelo C-TOC – USP, onde a maior prevalência foi da classe econômica A, refletindo a alta frequência de pacientes de consultórios particulares incluídos no banco de dados do serviço.

A frequência de adolescentes que freqüentavam o ensino superior ou já tinham completado foi alta (39,3%), diferentemente dos dados apresentados por Silva (2009), cuja amostra apresentou predomínio de escolaridade baixa, tendo apenas uma pequena parcela ensino superior. Embora essa característica não tenha se sobressaído como um fator preditivo de baixa resposta ao tratamento na regressão linear, no estudo conduzido por essa autora, ela sugeriu que a baixa escolaridade pode ter limitado o aproveitamento do protocolo de terapia, uma vez que faz parte do tratamento leituras e compreensão de conceitos abstratos.

Aspectos clínicos do TOC

A idade de início dos sintomas do TOC é uma variável citada como preditor de resposta ao tratamento, e que pode interferir no curso e na gravidade do transtorno (FOA *et al.* 1983; EISEN *et al.*,1999; RAFFIN,2007). Na presente população, pouco mais da metade dos adolescentes tiveram início precoce de sintomas, porém, essa característica não foi associada à pior resposta ao tratamento, o que condiz tanto com os achados de Shavitt (2004) numa população de adultos com TOC e com a revisão de literatura acerca de preditores de resposta ao tratamento de crianças e adolescentes feita por Ginsburg *et al.* (2008).

A idade média de aparecimento do TOC foi de 10,54 anos no grupo total dessa amostra, o que difere de estudos tais como o de Martin *et al.* (2005) com crianças e adolescentes, que encontraram uma média de idade de início do TOC de 8,7 anos e da amostra do C-TOC (MIGUEL *et al.*, 2008) cujo início das obsessões ocorreu aos 13,6 anos e das compulsões aos 13,2 anos. Essas diferenças quanto à idade de aparecimento do TOC podem ter se dado em virtude da idade da população-alvo ser bastante diversa. Porém, estudos complementares poderão esclarecer tal observação.

A piora progressiva, foi o curso de sintomas mais freqüente dentre os adolescentes desta população, o que condiz com os achados no estudo do C-TOC (MIGUEL *et al.*, 2008) e de Silva (2009). A maior parte desses adolescentes responderam à terapia, porém não foi possível a realização de testes estatísticos, em virtude de terem sido encontradas algumas freqüências nulas nessa variável.

Um dado importante a ser ressaltado é que a amostra deste estudo foi constituída por portadores de TOC graves, desde que a média do escore na YBOCS foi de 29,25 \pm 5,88. Ressalte-se que trata-se de pacientes mais graves que a de outros estudos nacionais. Cordioli (2002) encontrou média do Y-BOCS de 24, Silva (2009) de 26 e a amostra nacional do C-TOC (Miguel *et al.*, 2008), 21.

O juízo crítico é também apontado como um importante preditor de resposta ao tratamento (RAFFIN, 2007; STORCH *et al.*, 2008 (d)), e, neste estudo, constatou-se que a maioria dos adolescentes apresentava juízo crítico razoável. Quando essa variável foi cruzada com resposta ao tratamento, observou-se que esses pacientes de fato responderam menos à terapia do que os com bom juízo crítico. No entanto um dado que merece atenção é o fato de que os pacientes com juízo crítico ausente responderam melhor à terapia, o que traz à tona a necessidade de melhor investigação, uma vez que em alguns outros estudos, apresentar juízo crítico pobre ou ausente foi associado a pior resposta ao tratamento (HOLLANDER *et al.*, 2002; FOA *et al.*, 1983; RAFFIN, 2007). Em 1996, Araújo *et al.*, observaram que responderam melhor ao tratamento aqueles pacientes que se submeteram aos exercícios de EPR desde a primeira semana de tratamento, e que ter juízo crítico foi preditor dessa submissão inicial.

Alguns estudos verificaram a possível associação entre dimensões de sintomas obsessivos-compulsivos e resposta ao tratamento de crianças e adolescentes (GINSBURG *et al.*, 2008; STORCH *et al.*, 2008 (a)), mas não encontraram nenhuma associação entre essas duas variáveis, isto é, a resposta não esteve associada ao tipo de sintoma do adolescente, associação essa que também não foi encontrada no presente estudo, assim como em alguns estudos brasileiros realizados com adultos (SILVA, 2009; RAFFIN, 2007).

A presença de fenômenos sensoriais ocorreu em praticamente metade da amostra do presente estudo, dado igualmente encontrado no levantamento epidemiológico do C-TOC (MIGUEL *et al.*, 2008), e assim como em outros estudos

não foi associado à pior resposta ao tratamento (SHAVIT *et al.*, 2004; FERRÃO *et al.*, 2006).

Comorbidades psiquiátricas

As comorbidades psiquiátricas têm sido freqüentemente estudadas, sobretudo no que diz respeito à influência delas na resposta ao tratamento cognitivo-comportamental ou medicamentoso do TOC em crianças, adolescentes ou adultos (YARYURA-TOBIAS *et al.*, 1997; PETRIBU, 2001; STORCH *et al.*, 2008 (b); GINSBURG *et al.*, 2008; RAFFIN *et al.*, 2008).

Comorbidades foram encontradas na maioria dos adolescentes da presente amostra (89,3%), sendo essa prevalência bem próxima da descrita em alguns estudos com adultos, tais como o conduzido por Ferrão *et al.* (2006), que evidenciou 85,4% e por Silva (2009), que foi de 81,6%. Entre a população de crianças e adolescentes, a prevalência de comorbidades fica em torno de 60 a 75% (VALDERHAUG *et al.*, 2007; MARTIN *et al.*, 2005). Apesar de este ser um estudo com adolescentes, a prevalência um pouco mais alta de comorbidade desta amostra, talvez tenha ocorrido em virtude de terem sido incluídos sujeitos já no final da adolescência, clinicamente mais parecidos com os adultos. Outro fator a ser considerado é que os estudos com a população mais jovem, na maior parte das vezes, incluem em sua amostra tanto crianças quanto adolescentes, o que pode ser um agente de confusão em relação à verdadeira prevalência de comorbidades nas duas populações em separado, pois crianças podem apresentar, em virtude da pouca idade, menor prevalência de comorbidades que os adolescentes.

Quanto ao tipo de comorbidade, também houve correspondência entre essa amostra e a de outros estudos, onde depressão, TAG e TDAH aparecem como os mais prevalentes (YARYURA-TOBIAS *et al.*, 1997; STORCH *et al.*, 2008 (b); GINSBURG *et al.*, 2008; VALDERHAUG *et al.*, 2007; MARTIN *et al.*, 2005; MIGUEL *et al.*, 2008; CORDIOLI, 2002; RAFFIN *et al.*, 2008). Comorbidades tais como transtorno de pânico, transtorno de conduta, transtorno desafiador opositor, síndrome de asperger, transtorno invasivo do desenvolvimento e transtorno da aprendizagem não verbal foram também encontrados em alguns estudos (STORCH *et al.*, 2008 (b); MARTIN *et al.*, 2005) com crianças e adolescentes, mas nenhum

dos sujeitos da nossa amostra apresentou os referidos diagnósticos enquanto comorbidades.

Quando a atenção se volta para a investigação do papel das comorbidades na resposta ao tratamento, a presente amostra apresenta os mesmos resultados de estudos tanto com crianças e adolescentes, quanto com adultos, onde não foi identificada associação da presença de comorbidades psiquiátricas à pior ou melhor resposta ao tratamento (GINSBURG *et al.*, 2008; FERRÃO *et al.*, 2006; RAFFIN, 2007). Diferentemente, Silva (2009) encontrou associação entre presença de comorbidade e pior resposta ao tratamento, em especial depressão e distímia como influenciadoras de taxas mais baixas.

Storch *et al.* (2008 (d)), ao estudarem as comorbidades psiquiátricas em crianças e adolescentes, observaram que aqueles que apresentavam TOC associado a outros transtornos, possuíam mais alta na escala de sintomas obsessivo-compulsivos (CY-BOCS) e que menos da metade dos pacientes com comorbidade foram responsivos ao tratamento e alcançaram menos frequência de remissão completa de sintomas. A média de remissão nos que não apresentavam comorbidades foi bem mais alta (92%). Infelizmente o pequeno tamanho de nossa amostra inviabilizou testes estatísticos que pudessem ser comparados a esse estudo.

Interessante ressaltar que quando comparamos os subgrupos A e B quanto às comorbidades psiquiátricas e às mudanças na pontuação da escala BAI, algumas diferenças são observadas. TDAH e TAG foram duas vezes mais frequentes entre os adolescentes do subgrupo B, que apresentou menor mudança na pontuação da escala BAI. Quanto a esse dado, levantamos a hipótese de que TAG provavelmente seja responsável por manter elevados os níveis de ansiedade, porém o tamanho da amostra inviabiliza afirmações dessa natureza e com tal precisão.

Sintomas de depressão e ansiedade

Apesar da presente amostra ser semelhante à de Ramos-Cerqueira *et al.* (2008) e Silva (2009) em relação à presença de comorbidades e frequência de cada uma delas, quando a atenção se volta para a gravidade dos sintomas de depressão e ansiedade, discrepâncias são observadas. A maior parte dos adolescentes de

ambos os subgrupos dessa amostra apresentavam sintomas mínimos a leves de depressão e ansiedade, o que difere significativamente dos achados dos estudos com adultos de Ramos-Cerqueira *et al.* (2008) e Silva (2009), onde a média da pontuação das escalas BDI e BAI indicavam sintomas moderados de depressão e ansiedade.

Apesar da presença de depressão grave ser um fator de exclusão no presente estudo, um adolescente que apresentava esse diagnóstico foi admitido por não apresentar risco de suicídio e demonstrar grande interesse e disponibilidade para o tratamento, alcançando ao final da TCCG sintomas leves de depressão. Observou-se ainda que a maioria dos pacientes manteve-se ou passou a apresentar sintomas mínimos a leve de depressão. Esses dados suscitaram a reflexão de que talvez mesmo pacientes que apresentem TOC associado à depressão moderada ou grave devam ser inseridos em programas de TCCG. As hipóteses levantadas acerca desse assunto são as de que a promoção da esperança que pode acontecer no trabalho em grupo ou mesmo o aprendizado de estratégias cognitivas de identificação e desafio de crenças e pensamentos automáticos negativos, direcionadas inicialmente ao TOC, possam ser generalizadas e, assim, auxiliar secundariamente na redução dos sintomas de depressão. Quanto aos resultados apontados na escala de ansiedade, é possível verificar que nenhum paciente manteve pontuação alta na BAI, ou seja, nenhum paciente manteve ansiedade grave após a terapia. Porém, houve um aumento na gravidade dos sintomas de ansiedade de alguns adolescentes do subgrupo B, o que fez com que a média de redução na pontuação da escala tenha sido quase nula.

Para tentar explicar essa situação, voltou-se à atenção às comorbidades apresentadas pelos adolescentes dos subgrupos A e B. Em relação a essa condição, nota-se que o subgrupo B apresenta o dobro da prevalência de TAG que o subgrupo A, sendo talvez essa a explicação para a menor redução da ansiedade no subgrupo B. Além dessa hipótese, levanta-se também a de que o aumento da ansiedade causado pelo uso da técnica de EPR a que os pacientes com TOC são incentivados a se envolver ao longo do processo de TCC, seja ela em grupo ou individual, possa ter interferido na maior pontuação do subgrupo B na escala de ansiedade do que no subgrupo A, em virtude de esses últimos poderem contar com maior apoio e disponibilidade de suas famílias que receberam informações psicoeducativas no programa de orientação familiar.

Acomodação familiar

A acomodação familiar é associada à manutenção e agravamento dos transtornos e à pior resposta ao tratamento, sendo comum à maior parte das famílias dos portadores de TOC (FERRÃO, 2004; RAMOS-CERQUEIRA *et al.*, 2008; STORCH *et al.*, 2007 (a)). A partir do exposto, a alta prevalência de acomodação familiar encontrada na presente amostra está de acordo com os achados anteriores, citando como exemplos os estudos conduzidos por Calvocorressi *et al.* (1995) e Ramos-Cerqueira *et al.* (2008).

Um dos objetivos do presente estudo foi o de investigar se a associação de um programa de orientação para os familiares dos adolescentes portadores de TOC apresentaria ou não alguma interferência na redução do comportamento de acomodação dessas famílias, apresentando as famílias que receberam intervenção redução significativa desse comportamento de acomodação. Já no subgrupo B, cujas famílias não receberam nenhuma intervenção, mudança mínima foi observada.

Esses achados são congruentes com os resultados encontrados por Van Noppen *et al.* (1997), ao compararem a utilidade da Terapia Comportamental em Grupo (TCG) com a Terapia Comportamental com participação das famílias, chamada de Terapia Comportamental Multifamiliar (TCMF). Em relação à resposta ao tratamento e a outros fatores, dentre eles, a diminuição da acomodação familiar. Observaram que a adesão nas famílias submetidas ao tratamento ocorreu maior diminuição do comportamento de acomodação.

No entanto, uma observação se faz necessária. A amostra de Van Noppen *et al.* (1997) não foi randomizada, ao contrário, foram alocados nos grupos de TCMF pacientes e familiares que apresentavam interesse e disponibilidade para participar das sessões. Já no programa de TCG foram alocados aqueles pacientes cujas famílias não quisessem ou não pudessem participar do grupo, ou mesmo não tivessem proximidade com os pacientes. Desse modo, indaga-se se essa forma de alocação dos pacientes e familiares poderia, de alguma forma, oportunizar um viés na resposta de mudança no comportamento de acomodação, uma vez que os familiares que aceitaram participar do programa de tratamento poderiam ter sido exatamente aqueles que mais se interessavam em auxiliar os pacientes de forma adequada e, em virtude disso, poderiam ter se esforçado mais para seguir as orientações recebidas no grupo de tratamento e, assim, mudado seus

comportamentos inadequados. Na tentativa de neutralizar essa possibilidade de viés no presente estudo os adolescentes e familiares foram alocados intencionalmente utilizando para tal a comparação de variáveis determinadas previamente (tabela 1).

De toda forma, os resultados obtidos com a intervenção junto às famílias, no presente estudo e no estudo de Van Noppen *et al.* (1997), comprovam que intervenções sistemáticas nas famílias dos portadores de TOC são um excelente auxiliar na mudança do comportamento de acomodação familiar que tão prejudicial pode ser ao portador.

Alguns aspectos, tais como, maior gravidade dos sintomas no início do transtorno, história do TOC familiar, presença de depressão nos membros da família, e presença de insight pobre no portador (CALVOCORESSI *et al.*, 1997; AMIR *et al.*, 2000; STORCH *et al.*, 2008 (d); RAMOS-CERQUEIRA *et al.*, 2008) são associados à maior acomodação familiar. Porém, na presente amostra, um resultado intrigante foi observado. A presença de TOC na família foi significativamente associada ao comportamento de não acomodação familiar ao final do tratamento.

A acomodação familiar e a presença de história de TOC nas famílias não foram variáveis utilizadas para a comparação dos pacientes no processo de alocação dos mesmos nos subgrupos A e B. Talvez esse fato possa explicar a associação incomum entre presença de história familiar de TOC e menor acomodação familiar encontrada no presente estudo. Ao receberem intervenção do programa de orientação, esses familiares passaram a conhecer o TOC, seus mecanismos de manutenção e o papel negativo da acomodação familiar no transtorno e a partir daí, independente de mudarem ou não sua postura junto aos seus próprios sintomas, abandonaram seu comportamento de acomodação aos sintomas do adolescente.

Resposta ao tratamento

A resposta ao tratamento foi avaliada de acordo com a diminuição da pontuação da escala Y-BOCS, além da escala CGI que foi aplicada antes e após a 12ª sessão da TCCG (ao final do tratamento). Além de terem sido apresentados os dados referentes à resposta ao tratamento dos subgrupos A e B, também foi

apontada a comparação da resposta entre os grupos de respondedores e não respondedores.

A TCC produz resultados significativos no tratamento do TOC, seja em crianças, adolescentes ou adultos, e a mesma identificação desses resultados revelou-se neste trabalho. Um total de 67,9% dos pacientes da presente amostra respondeu ao tratamento, o que corrobora com os valores de estudos que utilizaram o mesmo protocolo, tais como os realizados por Cordioli (2002), Cordioli *et al.* (2002) e Raffin (2007), nos quais 67,9% a 78,1% dos pacientes responderam ao tratamento. Mais uma vez, a comparação desses resultados com os dos estudos com crianças e adolescentes torna-se limitada, uma vez que os instrumentos de medida utilizados nos estudos para avaliação da gravidade dos sintomas do TOC foram diferentes. De toda forma, pode-se identificar que em relação à resposta ao tratamento, 60 a 80% das crianças e adolescentes respondem às intervenções cognitivo-comportamentais (VALDERHAUG *et al.*, 2007; BENAZON *et al.*, 2002), o que corresponde aos achados dos estudos com TCCG aplicada em adultos, bem como os achados da presente amostra.

Vale ressaltar que mesmo que a maioria dos pacientes do subgrupo A e a totalidade dos adolescentes do subgrupo B tenham apresentado TOC grave ou extremo no início do tratamento, somente uma pequena parcela deles manteve os mesmos patamares ao final da TCCG e, de forma inversa, praticamente um quarto deles alcançou remissão dos sintomas.

A análise dos resultados da escala CGI corrobora com os resultados da escala Y-BOCS. Ao final do tratamento, metade dos adolescentes foi classificada como muito melhor na escala CGI e pouco menos de um terço deles manteve-se sem alteração dos sintomas ou apresentou-se ligeiramente melhor.

Vários são os estudos que se ocupam de investigar a interferência de determinadas variáveis na resposta ao tratamento cognitivo comportamental (FERRÃO, 2004; GINSBURG *et al.*, 2008; RAFFIN *et al.*, 2009; SILVA, 2009). Sexo, início precoce dos sintomas, sintomas graves no início do transtorno, fenômenos sensoriais, acomodação familiar, situação conjugal, presença de comorbidades psiquiátricas são algumas das variáveis descritas e cruzadas no presente estudo com a resposta ao tratamento.

Nenhuma das variáveis sociodemográficas ou clínicas apresentaram associação significativa com resposta ao tratamento. Variáveis citadas em alguns

estudos como preditor de pior resposta (RAFFIN *et al.*, 2009; SILVA, 2009) apresentaram razões de prevalência quase nulas nesta pesquisa, o que pode ter sido provocado pelo pequeno tamanho da amostra. Quanto à variável situação conjugal, nota-se que os adolescentes solteiros, ou seja, aqueles que não namoravam ou não eram casados, responderam melhor à terapia no presente estudo, o que difere completamente do estudo conduzido por Ferrão *et al.* (2006), onde o autor apontou que não ter companheiro foi associado à refratariedade de sintomas. Talvez, não ter companheiro, seja num adulto com TOC (população estudada por FERRÃO *et al.*, 2006) sinalizador do impacto negativo do transtorno em sua vida, uma vez que em geral ter companheiro é naturalmente comum aos adultos, o que não pode ser comparado à população de adolescentes, caso da população do presente estudo.

Outro ponto que pode ser destacado é a melhor resposta ocorrida nos pacientes que não haviam feito tratamento anterior. A hipótese utilizada para explicar essa ocorrência é a de que talvez os pacientes que já haviam buscado outras formas de psicoterapia, tivessem assim procedido, em virtude de maior incômodo gerado pelo TOC, menor habilidade para lidar com o transtorno, o que pode também ter causado a não resposta ao tratamento anterior e interferido na resposta ao tratamento atual.

O juízo crítico ou a capacidade de insight, é associada em vários estudos (ARAÚJO *et al.*, 1996 RAFFIN *et al.*, 2009) como preditor de pior resposta ao tratamento, porém na presente amostra quase todos os pacientes com pior juízo crítico, ou com juízo crítico ausente, responderam ao tratamento. Diante disso levanta-se a hipótese de que tenha sido exatamente a ausência de juízo crítico o fator responsável para que eles tenham aderido com menos resistência às estratégias de EPR e as colocados em prática de forma mais sistemática, garantido a boa resposta ao tratamento.

Por fim, destaque também se dá ao fato dos pacientes cujas famílias apresentavam história de TOC terem respondido melhor ao tratamento do que aqueles que não tinham história de TOC familiar. Talvez a vivência com o TOC dos membros de sua família, e a observação da cronicidade de seu sofrimento, uma vez que nenhum dos familiares haviam se tratado, possa ter incentivado os adolescentes a se determinarem na busca da melhora de seu próprio quadro e dessa forma aumentado sua dedicação e adesão ao tratamento. Por outro lado, os próprios

familiares por conhecerem esse sofrimento crônico causado pelo TOC podem ter incentivado mais os adolescentes na busca por sua reestruturação.

Vale ressaltar ainda que, um maior número de familiares com SOC fizeram parte do programa de orientação, podendo esse procedimento tê-los ajudado mais.

Remissão dos sintomas

O índice de remissão completa do presente estudo, foi semelhante ao encontrado em outros estudos com o uso da TCCG seja para adultos (SOUZA *et al.*, 2006; VAN NOPPEN *et al.*, 1997; RAFFIN, 2007), ou no atendimento a crianças e adolescentes (VALDERHAUG *et al.*, 2007; BENAZON *et al.*, 2002; POTS, 2004; STORCH *et al.*, 2008b).

A remissão completa é considerada, nos estudos de follow-up, como fator preditor de não recaída dos sintomas do TOC (BRAGA *et al.*, 2005; BRAGA, 2004). Esses trabalhos sugerem a necessidade de serem desenvolvidas estratégias que possam aumentar a média de remissão dos sintomas ao final do tratamento. Talvez essa forma de intervenção proposta, ou seja, TCCG associada a um programa de orientação familiar, possa vir a responder a alguns dos limites encontrados em outros estudos.

Apesar da resposta ao tratamento alcançada pelos subgrupos A (TCCG associada à intervenção familiar) e B (TCCG sem intervenção nas famílias) não diferirem estatisticamente, quando a atenção é voltada para a remissão dos sintomas percebe-se que os adolescentes do subgrupo A apresentaram o dobro da porcentagem de remissão completa comparados aos adolescentes do subgrupo B.

A maior prevalência de remissão no subgrupo A, embora sem significância estatística, talvez tenha ocorrido em virtude da melhora na qualidade das relações familiares, da diminuição significativa da acomodação familiar ou, ainda, da diminuição dos comportamentos e críticas inadequadas direcionadas aos adolescentes, possibilitada pela intervenção através do Programa de Orientação Familiar. Novamente, o pequeno tamanho da amostra, limita a generalização dos resultados, mas viabiliza a observação de que a associação da TCCG junto a

intervenção junto às famílias pode proporcionar benefícios adicionais aos pacientes, tais como a maior remissão completa de sintomas.

Ginsburg *et al.* (2008) destacaram que é imprescindível entender quais fatores interferem com a resposta ao tratamento, citando a acomodação familiar com um possível preditor de pior resposta. Nessa mesma linha, alguns autores tais como Guedes (2001), Ferrão (2004) e Ramos-Cerqueira *et al.* (2008), apontam para a necessidade de programas de suporte e orientação, direcionados para cuidadores de pacientes portadores de TOC, que constem de informações psicoeducativas, treinamento de habilidades e grupos de suporte multifamiliar que possam minimizar o impacto da doença tanto nos familiares como no favorecimento da melhora clínica do transtorno do paciente.

Dessa forma, recebe destaque novamente a importância que o presente estudo assume ao apresentar um protocolo de orientação para familiares que encampa psicoeducação, treinamento de novas estratégias de ação e espaço para compartilhar angústias e para troca de experiências, demonstrando serem esses importantes agentes no alcance da remissão dos sintomas dos adolescentes, conforme também relatado por Van Noppen *et al.* (1997). Martin *et al.* (2005), que conduziram um estudo com TCCG com envolvimento familiar, também observaram que esse maior envolvimento contribuiu para a melhora da resposta ao tratamento das crianças e adolescentes e consideraram essa uma estratégia promissora, sugerindo que estudos futuros fossem feitos a esse respeito.

Qualidade de vida

Quanto à qualidade de vida (QV) dos adolescentes da presente amostra, duas análises diferentes foram feitas. Avaliou-se a QV entre os subgrupos A e B e entre os subgrupos de respondedores e não respondedores.

A melhora da QV foi identificada em todos os domínios da escala WHOQOL-bref, tanto nos subgrupos A e B, quanto nos subgrupos de respondedores e não respondedores e provavelmente decorreu da redução global dos sintomas obtida com a TCCG. Esse dado pode ser verificado pela observação de ambos os subgrupos, onde se nota a melhora na pontuação em todos os domínios avaliados. Porém, diferenças são encontradas em relação às pontuações apresentadas pelo

grupo dos adolescentes não respondedores, que apresentaram redução (antes e depois do tratamento) bem menor que os demais adolescentes. Assim sendo, considera-se que os não respondedores alcançaram menor resposta ao tratamento e, da mesma forma, menor impacto positivo na avaliação da QV ao final do tratamento.

Seguindo essa linha de raciocínio, pode-se perceber que os pacientes que responderam ao tratamento não apresentaram melhora estatisticamente significativa em nenhum dos domínios da escala. Observa-se que esses adolescentes, mesmo antes da intervenção, já apresentavam pontuação inicial alta em todos os domínios, próximas ou até mais altas que as pontuações encontradas após o tratamento em alguns estudos com adultos (CORDIOLI *et al.*, 2002; SOUZA *et al.*, 2006), o que pode ser explicado pelas limitações dessa escala, sobretudo no que diz respeito à sua aplicação a pacientes com transtornos psiquiátricos, pois as questões abordadas são amplas fazendo assim que as resposta ali assinaladas não estejam avaliando o impacto do transtorno psiquiátrico, seja ele qual for na QV do paciente. Outro fator limitador é o de que a escala não contempla características intrínsecas ao período da adolescência tais como ambiente escolar e suporte acadêmico, em detrimento de questões relativas ao desempenho no trabalho e níveis de autonomia não existentes durante a adolescência.

Os pacientes não respondedores apresentaram pontuação na escala WHOQOL-bref antes e depois da TCCG bem mais baixa que os que responderam ao tratamento, mas de algum modo, obtiveram melhora em todos os domínios de QV e melhora significativa no domínio físico da escala. Porém, destaque se dá ao fato de que, mesmo que sua QV tenha melhorado os pacientes não respondedores não chegaram a alcançar os mesmos índices de QV demonstrado pelos pacientes respondedores antes do tratamento.

Assim sendo, conclui-se que os adolescentes, mesmo que não respondam à TCCG, podem ter implementada sua QV de forma geral, o que poderá servir como incentivo para que se mantenham os esforços na busca pela melhora.

Raffin (2007) utilizou o mesmo instrumento de medida para QV em sua amostra de adultos e também percebeu diferenças entre as pontuações dos respondedores e dos não respondedores em todos os domínios, apresentando em média os respondedores de sua amostra pontuação 13% maior que o outro grupo,

estando a diferença entre as pontuações dos respondedores e não respondedores estimada entre 15 e 27%. Pode-se então estabelecer a premissa de que a diferença se deva ao fato de estarmos novamente comparando-os com dados de uma população adulta que seguramente sofreu maior impacto do TOC na QV do que os adolescentes. Ao se observar a melhora na pontuação da QV dos adolescentes que não responderam ao tratamento, nota-se que a QV nos domínios social e meio ambiente foi a que menos variou, apontando para a possibilidade de certa influência de tais domínios na ocorrência de pior resposta a tratamento.

Por fim, vale ressaltar a diferença encontrada em relação à melhora maior no domínio social ocorrida no subgrupo A, o que talvez esteja relacionada ao fato de ter havido melhora nas relações familiares desse grupo a partir do programa de orientação ao qual suas famílias foram submetidas.

7. CONCLUSÕES

- A associação do Programa de Orientação para Familiares não interferiu na resposta à TCCG (redução $\geq 35\%$ na escala Y-BOCS) que foi semelhante nos adolescentes do subgrupo A e B.
 - No início do tratamento, a maioria dos adolescentes apresentavam sintomas moderados a graves na CGI e eram portadores de TOC grave na YBOCS.
 - A média de idade dos adolescentes foi de $19,57 \pm 2,52$ anos, houve equilíbrio entre os gêneros, a maior parte era solteira, uma terça parte cursava ou havia concluído o nível superior, as classes socioeconômicas mais freqüentes foram a B e C e a maioria não exercia atividade remunerada.
 - O TOC teve início precoce em pouco mais da metade dos adolescentes, com idade média de início aos $10,54 \pm 3,81$ anos, boa adesão ao tratamento, curso crônico com piora progressiva, pouco mais da metade apresentavam fenômenos sensoriais e pouco menos da metade tinham história familiar de TOC; juízo crítico razoável foi significativamente mais prevalente no subgrupo A.
 - Simetria e sintomas diversos foram os sintomas mais freqüentes na população, seguidos das obsessões e compulsões de contaminação, agressão, sexuais / religiosas e em menor porcentagem colecionismo.
 - Comorbidades foram observadas na maior parte dos adolescentes, sendo as mais freqüentes depressão maior, TAG e TDAH.
 - A maior parte das famílias dos adolescentes, apresentavam acomodação familiar e, ao final do tratamento, as famílias que receberam intervenção deixaram de apresentar o comportamento de acomodação cinco vezes mais que as famílias que não receberam nenhuma intervenção.
 - Não se comprovou associação significativa entre nenhuma das variáveis sociodemográficas ou clínicas e resposta ao tratamento.
 - Houve melhora nas pontuações de todos os domínios da escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-bref), estatisticamente significativa nos domínios físico e social do subgrupo A, e no domínio físico do subgrupo B.
-

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A TCC é a abordagem psicoterápica de melhor resposta no tratamento do portador de TOC (O'KEARNEY *et al.*, 2006; SHAVITT *et al.*, 2007; HOUNIE *et al.*, 2007). Na tentativa de viabilizar sua aplicação a um maior número de pacientes, reduzir custos e permitir a aplicabilidade nos serviços públicos de saúde, foram desenvolvidos protocolos de TCCG, com eficácia comprovada (*OBSESSIVE COMPULSIVE COGNITIONS WORKING GROUP*, 1997; VAN NOPPEN *et al.*, 1997; CORDIOLI, 2002).

Apesar de melhorarem com esse tratamento, os pacientes podem manter sintomas residuais, o que aumenta o risco de recaídas ao longo do tempo. Dessa forma, torna-se importante o desenvolvimento de estratégias que associadas ao protocolo de TCCG possam aumentar os índices de remissão ao final do tratamento, tais como programas de orientação familiar.

É comum aos pacientes envolverem seus familiares em suas dificuldades diárias e, quando isso acontece, a família pode passar a apresentar comportamentos que irão reforçar a estrutura inadequada do TOC, fenômeno denominado Acomodação Familiar. É sabido que, se por um lado a família pode adotar atitudes que reforcem o TOC, por outro podem auxiliar o paciente a superar os sintomas ao lidarem de forma adequada, embora na maioria das vezes não saibam como fazer (LIVINGSTON-VAN NOPPEN *et al.*, 1990; CORDIOLI, 2007b).

Vários autores apontam para a importância da participação da família no tratamento e passaram a incluí-la nos programas, seja em apenas algumas sessões do tratamento do paciente (MARCH & MULLE, 1998; VAN NOPPEN *et al.*, 1990, CORDIOLI, 2002) ou mesmo em todo o processo (VAN NOPPEN *et al.*, 1998; WATERS *et al.*, 2001), o que pode não ser tão interessante para portadores de TOC adolescentes, desde que sentem-se constrangidos em revelar seus sintomas diante de outras pessoas, mesmo sendo seus familiares.

Considerando a escassez de trabalhos específicos sobre o TOC na adolescência e de protocolos que contemplem a participação das famílias de forma adequada, o presente ensaio clínico consistiu da intervenção com TCCG para adolescentes associado ou não a um programa de orientação familiar. Para tanto foi utilizado o protocolo de TCCG de Cordioli (2002) e desenvolvido pela autora um manual para a intervenção junto às famílias. Assim, destaca-se a importância que o presente estudo assume ao apresentar um protocolo de orientação que oferece aos

familiares psicoeducação acerca do TOC, treinamento de novas estratégias de ação, espaço para compartilhar angústias e para troca de experiências.

As famílias que receberam intervenção superaram em maior número o comportamento de acomodação, comparadas às que não receberam nenhuma intervenção. Além disso, os adolescentes dessas famílias alcançaram maior prevalência de remissão de seus sintomas do que aqueles cujas famílias não receberam intervenção, sinalizando assim que a associação do programa de orientação aos familiares pode ser um importante adjuvante na melhor resposta à TCCG. Dados semelhantes também foram relatados por Van Noppen *et al.* (1997) e Martin *et al.* (2005) que concluíram que o envolvimento das famílias foi importante agente no alcance da remissão dos sintomas, tanto dos adultos, quanto das crianças e adolescentes.

A maior prevalência de remissão dos sintomas nos adolescentes cujas famílias receberam intervenção talvez tenha ocorrido em virtude da melhora na qualidade das relações familiares, da diminuição significativa da acomodação familiar ou, ainda, da diminuição dos comportamentos e críticas inadequadas, possibilitada pela intervenção através do Programa de Orientação Familiar. No entanto, o tamanho da amostra, limitação importante deste estudo, inviabilizou que fossem realizados testes estatísticos mais robustos. De qualquer forma, os resultados obtidos neste estudo apontam para a importância da replicação desse protocolo com uma amostra maior, tanto para adolescentes, quanto em adultos.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA PM, WICKERHAUSER H. **O critério ABA/ABIPEME: em busca de uma atualização.** São Paulo: LPM/Burke e Marplan; 1991.
 2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV-TR™.** 4 ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, 2002.
 3. AMIR, N; FRESHMAN, M; FOA, EB. **Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients.** J Anxiety Disorder, vol. 14 n. 3, p. 209-17, 2000.
 4. ARAÚJO, LA; ITO, LM; MARKS, IM. **Early compliance and other factors predicting outcome of exposure for obsessive-compulsive disorder.** Br J Psychiatry, v. 169 p. 747-52, 1996.
 5. ARAÚJO, LA. Transtorno obsessivo-compulsivo. In: ITO, LM (org). **Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtornos Psiquiátricos.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 41-53.
 6. ASBAHR, FR; CASTILLO, AR; ITO, LM; LATORRE, MR; MOREIRA, MN; LOTUFO-NETO F. **Group cognitive-behavioral therapy versus sertraline for the treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder.** J Am Acad Adolesc Psychiatry, vol. 44, n. 11, p. 1128-36, 2005.
 7. ASBARH, FR; ITO, LM. Técnicas cognitivo-comportamentais na infância e adolescência. In: CORDIOLI AV (org). **Psicoterapias: Abordagens Atuais.** Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 732-759.
 8. BAER, L; MINICHIELLO, WE. Behavior Therapy of Obsessive-Compulsive Disorder. In JENIKE, MA; BAER, L; MINICHIELLO, WE. **Obsessive-Compulsive Disorder theory and management.** St Louis: Mosby Year Book; p. 203-248, 1990.
 9. BARRETT, P; FARRELL, L; DADDES, M; BOULTER, N. **Cognitive-behavioural family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: long-term follow-up and predictors of outcome.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, vol. 44, n. 10, p. 1005-1014, 2005.
 10. BARRET, P; SHORTT, A; HEALY, L. **Do parent and child behaviours differentiate families whose children have obsessive-compulsive**
-

- disorder from other clinic and non-clinic families?** Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, vol. 43, n. 5, p. 597-607, 2002.
11. BECK, AT. Common Sense and Beyond. In: BECK AT. **Cognitive Therapy and the Emotional Disorders**. International. Connecticut: Universities Press, Inc. 1986. p. 6-23.
 12. BECK, JS. Cognitive Conceptualization. In: BECK JS. **Cognitive therapy: Basics and Beyond**. New York: The Guilford Press, 1995. p. 13-24.
 13. BLACK, DW; GAFFNEY, G; SCHLOSSER, S; GABEL, J. **The impact of obsessive-compulsive disorder on the family: preliminary findings**. J Nerv Ment Dis, vol. 186, n. 7, p. 440-2, 1998.
 14. BENAZON, NR; AGER, J; ROSENBERG, DR. **Cognitive behavior therapy in treatment-naive children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: an open trial**. Behav. Res. Ther, vol. 40, n. 5, p. 529-39, 2002.
 15. BIELING, PJ; McCABE, RE; ANTONY, MM. Transtorno Obsessivo-Compulsivo. In: BIELING PJ, McCABE, RE, Antony, MM. **Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo**. Porto Alegre: Artmed, 2008. P. 146-175.
 16. BJÖRGVINSSON, T; WETTERNECK, CT; POWELL, DM; CHASSON, GS; WEBB, SA; HART, J; HEFFELFINGER, S; AZZOUZ, R; ENTRICHT, TL; DAVIDSON, JE; STANLEY, MA. **Treatment outcome for adolescent obsessive-compulsive disorder in a specialized hospital setting**. J Psychiatr Pract, vol. 14, n. 3, p. 137-45, 2008.
 17. BOLTON D, PERRIN S. **Evaluation of exposure with response-prevention for obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence**. J Behav Ther Exp Psychiatry, vol. 39, n. 1, p. 11-22, 2008.
 18. BRAGA, DT. **Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo: 2 anos de acompanhamento**. 2004. 107 f. Tese (Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.
 19. BRAGA, DT; CORDIOLI, AV; NIEDERAUER, K; MANFRO, GG. **Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: a 1-year follow-up**. Acta Psychiatr Scandinavia, vol. 112, n. 3, p. 180-6, 2005.
 20. CALVOCORESSI, L; MAZURE, CM; KASL, SV; SKOLNICK, J; FISK, D; VEGSO, SJ; VAN NOPPEN, BL; PRICE, LH. **Family accommodation of**
-

- obsessive-compulsive symptoms: instrument development and assessment of family behavior.** J Nerv Ment Dis, vol. 187, n. 10, p. 636-42, 1999.
21. CALVOCORESSI, L; LEWIS, B; HARRIS, M; TRUFAN, SJ; GOODMAN, WK; McDOUGLE, CJ; PRICE, LH. **Family accommodation in obsessive-compulsive disorder.** Am. Psychiatry, v. 152. p. 441-443, 1995.
22. CHACON, P; HOUNIE, AG; ROSÁRIO, MC; MIGUEL, EC. Características psicopatológicas do transtorno obsessivo-compulsivo e seus subgrupos. In: CAMINHA, RM; CAMINHA, MG. Conceituação cognitiva em crianças. In: CAMINHA, RM; CAMINHA, MG (org). **A Prática Cognitiva na Infância.** São Paulo: ROCA, 2007. p. 57-70.
23. CARTWRIGHT-HATTON, S; McNALLY, D; WHITE, C. **A new cognitive behavioural parenting intervention for families of young anxious children: a pilot study.** Behavioural and Cognitive Psychotherapy, vol. 33, n. 2, p. 243-247, 2005.
24. CORDIOLI, AV. **Crenças disfuncionais e o modelo cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo.** Revista de Psiquiatria Clínica, v. 28, n. 4, p. 197-206, 2001.
25. CORDIOLI AV. **Terapia cognitivo-comportamental em grupo no transtorno obsessivo-compulsivo.** 2002. 239 f. Tese (Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.
26. CORDIOLI, AV; HELDT, E; BOCHI, DB; MARGIS, R; SOUSA, MB; TONELLO, JF; MANFRO, GG; KAPCSINSKI. **Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a clinical trial.** Rev Bras Psiq, vol. 4, n. 3, p. 113-20, 2002.
27. (a) CORDIOLI, AV. O modelo cognitivo-comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo. In: OLIVEIRA, IR; ROSÁRIO, MC; MIGUEL, EC. **Princípios e prática em transtorno do espectro obsessivo-compulsivo.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 227-240.
28. (b) CORDIOLI, AV. **TOC: Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo compulsivo.** Porto Alegre: Editora Artmed, 2007.
-

29. (a) CORDIOLI, A.V. Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo. **Manual de terapia cognitivo comportamental para pacientes e terapeutas**. 2ª Ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2008.
 30. (b) CORDIOLI, AV. Terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo. In: CORDIOLI AV (org). **Psicoterapias: Abordagens Atuais**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 467-485.
 31. CUNHA, AG; **Dicionário etimológico nova fronteira da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.
 32. CUNHA, JA . **Manual da versão em português das Escalas Beck**. Casa do Psicólogo, São Paulo, SP, 2001.
 33. EISEN, JL; GOODMAN WK; KELLER, MB; WARSHAW, MG; De MARCO, LM; LUCE, DD *et al.* **Patterns of remission and relapse in obsessive-compulsive disorder: a year prospective study**. J Clin Psychiatr. Vol. 60, n. 5, p. 346-51, 1999.
 34. FALCETO, O. Terapia de Família. In: CORDIOLI AV (org) **Psicoterapias: Abordagens Atuais**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, p. 221-245, 2008.
 35. FALCONE, E. Psicoterapia cognitiva. In: RANGÉ, B. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 49-61.
 36. FERRÃO, YA. **Características clínicas do transtorno obsessivo-compulsivo refratário aos tratamentos convencionais. 2004. 96 f.** Tese. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
 37. FERRÃO, YA; SHAVITT, RG; BEDIN, N; MATHIS, ME; LOPES, AC; FONTENELLE, LF; TORRES, A; MIGUEL FILHO, EC. **Clinical features of refractory obsessive-compulsive patients**. J Affective Disorders. vol. 94, p. 199-209, 2006.
 38. FIRST, MB; SPITZER, RL; GIBBON, M; WILLIAMS, JB. **Structured clinical interview for DSM-IV-TR™ axis I disorders: clinical version (SCID-CV)**. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1997.
 39. FIRST, MB. **Structural clinical interview for DSM-IV-TR™ Impulse Control Disorders Not Elsewhere Classified (SCID-TCIm)**. Biometrics Research Department; New York State Psychiatric Institute; 2004.
 40. FLAMENT, MF; WHITAKER, A; RAPPORT, JL; DAVIES, M; BERG, CZ; KALIKOW, K; SCEERY, W; SHAFFER, D. **Obsessive-compulsive disorder**
-

- in adolescence: an epidemiological study.** J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry, vol. 27, n. 6, p. 764-771, 1988.
41. FLAMENT MF, COHEN D. Transtorno Obsessivo-Compulsivo em Crianças e Adolescentes: uma revisão. In: MAJ, M; SARTORIUS, N; OKASHA, A; ZOHAR, J. **Transtorno Obsessivo-Compulsivo.** 2ª Ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2005.
 42. FREEMAN, JB; GARCIA, AM, COYNE, L; ALE, C; PRZEWORSKI; HIMLE, M; COMPTON, S; LEONARD, HL. **Early childhood OCD: preliminary findings from a family-based cognitive-behavioral approach.** J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, vol. 47, n. 5, p. 593-602, 2008.
 43. FLECK, MP; LOUZADA, S; XAVIER, M. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-brief. **Revista de Saúde Pública,** 59 (20), 22-33, 2000.
 44. FOSSALUZA, V; DINIZ, JB; PEREIRA, BB; MIGUEL, EC; PEREIRA, CAB. **Sequential allocation to balance prognostic factors in a psychiatric clinical trial.** *Clinics,* 64 (6), 511-8, 2009.
 45. FRISTAD, MA; GOLDBERG-ARNOLD, JS; GAVAZZI, SM. **Multifamily psychoeducation groups (MFPG) for families of children with bipolar disorder.** *Bipolar Disorders,* vol. 4, p. 254–262, 2002.
 46. GELLER, D; BIEDERMAN, J; JONES, J; PARK, K; SCHWARTZ, S; SHAPIRO, S; COFFEY, B. **Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder.** A review of the pediatric literature: J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, vol. 37, p. 420-7, 1998.
 47. FOA, EB; GRAYSON, JB; STEKETEE, GS; DOPPELT, HG; TURNER, RM; LATIMER, PR. **Success and failure in the behavioral treatment of obsessive-compulsive.** J Consult Clin Psychol. Vol. 51, n. 2, p. 287-97, 1983.
 48. GHUMAN, JK; ARNOLD, E; ANTHONY, BJ. Psychopharmacological and Other Treatments. In: **Preschool Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Current Evidence and Practice.** Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, vol. 18, n. 5, p. 413–447, 2008.
 49. GINSBURG, GS; KINGERY, JN; DRAKE, KL; GRADOS, MA. Predictors of Treatment Response. In: **Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder.** J Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry, vol. 47, n. 8, p. 868-878, 2008.
-

50. GOODMAN, WK, PRICE LH, RASMUSSEN SA, MAZURE C, DELGADO P, HENINGER, GR, CHARNEY DS. **The Yale-Brown obsessive compulsive scale: II. validity.** Arch Gen Psychiatry, n. 46, p. 1012-16, 1989b./
 51. GORENSTEIN, C; ANDRADE, L. **Validation of a portuguese version of the beck depression inventory and the state-trait anxiety inventory in brazilian subjects.** Braz J Med Biol Res. Vol. 29, n. 4, p. 453-7, 1996.
 52. GOMES, J. **Tradução e adaptação da escala: Family Accommodation Scale (FAS) for obsessive-compulsive disorder.** 2007. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
 53. GRADOS, M; SCAHILL, L; RIDDLE, MA. **Pharmacotherapy in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder.** Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, vol. 8, p. 617-34, 1999.
 54. GUEDES, ML. **Relação família-paciente no transtorno obsessivo-compulsivo.** Rev Bras Psiquiatr, vol. 23, supl II, p. 65-7, 2001.
 55. GUY, W. Clinical global impression (CGI). In: **ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology.** US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Alcohol Drug Abuse and Mental Health Administration, NIMH psychopharmacology research branch. Rockville: National Institute of Mental Health, 1976.
 56. HELDT, E; CORDIOLI, AV; KNIJNIK, DZ; MANFRO, GG. Terapia cognitivo-comportamental em grupo para transtornos de ansiedade. In: CORDIOLI, AV. **Psicoterapias: Abordagens Atuais.** 3ª Ed. Porto Alegre, 2008. p. 317-337.
 57. HIMLE, JA; RASSI, S; HAGHIGHATGOU, H; KRONE, KP; NESSE, RM; ABELSON, J. **Group behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder: seven VS. twelve-week outcomes.** Depression and Anxiety, vol. 13, p. 161-165, 2001.
 58. HOLLANDER, E; BIENSTOCK, CA; KORAN, LM; PALLANTI, S; MARAZZITI, D; RASMUSSEN, AS *et al.* **Refractory obsessive-compulsive disorder: state-of-the-art treatment.** J Clin Psychiatry. Vol. 63, n. 20, p. 20-9, 2002.
 59. HOUNIE, AG; SAMPAIO, AS; FERRÃO, Y; ROSARIO-CAMPOS, MC, CHILVARQUER, R; MATHIS, ME; LOPES, AC; MATHIS, MA; GONZÁLES CH; TAUB, A; VASCONCELOS, MS; SEIXAS, AA; SÁ JR, AR; MIGUEL, EC. **Estado atual da clínica psiquiátrica do transtorno obsessivo-compulsivo.**
-

- Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, vol. x, n. 1, p. 80-100, 2007.
60. ITO, LM. Abordagem Comportamental do Transtorno Obsessivo-Compulsivo. In: MIGUEL, EC. Editor. **Transtorno do Espectro Obsessivo-Compulsivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 98-106, 1996.
 61. KNAPP, P. Princípios fundamentais da terapia cognitiva. In: KNAPP, P; *et al.* **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 19-41.
 62. KNOX, LS; ALBANO, AM; BARLOW, BH. **Parental involvement in the treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: a multiple-baseline examination incorporation**, vol. 27, n. 1, p. 93-114, 1996.
 63. KOBAK, K; GREIST, J; JEFFERSON, J; KATZELNICK, D; HENK, H. **Behavioral versus pharmacological treatments of obsessive compulsive disorder: a meta-analysis**. Psychopharmacology, vol. 136, n. 3, p. 205-216, 1998.
 64. LECKMAN JF, RIDDLE MA, HARDIN MT. **The Yale Global tic severity scale: initial testing of a clinician-rated scale of tic severity**. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, n. 8, p. 566-73, 1989.
 65. LENSI, P; CASSANO, GB; CORREDDU, G; RAVAGLI, S; KUNOVAC, JL; AKISKAL, AS. **Obsessive-compulsive disorder: family-developmental history, simptomatology, comorbity and course with special reference to gender related differences**. Br J Psychiatry. 169(1)107-7, 1996
 66. LEONARD, HL; GOLDBERGER, EL; RAPOPORT, JL; CHESLOW, DL; SWEDO, SE. **Childhood rituals: normal development or obsessive-compulsive symptoms**. J. Am. Child Adolesc. Psychiatry, vol. 29, p. 17-23, 1990.
 67. LIVINGSTON-VAN NOPPEN, B; RASMUSSEN, SA; EISEN, J; McCARTNEY, L. Family function and treatment in obsessive-compulsive disorder. In: JENIKE, MA; BAER, L; MINICHIELLO, WE. **Obsessive-Compulsive Disorders: theory and management**. Chicago: Year Book Medical Publishers, p. 325-339, 1990.
-

68. MARCH, JS, LEONARD, HL. **Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a review of the past 10 years.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, vol. 35, n. 10, p. 1265-73, 1996.
 69. MARCH, J; FRANCES, A; CARPENTER, D; KAHN, D. **The Expert Consensus Guideline Series: treatment of obsessive-compulsive disorder.** Journal of Clinical Psychiatry, vol. 58, supl. 4, 1997.
 70. MARCH, J; MULLE, K. **OCD in Children and Adolescents: A Cognitive-Behavioral Treatment Manual.** New York: The Guilford Press, 1998.
 71. MARCH, JS; BENTON, CM. **Talking back to OCD: the program that helps kids and teens say “no way” - and parents say “way to go”.** The Guilford press: New York, 2007.
 72. MARTIN, JL; THIENEMANN, M. **Group cognitive-behavior therapy with family involvement for middle-school age children with obsessive-compulsive disorder: a pilot study.** Child Psychiatry Hum Dev, vol. 36, n. 1, p. 113-27, 2005.
 73. MATHIS, MA; ROSARIO-CAMPOS, MC; DINIZ, J; TORRES, A; SHAVITT, RG; FERRÃO, YA; FOSSALUZA, V; BRAGANCA, CA; MIGUEL FILHO, EC. **Obsessive-compulsive disorder: influence of age at onset on comorbidity patterns.** Paris: European Psychiatry, v. 23, p. 187-194, 2008.
 74. MATTOS, P; SERRA-PINHEIRO, MA; ROHDE, LA; PINTO, D. **Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção / hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição.** Rev. Psiquiatr Rio Gd Sul, vol. 28, n. 3, p. 290-7, 2006.
 75. McCONACHIE, H; DIGGLE, T. **Parent implemented early intervention for young children with autism spectrum disorder: a systematic review.** Journal of Evaluation in Clinical Practice, vol. 13, p. 120-129, 2007.
 76. McCARTE, MR, PRIESTER, PE; DAVIES, WH; AZEN, R. **Differential Effectiveness of Behavior Parent-Training and Cognitive-Behavioural Therapy for Antisocial Youth: a Meta-Analysis.** Journal of Abnormal Child Psychology, vol. 34, n. 4, p. 525-541, 2006.
 77. MCLEAN, PD; WHITTAL, ML; THORDARSON, DS; TAYLOR, S SÖCHTING, I; KOSH, WJ; PATERSON, R, ANDERSON, KD. **Cognitive versus behavior**
-

- therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder.** Journal of Consulting and Clinical Psychology, vol. 69, p. 205-214, 2001.
78. MIGUEL, EC; do ROSÁRIO-CAMPOS, MC; PRADO, HS; do VALLE, R; RAUCH, SL; COFFEY, BJ; BAER, L; SAVAGE, CR; O'SULLIVAN, RL; JENIKE, MA; LECKMAN, JF. **Sensory phenomena in patients with obsessive-compulsive disorder and/or Gilles de La tourette syndrome.** J Clin Psychiatry, vol. 61, n. 2, p. 150-6, 2000.
79. MIGUEL, EC; ROSÁRIO-CAMPOS, MR; DE MATHIS, MA; *et al.* **APOSTILA DE PRIMEIRO ATENDIMENTO - PROTOC.** Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil, Versão 2007.
80. MIGUEL, EC; FERRÃO, YA; ROSÁRIO, MC; MATHIS, MA; TORRES, AR; FONTENELLE, LF; HOUNIE, AG; SHAVITT, RG; CORDIOLI, AV; GONZALEZ, CH; PRADO, HS; PERIN, EA; SANTOS, SI; COPQUE, H; DINIZ, JB; SHAVITT, RG; BORGES, MC; LOPES, AP; TORRESAN, RC; RAFFIN, AL; MEYER, E; PETRIBÚ, K; GROPO, LN. **The Brazilian Research Consortium on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (CTOC): recruitment, assessment instruments and methods for the development of multisite collaborative studies.** Rev Bras de Psiquiatria, vol. 30, n. 3, p. 185-96, 2008.
81. MINUCHIN, S. **Famílias: funcionamento e tratamento.** Porto Alegre: Artmed, 1982.
82. MIRANDA, M.A. **Transtorno obsessivo-compulsivo e comorbidade – um estudo caso-controle.** 1999. 181 f. Dissertação. Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 1999.
83. NIEDERAUER KG, BRAGA DT, SOUZA FP, MEYER E, CORDIOLI AV. **Quality of life in individuals with obsessive-compulsive disorder: a review.** Rev Bras Psiquiatr. vol. 29, n 3, p. 271-8, 2007.
84. NEZIROGLU, FA. **Tratamento comportamental do distúrbio obsessivo-compulsivo dos primórdios até 1991.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, vol. 41 n. 1, p. 315-325, 1992.
-

85. OBSESSIVE COMPULSIVE COGNITIONS WORKING GROUP. **Cognitive Assessment of obsessive-compulsive disorder**. Behaviour Research and Therapy, vol. 35, p. 667-681, 1997.
 86. O'KEARNEY, RT. **Benefits of cognitive-behavioural therapy for children and youth with obsessive-compulsive disorder: re-examination of the evidence**. Aust N Z J Psychiatry, vol. 41, n. 3, p. 199-212, 2007.
 87. O'KEARNEY, RT; ANSTEY, KJ; VON SANDEN, C. **Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive in children and adolescents**. Cochrane Database Syst Rev, n. 4, cd 004856, 2006.
 88. OLIVEIRA, IR; ROSÁRIO, MC; MIGUEL, EC. **Princípios e prática em transtorno do espectro obsessivo-compulsivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 14-29.
 89. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (Coord.). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
 90. PEDIATRIC OCD TREATMENT STUDY (POTS) TEAM. **Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: The Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial**. JAMA, vol. 292, n. 16, p. 1969-76, 2004.
 91. PETRIBÚ, KCL. **Comorbidade em Transtorno Obsessivo-Compulsivo**. 1996. Dissertação. Mestrado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Universidade Federal de Pernambuco, 1996.
 92. PETRIBÚ, K. **Comorbidade no transtorno obsessivo-compulsivo**. Rev Bras Psiquiatr, vol. 23, supl. II, p. 17-20, 2001.
 93. PIACENTINI, J. **Cognitive behavioral therapy of childhood OCD**. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, vol. 8, n. 3, p. 599-616, 1999.
 94. PIACENTINI, J; BERGMAN, RL; KELLER, M; McCRAKEN J. **Functional Impairment in Children and Adolescent with Obsessive-Compulsive Disorder**. Journal of child and adolescent psychopharmacology, vol. 13, n. 1, p. 61-69, 2003.
 95. POLLOCK, RA; CARTER, AS. **The familial and developmental context of obsessive-compulsive disorder**. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, vol. 8, n. 3, p. 461-79, 1999.
-

96. RACHMAN, SJ. **A cognitive theory of obsessions.** Behav. Res. Ther, vol. 35, p. 793-802, 1997.
 97. RAFFIN, AL. **Preditores de Resposta á Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo de Tempo Limitado no Transtorno Obsessivo-Compulsivo.** Dissertação. 2007. 194 f. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas. Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007.
 98. RAFFIN, AL; FACHEL, G; MARIA, J; FERRÃO, YA; SOUZA, FP; CORDIOLI, AV. **Predictors of response to group cognitive-behavioral therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder.** Paris: European Psychiatry, p. 001, 2009.
 99. RAMOS-CERQUEIRA, ATA; TORRES, AR; TORREZAN, RC; NEGREIROS APM; VITORINO, CN. **Emotional Burden in Caregivers of OCD Patients.** Depression and Anxiety, p. 1-8, 2008.
 100. RENSHAW, KD; STEKETEE, G; CHAMBLESS, DL. **Involving family members in the treatment of OCD.** Cog Behav Ther, vol 34, n. 3, p. 164-75, 2005.
 101. RIDDLE, MA; SCAHILL, L; KING, R; HARDIN, MT; TOWBIN, KE; ORT, SI; LECKMAN, JF; COHEN, DJ. **Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: phenomenology and family history.** J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatr, vol. 29, p. 766-772, 1990.
 102. RAPOPORT, JL. **O menino que não conseguia parar de se lavar: experiência e tratamento do distúrbio obsessivo-compulsivo.** Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1990.
 103. RAPOPORT, J. **Avanços recentes no distúrbio obsessivo-compulsivo.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, vol. 41, supl. 1, p. 19-27, 1992.
 104. RASMUSSEN, SA; EISEN, JL. Epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorders. In: JENIKE, MA; BAER, L; MINICHIELLO, WE. **Obsessive-compulsive disorders – theory and management.** 2. ed. Chicago: Year Book Medical Publishers, Inc. 1990. p. 10-27.
 105. ROBINS, LN; HELZER, JE; WEISMANN, MM. **Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites.** Arch. Gen. Psychiatry, vol. 41, p. 958-67, 1984.
-

106. ROSÁRIO-CAMPOS, MC. **Transtorno Obsessivo-Compulsivo de início precoce e início tardio: características clínicas, psicopatológicas e de comorbidade**. 1998. Dissertação. Mestrado em Medicina. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
 107. ROSÁRIO-CAMPOS, MC; GALVÃO, A; LECKMAN, JF. Abordagem dimensional do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). In: OLIVEIRA, IR; ROSÁRIO, MC; MIGUEL, EC. **Princípios e prática em transtorno do espectro obsessivo-compulsivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 30-45.
 108. ROSÁRIO-CAMPOS, MC; HOUNIE, AG; BROTTTO SA; DINIZ, JB; CHACON P; PRADO HS; SHAVITT RG; MERCADANTE, MT; MIGUEL, EC. **Protocolo de pesquisa do ambulatório de adultos do PROTOC**. Dep. de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP - 3a edição, 2000.
 109. ROSÁRIO-CAMPOS, MC. **Peculiaridades do transtorno obsessivo-compulsivo na infância e na adolescência**. Rev Bras Psiquiatr, vol. 23, supl II, p. 24-6, 2001.
 110. ROSARIO-CAMPOS, MC; LECKMAN, JF; MERCADANTE, MT; SHAVITT, RG; PRADO, HS; SADA, P; ZAMIGNANI, D; MIGUEL, EC. **Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder**. Am J Psychiatry, vol. 158, p. 1899-1903, 2001.
 111. ROSÁRIO-CAMPOS, MC. **Estudo genético familiar de crianças e adolescentes com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC)**. 2004. Tese. 135 f. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
 112. ROSÁRIO-CAMPOS, MC; MIGUEL, EC; QUATRANO, S; CHACON, P; FERRÃO, Y; FINDLEY, D; KATSOVICH, L; SCAHILL, L; KING, RA; WOODY, SR; TOLIN, D; HOLLANDER, E; KANO, Y; LECKMAN, JF. **The dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): in instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions**. Mol Psychiatry. Vol. 11, n. 5, p. 495-504, 2006.
 113. SALKOVSKIS, PM, KIRK, J. Distúrbios Obsessivos. In HAWTON, K (org). **Terapia Cognitivo-Comportamental para problemas psiquiátricos: um**
-

- guia prático.** Tradução Jeferson Luís Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 2007. p. 185-239.
114. SALKOVSKIS, PM. **Obsessional compulsive problems: a cognitive behavioural analysis.** Behav Res Ther, vol. 23, n. 5, p. 571-583, 1985.
115. SALKOVSKIS, PM. Obsessões e compulsões. In: SCOTT, J; WILLIAMS, JM; BECK, AT. **Terapia Cognitiva na prática clínica (um manual prático).** Tradução Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 61-94.
116. SALKOVSKIS, PM. Ansiedade, crenças e comportamentos de busca de segurança. In: SALKOVSKIS, PM. **Fronteiras da Terapia Cognitiva.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005, p. 61-82.
117. SHAVITT, RG; BELOTTO, C; CURI, M; HOUNIE, AG; ROSÁRIO-CAMPOS, Mc; DINIZ, JB; FERRÃO, YA; PATO, MT; MIGUEL, EC. **Clinical features associated with treatment response in obsessive-compulsive disorder.** Compr Psychiatry, vol. 47, n. 4, p. 276–281, 2006.
118. SHAVITT, RG; GALVÃO, A; QUARANTINI, L; ROSÁRIO-CAMPOS, M. Tratamento Farmacológico dos Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo. In: OLIVEIRA, IR; ROSÁRIO-CAMPOS, M, MIGUEL, EC. **Princípios e prática em transtorno do espectro obsessivo-compulsivo.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 181-226.
119. SIN, J; MOONE, N; WELLMAN N. **Incorporating psycho-educational family and carers work into routine clinical practice.** Journal of Psychiatry & Mental Health Nursing, vol. 10, n. 6, p. 730-734, 2003.
120. SILVA, CB. **Estudo comparativo de efetividade da terapia cognitivo-comportamental em grupo e dos inibidores seletivos de recaptção da Serotonina em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo: um ensaio clínico pragmático.** 2009. 356 f. Tese. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
121. SOUZA, CR; BAPTISTA, CP; PEREIRA, C. Terapia cognitivo-comportamental com crianças. In: RANGÉ, B (org). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria.** Porto Alegre: Art Med, 2001. p. 523-534.
122. STEKETEE, G; FROST, RO; WINCZE, J; GREENE, KA; DOUGLASS, H. **Group and individual treatment of compulsive hoarding: a pilot study.** Behavioral and Cognitive Psychotherapy, vol. 28, p. 259-268, 2000.
-

123. STEKETEE, G; VAN NOPPEN, B. **Family approaches to treatment for obsessive compulsive disorder.** Rev Bras Psiquiatr, vol. 25, n. 1, 2003.
 124. (a) STORCH, EA; GEFFKEN, GR; MERLO LJ; JACOB, ML; MURPHY, TK; GOODMAN, WK; LARSON, MJ; FERNANDEZ, M; GRABILL, KM. **Family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder.** J Clin Child Adolesc Psychol, vol. 36, n. 2, p. 207-216, 2007.
 125. (b) STORCH, EA; GEFFKEN, GR; MERLO LJ; MANN, G; DUKE, D; MUNSON, M; ADKINS, J; GRABILL, KM; MURPHY, TK; GOODMAN, WK. **Family-based cognitive behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: comparison of intensive and weekly approaches.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, vol. 46, n. 4, p. 469-478, 2007.
 126. (a) STORCH, EA; MERLO, LJ; LARSON, MJ; BLOSS, CS; GEFFKEN, GR; JACOB, ML; MURPHY, TK, GOODMAN, WK. **Symptom dimensions and cognitive-behavioural therapy outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder.** Acta Psychiatr Scand, vol. 117, n. 1, p. 67-75, 2008.
 127. (b) STORCH, EA; MERLO LJ; LARSON, MJ; GEFFKEN, GR; LEHMKUHL, HD; JACOB, ML; MURPHY, TK, GOODMAN, WK. **Impact of comorbidity on cognitive-behavioral therapy response in pediatric obsessive-compulsive disorder.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, vol. 47, n. 5, p. 583-592, 2008.
 128. (c) STORCH, EA; MERLO LJ; LARSON, MJ; MARIEN, WE; GEFFKEN, GR; JACOB, ML; MURPHY, TK, GOODMAN, WK. **Clinical features associated with treatment-resistant pediatric obsessive-compulsive disorder.** Compr Psychiatry, vol. 49, n. 1, p. 35-42, 2008.
 129. (d) STORCH, EA; MILSOM, VA; MERLO, LJ; LARSON, MJ; GEFFKEN, GR; JACOB, ML; MURPHY, TK, GOODMAN, WK. **Insight in pediatric obsessive-compulsive disorder: associations with clinical presentation.** Psychiatry Res, vol. 160, n. 2, p. 212-220, 2008.
 130. SWEDO, SE; RAPOPORT, JL; LEONARD, H; LENANE, M; CHESLOW, D. **Obsessive Compulsive Disorder in children and adolescents. Clinical phenomenology of 70 consecutive cases.** Arch Gen Psychiatry, vol. 46, p. 335-340, 1989.
 131. THIENEMANN, M; MARTIN, J; CREGGER, B; TOMPSON, HB; DYER-FREDMAN, J. **Manual – driven group cognitive-behavioural therapy for**
-

- adolescents with obsessive-compulsive disorder: a pilot study.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, vol. 40, n. 11, p. 1254-60, 2001.
132. THIENEMANN, M; MOORE, P; TOMPKINS, K. **A parent-only group intervention for children with anxiety disorder: a pilot study.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, vol. 45, n. 1, p. 37- 46, 2006.
133. TORRESAN, RC; SMAIRA, S; RAMOS-CERQUEIRA, ATA; TORRES, AR. **Qualidade de vida no transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão / Quality of life in obsessive-compulsive disorder: a review.** Rev Psiquiatr Clin, vol. 35, n 1, p.13-19, 2008.
134. TORO, J; CERVERA, M; OSJEO, E; SALAMERO, M. **Obsessive Compulsive Disorder in childhood and adolescence: a clinical study.** J. Child Psychol. Psychiatry, vol. 33, p. 1025-1037, 1992.
135. TURNER, CM. **Cognitive-behavioural theory therapy for obsessive-compulsive disorders in children and adolescents: current status and future directions.** Clin Psychol Rev, vol. 26, n. 7, p. 912-38, 2006.
136. YALOM, ID; LESZCZ, M. **Psicoterapia de Grupo: teoria e prática.** 5ª ed. Porto Alegre, 2006.
137. YARYURA-TOBIAS, JA; NEZIROGLU, FA. Biological and Behavior Therapy. In: YARYURA-TOBIAS, JA; NEZIROGLU, FA. **Obsessive-compulsive disorder spectrum (pathogenesis, diagnosis and treatment).** Washington: American Psychiatric, 1997, p. 33-77.
138. VALDERHAUG, R; LARSSON, B; GÖTESTAM, KG; PIACENTINI, J. **An Open clinical trial of cognitive-behaviour therapy in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder administered in regular outpatients clinics.** Behav Res Ther, vol. 45, n. 3, p. 577-89, 2007.
139. VAN NOPPEN, B; STEKETEE, G; McCORKLE, BH; PATO, M. **Group and multifamily behavioral treatment for obsessive compulsive disorder: a pilot study.** J Anxiety Disorder, vol. 11, n. 4, p. 431-446, 1997.
140. VAN NOPPEN, B; PATO M T; MARSLAND, R; RASMUSSEN, SA. **A time-limited behavioral group for treatment of obsessive-compulsive disorder.** J Psychother Pract Res, vol. 7, n. 4, p. 272-80, 1998.
-

141. ZOHAR, AH. **The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents.** Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, vol. 8, n. 445-60, 1999.
 142. WATERS, TL; BARRETT, PM. **The role of the family in childhood obsessive-compulsive disorder.** Clin Child Fam Psychol Rev, vol. 3, n. 3, p. 173-84, 2000.
 143. WATERS, TL; BARRET, PM; MARCH, JS. **Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: preliminary findings.** Am. J. Psychother, vol. 55, n. 3, p. 372-87, 2001.
 144. WATSON, HJ; REES, CS. **Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive compulsive disorder.** J Child Psychol Psychiatry, vol. 49, n. 5, p. 489-98, 2008.
 145. WHITESIDE, SP; BROWN, AM; ABRAMOWITZ, JS. **Five-days intensive treatment for adolescent OCD: A case series.** J Anxiety Disorder, vol. 22, n. 3, p. 495-504, 2008.
 146. WHO/UNICEF. **A picture of health? A review and annotated bibliography of the health of young people in developing countries.** New York: WHO/Unicef, 1995. WHO. Department of reproductive health and research. Adolescent sexual and reproductive health: introduction. [1998-2003]. Disponível em: <http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/publist.htm#TOOLS> . Acesso em: 12 ago. 2007.
-

APÊNDICES

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO
LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS ADOLESCENTES**

**FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PERNAMBUCO
MESTRADO EM HEBIATRIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

TERMO DE CONFIABILIDADE

Título da Pesquisa

AVALIAÇÃO DA INFLUÊNCIA DE UM PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO PARA FAMILIARES EM ASSOCIAÇÃO AO TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO PARA ADOLESCENTES PORTADORES DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

Pesquisadores responsáveis:

Psicóloga Luciana Nagalli Gropo – CRP 02-10.695

Dra. Kátia Petribú – Cremepe 9282

Prezado(a) Participante ou Responsável,

Este estudo tem como objetivo aplicar a Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo – TCCG para adolescentes (15 a 24 anos) portadores de Transtorno Obsessivo-Compulsivo, com associação ou não de Programa de Orientação para Familiares.

Para a avaliação dos adolescentes, será feita a entrevista padronizada do Consórcio Nacional das Doenças do Espectro Obsessivo-Compulsivo – C-TOC, seguido de Avaliação Neuropsicológica.

A TCCG será realizada em 12 sessões com os adolescentes. A intervenção psicoterápica poderá ser ou não associada ao Programa de Orientação para Familiares.

O sorteio do grupo à que a família fará parte será feito utilizando um programa de computador que realiza automaticamente a alocação intencional das famílias determinando quais farão parte do grupo A ou B.

Grupo A – TCCG + Programa de Orientação para Familiares.

Grupo B – TCCG sem o programa de Orientação para Familiares.

Os programas da TCCG serão acompanhados por uma terapeuta, uma co-terapeuta e um observador; os encontros poderão ser gravados em áú filmados.

Asseguramos que nenhum adolescente, responsável ou familiar serão identificados, preservando assim o caráter confidencial de todas as informações coletadas.

É garantido o direito do adolescente de desistir de participar deste estudo a qualquer momento, sem que nenhum problema ou prejuízo decorra dessa decisão.

Será garantida a resposta a qualquer pergunta ou questionamento e o esclarecimento à qualquer dúvida acerca das etapas, procedimentos, riscos e benefícios relacionados com a pesquisa.

A presente pesquisa não oferece qualquer tipo de risco a saúde física ou mental dos participantes.

Recife, _____de_____de 2008.

Luciana Nagalli Gropo
CRP 02-10/695

Nome e telefones para contato, caso seja necessário:

Luciana Nagalli Gropo

Fones: 3083-4954 / 8796-2860

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,

RG nº _____, abaixo-assinado, tendo recebido as informações acima, concordo em participar do ensaio clínico: Avaliação da Influência de um Programa de Orientação para Familiares em associação ao Tratamento Cognitivo-Comportamental em Grupo para Adolescentes portadores do Transtorno Obsessivo-Compulsivo.

Recife, _____ de _____ de 2008.

Assinatura do concordante ou responsável

Nome e telefones para contato, caso seja necessário:

Luciana Nagalli Gropo

Fones: 3083-4954 / 8796-2860

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO
LIVRE ESCLARECIDO PARA FAMILIARES**

**FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PERNAMBUCO
MESTRADO EM HEBIATRIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

TERMO DE CONFIABILIDADE

Título da Pesquisa

AVALIAÇÃO DA INFLUÊNCIA DE UM PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO PARA FAMILIARES EM ASSOCIAÇÃO AO TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO PARA ADOLESCENTES PORTADORES DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

Pesquisadores responsáveis:

Psicóloga Luciana Nagalli Gropo – CRP 02-10.695

Dra. Kátia Petribú – Cremepe 9282

Prezado(a) Participante

Este estudo tem como objetivo aplicar a Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo – TCCG para adolescentes (15 a 24 anos) portadores de Transtorno Obsessivo-Compulsivo, com associação ou não de Programa de Orientação para Familiares.

Os familiares que participarão do Programa de Orientação serão avaliados a partir da entrevista padronizada do C-TOC, além de ser solicitado a eles o preenchimento das Escalas de Acomodação Familiar e Qualidade de Vida (WHOQOL-bref) no início e ao final do programa.

O Programa de Orientação para Familiares acontecerá em encontros semanais em grupo, do qual poderão fazer parte até no máximo dez famílias. Ao todo serão 12 encontros que se darão ao longo das 12 sessões de TCCG para adolescentes. Participarão do grupo de Orientação para Familiares somente as famílias sorteadas.

O sorteio do grupo à que a família fará parte será feito utilizando um programa de computador que realiza automaticamente a alocação intencional das famílias determinando quais farão parte do grupo A ou B.

Grupo A – TCCG + Programa de Orientação para Familiares.

Grupo B – TCCG sem o programa de Orientação para Familiares.

O programa de Orientação Familiar será acompanhado por uma terapeuta, uma co-terapeuta e um observador, os encontros poderão ser gravados em áudio ou filmados.

Asseguramos que nenhum adolescente, responsável ou familiar serão identificados, preservando assim o caráter confidencial de todas as informações coletadas.

É garantido ao familiar desistir de participar deste estudo a qualquer momento, sem que nenhum problema ou prejuízo decorra dessa decisão.

Será garantida a resposta a qualquer pergunta e questionamento e dado esclarecimento à qualquer dúvida acerca das etapas, procedimentos, riscos e benefícios relacionados com a pesquisa.

A presente pesquisa não oferece qualquer tipo de risco a saúde física ou mental dos participantes.

Eu, _____

RG nº _____, abaixo-assinado, tendo recebido as informações acima, concordo em participar do ensaio clínico: Avaliação Da Influência de um Programa de Orientação para Familiares em associação ao Tratamento Cognitivo-Comportamental em Grupo para Adolescentes portadores do Transtorno Obsessivo-Compulsivo.

Recife, ____ de _____ de 2008.

Luciana Nagalli Gropo
CRP 02/10.695

Nome e telefones para contato, caso seja necessário:

Luciana Nagalli Gropo

Fones: 3083-4954 / 8796-2860

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ RG nº _____, abaixo-assinado, tendo recebido as informações acima, concordo em participar do ensaio clínico: Avaliação da Influência de um Programa de Orientação para Familiares em associação ao Tratamento Cognitivo-Comportamental em Grupo para Adolescentes portadores do Transtorno Obsessivo-Compulsivo.

Recife, _____ de _____ de 2008.

Assinatura do concordante ou responsável

Nome e telefones para contato, caso seja necessário:

Luciana Nagalli Gropo

Fones: 3083-4954 / 8796-2860

APÊNDICE C



**UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OSWALDO CRUZ
AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA
PROGRAMA: CONSÓRCIO DE TOC (C-TOC)**

**PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO À FAMÍLIA
DE ADOLESCENTES PORTADORES DE TRANSTORNO
OBSESSIVO COMPULSIVO**

**Adaptação do Manual de Terapia Cognitivo-Comportamental
em Grupo no Transtorno Obsessivo-Compulsivo (Cordioli, 2006)
Livingston-Van Noppen *et al.*, 1990.**

**Luciana Nagalli Gropo
Psicóloga CRP 02/10-695**

INFORMAÇÕES GERAIS

1. Horário e local das reuniões: As reuniões do Grupo de Orientação à Família dos Adolescentes Portadores do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) são realizadas no Ambulatório de Psiquiatria do HUOC, Auditório, 1º andar, sexta-feira, das 13:30 às 14:30 horas.

2. Número de sessões: Haverá um total de 12 sessões semanais.

3. Datas dos encontros: O grupo terá início no dia 18/04/2008

Próximas sessões:

Abril – 18, 25 e 30

Maio – 09, 16, 21 e 30

Junho – 06, 13, 20 e 27

Julho – 04

Retorno: 01 de agosto, 05 de setembro e 03 de outubro.

4. Faltas e atrasos: Procure não faltar. Contudo, se houver necessidade, avise com antecedência sempre que possível, ligando para os números 3083-4954 deixando recado com Tercina ou 3076-1188 Dra Elenita. Serão desligados do grupo os familiares que tiverem duas faltas consecutivas sem notificação prévia. Procure sempre chegar no horário, mas não deixe de comparecer por motivo de atraso. Por fim, se houver a necessidade de entrar em contato com a equipe por algum motivo, ligue para o número acima e deixe o número do seu telefone para que a equipe possa contatá-lo se for preciso ou conveniente.

5. Interrupção do tratamento: Os familiares que não estiverem se sentindo bem ou acreditarem que não estejam se beneficiando do tratamento, têm liberdade, a qualquer momento, de solicitar seu desligamento do programa.

eventualidade, solicitamos que os familiares conversem com os coordenadores da pesquisa, explicando seus motivos.

6. Aplicação de escalas: O Grupo de Orientação à Família dos Adolescentes Portadores do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) está inserido em uma pesquisa que faz parte de um Projeto de Mestrado em Hebiatria da Faculdade de Odontologia da UPE. Com a finalidade de avaliar a utilidade do referido programa que está sendo proposto, serão aplicadas no início e ao final dos encontros algumas escalas específicas.

7. Manual: Lembre-se de trazer seu Manual de Orientação à Família dos Adolescentes Portadores do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) para todas as sessões, pois ele serve também como um caderno de exercícios e registros a serem realizados durante as sessões ou em casa. Além disso, o Manual contém um resumo dos temas a serem abordados em cada sessão.

APRESENTAÇÃO

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

O TOC é considerado uma doença mental grave por vários motivos: é uma das dez maiores causas de incapacitação de acordo com Organização Mundial da Saúde; em geral, é uma doença crônica; acomete os indivíduos ainda quando jovens – seu início, em geral, é ao final da adolescência ou início da idade adulta, mas não é raro que comece durante a infância – e, via de regra, mantém-se ao longo de toda a vida. É verdade que o TOC apresenta flutuações, mas raramente desaparece por completo e, em aproximadamente 10% dos casos, tende a evoluir para uma deterioração progressiva. Seus sintomas provocam grande desconforto, acarretam limitações profissionais, sociais e na vida pessoal dos portadores, sendo, não raro, incapacitantes pelo tempo que tomam e pelo grau de sofrimento que os acompanha. Os sintomas do TOC também provocam uma grande interferência nas rotinas da família. É comum a restrição ao uso de objetos (móveis, roupas, talheres), ao acesso a peças da casa (tanto por parte do portador como da família), a demora no banheiro, a preocupação excessiva com sujeira ou contaminações, manias de limpeza (por exemplo, lavando excessivamente as mãos, as roupas, o piso da casa, obrigando os demais membros da família a fazerem o mesmo). Essas preocupações, cuidados excessivos e exigências interferem nas rotinas da família, no lazer, provocam discussões, atritos, desarmonia, exigências irritadas no sentido de não interromper ou de participar dos rituais, dificuldades para sair, atrasos, etc., e não raramente a separação de casais ou a demissão de empregos.

O TOC se caracteriza pelo fato de o indivíduo ter sua mente invadida por pensamentos, imagens, palavras ou impulsos que são involuntários e indesejados – as obsessões. São comuns as preocupações envolvendo sujeira/limpeza, necessidade de ter certeza, dúvidas, preocupação com alinhamento ou simetria de móveis, objetos ou papéis, guardar coisas inúteis ou ser atormentado por pensamentos “ruins” ou “horríveis”, que se tenta afastar ou neutralizar sem sucesso.

Esses pensamentos ou impulsos invasivos normalmente são acompanhados de medo ou aflição, e levam o indivíduo a executar manobras destinadas a reduzir a aflição – os chamados rituais ou compulsões, como lavar as mãos, evitar tocar em objetos considerados sujos ou contaminados, verificar portas, janelas, gás, alinhar, guardar. E, como o portador de TOC de fato sente alívio ao realizar os rituais, acredita ser este o verdadeiro caminho para ter menos aflição quando, na verdade, está se tornando prisioneiro de uma armadilha, passando a se sentir impelido a repetir esses rituais toda vez que sua mente é invadida por alguma obsessão. Pode-se dizer, então, que o TOC é uma doença de medos excessivos, e que as compulsões ou rituais e as evitações são as formas erradas de se lidar com esses medos.

As causas do TOC

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

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

Tratamentos Para o TOC

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

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

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

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

TCC em Grupo

A TCC pode ser realizada sob a forma de tratamento individual (no consultório) ou em grupo. Esta última forma, o tratamento em grupo, é igualmente efetiva e proporciona a oportunidade de atendimento para um número maior de pacientes. Oferece, ainda, algumas vantagens adicionais em relação ao tratamento individual, como:

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

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

As etapas da terapia cognitivo-comportamental em grupo

A TCC em grupo é um tratamento breve, com um total de 12 sessões semanais de duas horas cada e, eventualmente, mais algumas sessões de acompanhamento após a alta. O paciente é inicialmente avaliado por um psiquiatra, para fazer o diagnóstico do TOC e verificar se não há a presença de outras doenças que contraindiquem esta modalidade de tratamento ou exijam outras abordagens, como o uso

de medicamentos. Uma vez completada a avaliação, se o paciente for diagnosticado como portador de TOC, não apresentar nenhuma contra-indicação, estiver efetivamente interessado em se tratar e dispor do tempo necessário para comparecer às sessões, estará apto a iniciar o tratamento.

Seqüência das Sessões

- Sessão 1 – Identificando os Sintomas do TOC – Sessão conjunta com familiares. Apresentação dos participantes. Informações psicoeducativas: o que é o TOC, quais seus sintomas, suas causas e o impacto na vida pessoal e familiar. Treino na identificação dos sintomas: obsessões, compulsões, compulsões mentais e comportamentos associados (evitação).
 - Sessões 2 e 3 – As Causas do TOC e o Modelo Comportamental e a Terapia de Exposição e Prevenção da Resposta – Familiarização com o modelo comportamental do TOC, com as técnicas de exposição e prevenção da resposta e com técnicas especiais para o tratamento de obsessões. Elaboração da lista de sintomas e sua graduação de acordo com a aflição que provocam. Aprendizagem e uso das técnicas de exposição e prevenção da resposta no grupo e nos intervalos entre as sessões.
 - Sessão 4 – Pensamentos e Crenças Distorcidas no TOC – Familiarização com o modelo cognitivo e com as técnicas cognitivas de correção de pensamentos automáticos e crenças distorcidas típicas do TOC. Continuação dos exercícios de exposição e prevenção da resposta.
 - Sessão 5 – Excesso de Risco e Responsabilidade – Aprendizagem e utilização de técnicas cognitivas de correção de crenças distorcidas: avaliação excessiva do risco e da responsabilidade. Continuação dos exercícios de exposição e prevenção da resposta.
 - Sessão 6 – Exagerar a Importância dos Pensamentos – Aprendizagem e utilização de técnicas cognitivas de correção de crenças distorcidas: avaliação excessiva do poder do pensamento e da necessidade de controlá-lo. Continuação dos exercícios de exposição e prevenção da resposta.
-

- Sessão 7 – Necessidade de Ter Certeza e Perfeccionismo – Continuação das tarefas de exposição e prevenção da resposta e de correção de pensamentos disfuncionais: necessidade de ter certeza e perfeccionismo.
- Sessão 8 – O TOC e a Família – Sessão conjunta com os familiares. O TOC e a família. Continuação dos exercícios de exposição e prevenção da resposta.
- Sessões 9, 10 e 11 – Continuando o Tratamento, Prevenção de Recaídas e Reforços – Revisão de tópicos abordados em sessões anteriores, das tarefas de casa e dos registros de automonitoramento. Reforço da prática de estratégias cognitivas e de exposição e prevenção da resposta. Estratégias de prevenção de recaídas.
- Sessão 12 – Avaliação da Terapia – Avaliação do tratamento e reforço em estratégias de prevenção de recaídas. Recursos da comunidade. Combinação de encontros futuros.

Participação da família

O envolvimento dos familiares nos sintomas do TOC ocorre na grande maioria dos casos. E se, por um lado, a família pode auxiliar o paciente a superar os sintomas, ela também pode, por outro, adotar atitudes que os reforcem. Por esse motivo, o presente Programa de Orientação à Família dos Adolescentes Portadores do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) visa orientar familiares acerca do referido transtorno (critérios diagnósticos, formas de intervenção, importância de tratamento), o papel da família como agente reforçador ou de apoio na melhora dos sintomas e principalmente como lidar com o transtorno.

Etapas do Programa de Orientação à Família dos Adolescentes Portadores do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)

Sessão 1: Iniciando um trabalho

Apresentação do Programa de orientação para familiares de adolescentes portadores de TOC e dos participantes. Depoimentos espontâneos.

Sessão 2: Conhecendo o Transtorno Obsessivo Compulsivo

Informações psicoeducativas: o que é o TOC, quais seus sintomas, suas causas.
Momento para compartilhar experiências e dificuldades.

Sessão 3: Qual é o papel da família?

O TOC e a família. Tipos de envolvimento familiar.

Sessão 4: Conflitos Interpessoais

Discussão sobre conflitos interpessoais que ocorrem na emergência dos sintomas.

Sessão 5: Enfrentando o TOC

Informações acerca do modelo comportamental do TOC e da técnica de exposição e prevenção de respostas.

Sessão 6: Como posso ajudar meu filho?

Discussão acerca da importância de se desenvolver comportamentos de apoio aos exercícios de exposição e prevenção de respostas e treino de estratégias para evitação de participação nos rituais.

Sessão 7: A importância dos pensamentos

Informações acerca do modelo cognitivo do TOC.

Sessão 8: Crenças distorcidas no TOC.

Apresentação das crenças distorcidas no TOC e sua importância na manutenção da ansiedade.

Sessão 9: Aprendendo a desafiar os pensamentos.

Aprendizagem e utilização de técnicas cognitivas para correção das crenças distorcidas.

Sessão 10: Relembrando estratégias adaptativas.**Sessão 11: Apoiando comportamentos adequados**

Porque os pacientes são capazes de resistir às compulsões hoje, isso não significa que acontecerá amanhã.

Sessão 12: Apoiando a prevenção de recaída

Avaliação do programa e reforço das estratégias de prevenção de recaída.

SESSÃO 1 – Iniciando um trabalho

Agenda

- Apresentação do projeto e dos familiares; entrega do *Manual do Grupo de Orientação à Família dos Adolescentes Portadores do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)*.
- Explicação dos objetivos do grupo, regras e combinações; objetivos da sessão.
- Preenchimento das escalas: Escala de Acomodação Familiar, Escala de Beck de Depressão e de Ansiedade.
- Apresentação dos participantes.
- Depoimentos espontâneos.

Apresentação do projeto e dos participantes e entrega do material

A sessão tem início com uma breve apresentação de cada um dos participantes, incluindo nome, profissão, procedência, grau de parentesco com o adolescente portador do TOC e quais os principais sintomas identificados no mesmo. O coordenador faz uma breve explanação sobre as vantagens do Programa de Orientação; situa a TCC em grupo e as sessões de orientação familiar no contexto das terapias para o TOC e expõe a agenda da sessão, dando oportunidade para os familiares exporem suas opiniões, fazerem perguntas, etc.

Distribuição do Manual da Terapia

A seguir é distribuído o *Manual do Programa e seu conteúdo é explicado pelo coordenador*: roteiro das sessões, folhas de exercício, etc. Expõe-se as regras e combinações a serem seguidas (pág.2), ressaltando a importância da assiduidade, pontualidade e realização dos exercícios e explica-se como são desenvolvidas as sessões: revisão das tarefas de casa, breve explanação, exercícios da sessão e combinações das novas tarefas de casa.

Avaliação da sessão pelos participantes

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

SESSÃO 2 – Conhecendo o Transtorno Obsessivo-Compulsivo

Agenda

- **Explicação:** os sintomas do TOC, incidência, curso e impacto na vida pessoal e familiar; causas biológicas; causas psicológicas; os medos e a aprendizagem: as diferentes formas de eliminar ou neutralizar os medos no TOC.
- Depoimentos dos participantes acerca de suas experiências e dos sintomas dos pacientes.
- Tarefas de casa: leitura de folheto explicativo. Leituras adicionais: *site* da Internet (www.ufrgs.br/toc), livro *Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo* (Cordioli, 2004). Editora Artmed.
- Avaliação da sessão pelos participantes.

As prováveis causas do TOC

Infelizmente, as causas do TOC ainda não são bem esclarecidas. As hipóteses são muito variadas, e vão desde místicas ou religiosas, passando por fixações na fase

anal do desenvolvimento psicossocial, segundo a teoria psicanalítica, até hipóteses mais recentes, que sugerem disfunções da química cerebral relacionadas com a serotonina, uma substância produzida pelo próprio cérebro e que envolve os circuitos cerebrais que conectam as áreas frontais a zonas mais profundas (os chamados gânglios da base). Além da neuroquímica, infecções e traumatismos cerebrais, fatores de ordem psicológica, e até mesmo ambientais, podem contribuir para o aparecimento dos sintomas, o que leva a supor que possam existir distintos subgrupos de TOC, tanto na forma como se manifestam os sintomas como na resposta aos tratamentos.

Os fatores de ordem biológica

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

- Diminuição dos sintomas com o uso de medicamentos que elevam os níveis de serotonina no cérebro, ativando a chamada função serotoninérgica cerebral e os circuitos relacionados do cérebro.
 - Aumento do fluxo sanguíneo cerebral em certas regiões do cérebro de portadores do TOC: regiões órbito-frontais e nos núcleos da base. Esta alteração é observável em um exame chamado SPECT.
 - Aumento no metabolismo da glicose em certas regiões do cérebro (córtex frontal, giro cíngulo e núcleo caudado) em pacientes com TOC. Esta alteração é observável na tomografia por emissão de pósitrons (PET). Pacientes que responderam ao tratamento com terapia comportamental e medicamentos antiobsessivos tiveram uma redução do metabolismo da glicose nestas mesmas regiões.
 - Sintomas obsessivo-compulsivos podem surgir após doenças ou problemas cerebrais, como encefalite, traumatismo cranianos, Coreia de Sydenham. O TOC é frequentemente associado com uma doença neurológica chamada de transtorno de Gilles de la Tourette (ST), caracterizada por tiques motores e vocais.
-

- É possível alcançar a redução dos sintomas obsessivo-compulsivos através de neurocirurgia em pacientes refratários às demais terapias (cingulotomia ou leucotomia).
- Elevada incidência (em torno de 60%) de sintomas obsessivo-compulsivos, geralmente transitórios, durante infecções por estreptococo beta-hemolítico do grupo A ou durante episódios de febre reumática em crianças e adolescentes. Esta alteração provavelmente está relacionada a mecanismos de auto-imunidade.
- Maior incidência (cinco vezes mais) do transtorno em familiares de portadores do TOC, especialmente quando o início é precoce e associado a tiques, quando comparados à população em geral. Em gêmeos, aparentemente, a incidência é 20 a 40 vezes maior do que na população em geral.

Fatores psicológicos: aprendizagens e crenças errôneas

Tem sido amplamente comprovado e, atualmente, é em geral aceita a hipótese de que os rituais ou compulsões estão relacionados com as obsessões: são estratégias aprendidas pelos pacientes para neutralizar a aflição/medo e o desconforto que acompanham as obsessões. Os comportamentos evitativos, tão comuns no TOC, teriam esta mesma função: livrar o paciente de entrar em contato com essas emoções desagradáveis, geralmente são desadaptativas pois são excessivas e limitam a vida dos portadores. De fato, as terapias comportamentais que levam ao enfrentamento de tais medos mediante a exposição e prevenção de rituais podem levar ao completo desaparecimento dos sintomas, mesmo quando provocados por problemas neurológicos.

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

falhar, não irão me perdoar!”). Acredita-se que tais crenças contribuam para o surgimento e a manutenção do TOC. Estudos mais recentes têm demonstrado que a terapia cognitiva, ou seja, a correção de tais crenças e de pensamentos distorcidos, é efetiva na redução dos sintomas obsessivo-compulsivos.

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

Depoimento dos familiares

Após a explanação, o terapeuta põe a palavra à disposição dos familiares dos pacientes, para que façam seus depoimentos sobre os sintomas do TOC e sua interferência ou não nas rotinas da família, e sobre como a família se acomodou a eles ou não. A troca de idéias e sugestões é estimulada, a explanação por casa família acerca dos tipos de interação, conflitos, arranjos ou acomodações que acabaram se estabelecendo em função do TOC.

Depois dos depoimentos, o terapeuta faz uma revisão acerca da forma de atuação da terapia (exposição, prevenção da resposta, correção de crenças disfuncionais) e, com base nesse entendimento, discute com os participantes as atitudes que podem auxiliar o paciente a superar o transtorno.

Tarefas para casa

- 1) Leia atentamente os itens Informações Gerais e Apresentação do Presente Manual.
 - 2) Leia o folheto *Transtorno obsessivo-compulsivo: perguntas e respostas* e anote suas dúvidas para que sejam discutidas na próxima sessão. Leituras adicionais: *Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo* do Dr. Aristides V. Cordioli editado pela Artmed de Porto Alegre e o site www.ufrgs.br/toc.
 - 3) Leia as informações contidas na sessão 1.
-

aguardar). As pesquisas demonstram que a maioria das esposas de pacientes com TOC (88,2%) acaba se acomodando aos sintomas dos maridos, e que mais de 80% das famílias se adaptam aos rituais ou mudam seu comportamento. Em geral, todos os membros da família sofrem com o transtorno, pois os sintomas criam desarmonia, raiva, exigências irritadas no sentido de participar ou não perturbar os rituais, dependência, restrição do acesso a salas, quartos, dificuldade para sair de casa, atrasos, interferência no lazer e nas rotinas domésticas.

O TOC pode ter um efeito devastador sobre as famílias. A vida social pode ficar comprometida em >80% dos casos;

- 75% referem perdas nas relações interpessoais e conflitos conjugais;
- 65% referem dificuldades financeiras;
- 40% dos pais se preocupam com o que será do paciente depois que “eles se forem”.

Papéis da família

Se, por um lado, o paciente, muitas vezes induz a família a alterar seus hábitos (mesmo sem percebê-lo), por outro lado, conflitos familiares podem agravar os sintomas. É comum que os sintomas sejam mais intensos em casa e diminuam de intensidade em outros lugares ou ambientes, como durante viagens, por exemplo.

Eventualmente, a família, por aflição ou desconhecimento, pode estimular ou reforçar a prática de rituais ou comportamentos evitativos, segregando o paciente, estigmatizando-o, reagindo de forma agressiva diante de suas exigências e interferências nas rotinas, ou, então, submetendo-se aos rituais e reprimindo a raiva.

Contudo, a família também pode ter uma atitude compreensiva e colaborativa, buscando informações para conhecer melhor o TOC, auxiliando o paciente nas tarefas da terapia, como a elaboração da lista de sintomas (os familiares muitas vezes identificam melhor os sintomas do que o próprio paciente), e oferecendo apoio e estímulo nas tarefas de casa, especialmente quando os sintomas são graves. Para que os familiares saibam como agir, eles precisam ter uma noção sobre TCC, o sentido das tarefas de casa e como se dá a eliminação dos sintomas.

Quando há um portador de TOC em uma família, especialmente se o caso for acompanhado de tiques, é comum que existam outros familiares comprometidos. É

interessante que o terapeuta faça uma pergunta nesse sentido e, eventualmente, sugira a avaliação de familiares com indícios de serem portadores do transtorno.

Tarefas para casa

1) Faça um monitoramento diário dos comportamentos desadaptativos apresentados na relação com o paciente:

Situação 1: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 2: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 3: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 4: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 5: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 6: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Avaliação da sessão pelos participantes

Para encerrar, o terapeuta solicita que cada um dos participantes avalie a sessão e destaque o que considerou mais relevante ou proveitoso.

SESSÃO 4 – Conflitos Interpessoais

Agenda

- Revisão da sessão anterior e das tarefas de casa: esclarecimento de dúvidas
- Depoimentos dos familiares acerca dos conflitos experimentados: convivência com o adolescente portador de TOC.
- Tarefas para casa: monitoramento dos comportamentos desadaptativos dos familiares na relação interpessoal com o adolescente.
- Avaliação da sessão pelos participantes.

Tarefas para casa

1) Faça um monitoramento diário dos comportamentos desadaptativos apresentados na relação com o paciente:

Situação 1: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 2: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 3: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 4: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 5: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 6: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 7: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 8: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Avaliação da sessão pelos participantes

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

SESSÃO 5 – ENFRENTANDO O TOC

Agenda

- Revisão da sessão anterior e das tarefas de casa: esclarecimento de dúvidas.
- Informações acerca do modelo comportamental do TOC e da técnica de exposição e prevenção de respostas.
- Tarefas para casa: monitoramento dos comportamentos desadaptativos dos familiares na relação interpessoal com o adolescente.
- Avaliação da sessão pelos participantes.

A terapia comportamental

A TCC em grupo se baseia na teoria comportamental e cognitiva do TOC. Na sessão de hoje, tomaremos contato com a teoria comportamental do TOC, que serve de base para algumas das técnicas utilizadas no tratamento dos seus sintomas, desenvolvidas especialmente na Inglaterra durante a década de 70 e

divulgadas mais intensamente na década de 80 (Marks *et al.*, 1975). Essas técnicas, junto com os medicamentos, são consideradas os tratamentos de primeira escolha para o TOC na atualidade. De forma resumida esta teoria considera que os medos são aprendidos ao longo da vida. Para desaprendê-los, o indivíduo é solicitado a se expor de forma gradual (exposição) às situações que os provocam, e a abster-se de executar os rituais quando sentir necessidade (prevenção da resposta). Além disso, existem recursos (técnicas cognitivas) para corrigir pensamentos e crenças distorcidas – eles serão aprendidos nas próximas sessões.

A teoria comportamental

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

Como as obsessões e compulsões são aprendidas

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

Resumo da teoria e alguns termos importantes

- Condicionamento: Por alguma razão desconhecida, em indivíduos predispostos, em determinado momento, objetos ou situações que normalmente não provocam nenhum medo (neutros), como banheiros,
-

corrimãos, facas, números, cores ou até mesmo pensamentos, passam a representar uma provocação (ficam associados a medos).

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

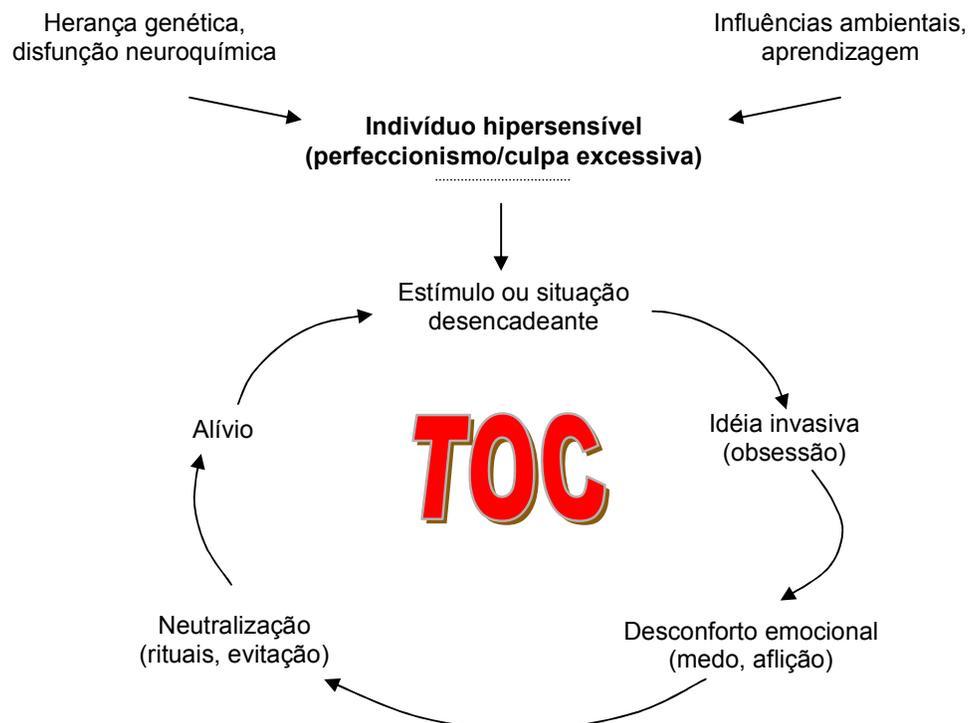


Figura 1 - Como o TOC é mantido, de acordo com o modelo comportamen

Fundamentos da terapia comportamental

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

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

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

Habituação

A terapia comportamental se baseia no fenômeno da habituação, ou seja, a ansiedade e, conseqüentemente, os sintomas físicos e psicológicos que o indivíduo sente (taquicardia, suor nas mãos, falta de ar, medo de perder o controle, apreensão) desaparecem espontaneamente (num período entre 15 minutos e 3 horas) sempre que o indivíduo se expõe de forma prolongada ou repetida a situações ou objetos que provocam medos (Hogdson & Rachman, 1972; Roper *et al.*, 1973; Rachman *et al.*, 1976). Além disso, o desaparecimento é mais rápido caso a exposição seja repetida. A cada exposição, a intensidade e a duração dos sintomas são menores. E, por mais intensa que seja a aflição, ela desaparece com o

passar do tempo. Muitos pacientes temem o aumento inicial da ansiedade, mas a experiência tem demonstrado que ela não apresenta nenhum risco de enfarte, descontrole emocional, loucura ou de se tornar eterna, especialmente se os enfrentamentos forem graduais. O desaparecimento dos sintomas físicos e da ansiedade ocorre durante o exercício (habituação durante a sessão) e no intervalo entre as exposições (habituação entre as sessões).

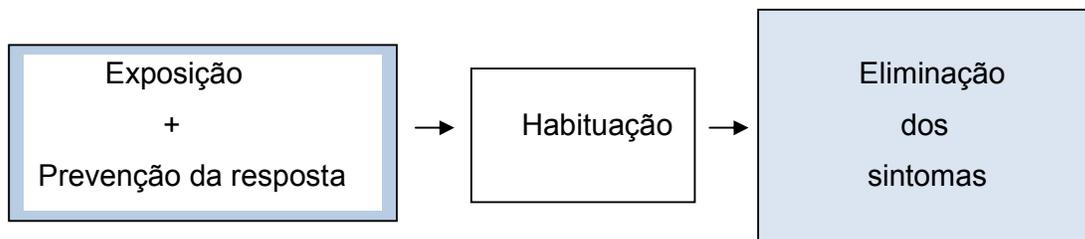
Exposição

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

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

Prevenção da resposta

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



Tarefas para casa

1) Faça um monitoramento diário dos comportamentos desadaptativos apresentados na relação com o paciente:

Situação 1: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 2: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 3: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 4: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 5: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 6: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 7: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 8: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Avaliação da sessão pelos participantes

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

SESSÃO 6 – Como posso ajudar meu filho?

Agenda

- Revisão da sessão anterior e das tarefas de casa: esclarecimento de dúvidas.
- Discussão acerca da importância de se desenvolver comportamentos de apoio aos exercícios de exposição e prevenção de respostas e treino de estratégias para evitação de participação nos rituais.
- Tarefas para casa: combinar com o adolescente estratégias para apoio aos seus exercícios de exposição e prevenção de respostas.
- Avaliação da sessão pelos participantes.

Tarefas para casa

1) Faça um monitoramento diário das atitudes de apoio aos exercícios de exposição e prevenção de respostas do paciente:

Situação 1: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 2: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 3: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 4: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 5: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 6: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 7: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 8: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Avaliação da sessão pelos participantes

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

SESSÃO 7 – A importância dos pensamentos

Agenda

- Revisão da sessão anterior e das tarefas de casa: esclarecimento de dúvidas.
- Informações acerca do modelo cognitivo do TOC.
- Tarefas para casa: monitoramento dos comportamentos desadaptativos dos familiares na relação interpessoal com o adolescente.
- Avaliação da sessão pelos participantes.

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

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

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

Os portadores do TOC têm uma série de convicções ou crenças distorcidas, que interferem na forma de eles perceberem, avaliarem e interpretarem a realidade. Por exemplo, o fato de a mente ser invadida por um pensamento ruim ou agressivo é interpretado como uma prova de que existe um risco de a pessoa cometer o que passou pela cabeça, e que, portanto, ela deve tomar todas as precauções para que o fato não ocorra. Exemplos: “Se me vem o pensamento de esfaquear meu marido, de quem eu gosto muito, devo esconder todas as facas que tenho em casa e, em hipótese alguma, estar com uma faca na mão quando ele estiver na minha presença”, ou “Posso ser um molestatador de crianças porque eventualmente me vêm esses pensamentos na cabeça”, ou ainda “Se eu não lavar as mãos toda vez que chego da rua, posso trazer doenças para dentro de casa”. Assim como

exemplos, outras crenças ou convicções, às vezes muito rígidas quanto ao conteúdo e à necessidade de neutralizar os medos, aumentam a intensidade e a frequência das obsessões, bem como a necessidade de realizar rituais, evitar objetos ou situações, afastar pensamentos indesejáveis. Tais crenças ou convicções, quando muito intensas ou rígidas, dificultam a realização das tarefas de exposição e prevenção da resposta. Este é um dos problemas da terapia comportamental do TOC.

Crenças disfuncionais

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

Pensamentos automáticos ou pensamentos intrusivos

- São pensamentos rápidos e involuntários que passam pela cabeça do portador de TOC, particularmente nos momentos em que emoções (medo, raiva, tristeza) são ativadas por qualquer motivo.
 - Estão presentes junto com o fluxo normal do pensamento.
 - Surgem espontaneamente, não resultam de reflexão ou vontade.
 - Em geral, estão associados a emoções ou imagens;
 - São, em geral, fugazes: interrompem o pensamento e desaparecem sem que a pessoa perceba, assim como a emoção que os acompanha.
 - Assumem a forma verbal de uma frase abreviada (telegráfica), que o indivíduo diz para si mesmo.
-

- Parecem plausíveis ou razoáveis e, em geral, são consistentes com o sistema de crenças do indivíduo.
 - Geralmente são aceitos como verdadeiros, sem questionamento ou avaliação.
 - O paciente percebe mais facilmente a emoção associada do que o pensamento que a produz.
 - Nos transtornos mentais como o TOC em geral são distorcidos, revelando uma avaliação negativa ou catastrófica de situações, emoções, sensações fisiológicas, apesar de evidências objetivas em contrário.
 - Geralmente não têm nenhuma utilidade; podem, entretanto, estimular a criatividade ou dar origem à aflição.
 - São previsíveis em função das crenças dominantes.
 - Pode-se aprender a avaliá-los quanto à sua validade e utilidade.
 - Responder racionalmente, e não emocionalmente, aos pensamentos automáticos produz mudanças positivas no afeto (Beck, 1976; Beck *et al.*, 1985).
 - Exemplos de pensamentos automáticos no TOC: “Vou ter câncer”, “Meu filho pode morrer”, “Posso contrair doenças”, “Vou enlouquecer”, “Isto pode dar azar”, “Fracassei”, “Jamais vou conseguir”, “Vou ter um enfarte”, “Esta aflição jamais vai acabar”, “Não tenho capacidade para suportar esta aflição: ela vai me enlouquecer”, “Não vou conseguir controlar meus pensamentos e vou dizer coisas horríveis”, “É impossível interromper os pensamentos no meio”, “A responsabilidade/culpa é toda minha”, “É imperdoável falhar”, “Não posso falhar nunca”, “Ninguém vai me perdoar”, etc.
 - Obsessões são pensamentos invasivos que persistem na mente do portador de TOC devido ao significado que a pessoa dá eles, e que aparece sob as forma de pensamentos automáticos negativos ou catastróficos (por exemplo: “Se eu tenho este pensamento agressivo é porque posso cometê-lo; isso significa que sou uma pessoa má”, “Posso ir para o inferno porque não consigo afastar esses pensamentos blasfemos”, “Devo ter um desvio no meu caráter para ter esses pensamentos obscenos”, etc.) (Rachman, 1997; Rachman, 1998).
 - Os pensamentos automáticos influenciam não só na resposta emocional, mas também as respostas comportamentais e fisiológicas.
-

- A percepção da situação e a interpretação do significado dos pensamentos invasivos persistentes (obsessões) e dos pensamentos automáticos são influenciadas pelas crenças ou sistemas de crenças do indivíduo.

A teoria cognitiva do TOC

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

- Indivíduos sensíveis, em função de crenças adquiridas ao longo da vida, diante de determinadas situações, têm pensamentos que invadem a mente contra a vontade (obsessões) envolvendo a avaliação exagerada do risco e da responsabilidade em prevenir ou causar dano aos outros.
- A presença destes pensamentos é avaliada ou interpretada de forma negativa ou catastrófica: como indicativa da possibilidade de causar dano a outros ou a si mesmo, ou como sendo responsável por preveni-lo, etc.
- Tal avaliação se expressa sob a forma de pensamentos automáticos negativos ou catastróficos.
- Surgem afetos negativos (aflição, medo, culpa, depressão), e o paciente é compelido a fazer algo para se livrar da aflição ou para prevenir o que teme acontecer.
- A ansiedade é neutralizada pela realização de atos compulsivos, evitações, rituais mentais (contagens, rezas) ou ações menos estruturadas: falar consigo mesmo, distrair-se, não pensar, prestar mais atenção, aumentar a vigilância sobre os pensamentos, repetir, perguntar, verificar.
- Tais manobras impedem a exposição prolongada, o desaparecimento natural dos medos (habituação) e perpetuam o TOC (Rachman *et al.*, 1978; Rachman, 1997; Rachman, 1998; Salkovskis, 1985, 1989, 1999; Salkovskis *et al.*, 1998). Ver esquema na figura 2.

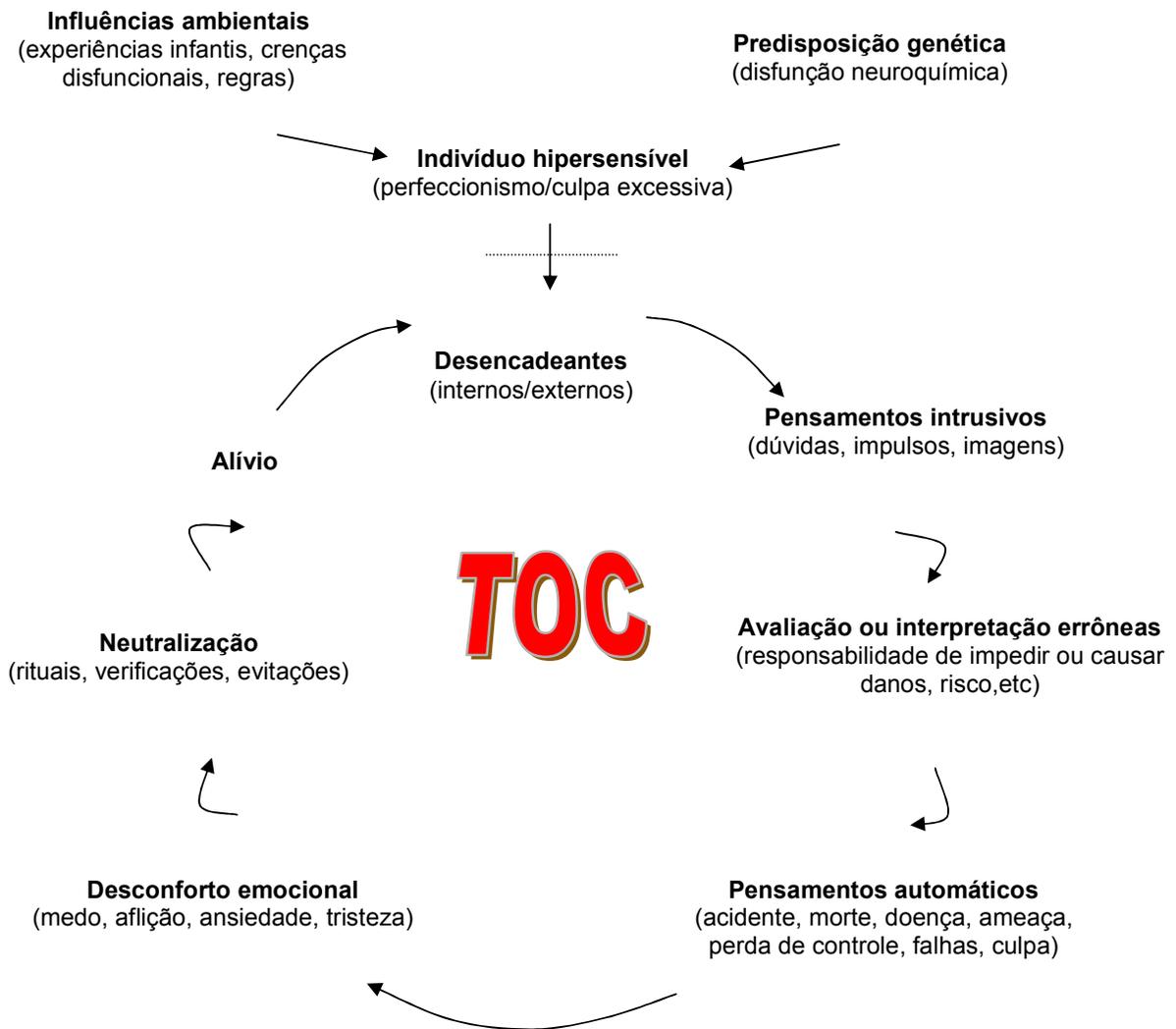


Figura 2 - Distorções cognitivas ajudam a manter o TOC
 (adaptado de Salkovskis (1985, 1989; Rachman;1997
 e 1998; Freeston *et al.*;1997).

Tarefas para casa

1) Faça um monitoramento diário das atitudes de apoio aos exercícios de exposição e prevenção de respostas do paciente:

Situação 1: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 2: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 3: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 4: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 5: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 6: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

SESSÃO 8 – Crenças distorcidas no TOC

Agenda

- Revisão da sessão anterior.
- Retomada da tarefa de casa.
- Apresentação e discussão com o grupo das crenças distorcidas dos portadores de TOC.
- Tarefas para casa: implementação das estratégias adaptativas.
- Avaliação da sessão pelos participantes.

Crenças distorcidas no TOC

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

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

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

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

Tarefas para casa

1) Faça um monitoramento diário das atitudes de apoio aos exercícios de exposição e prevenção de respostas do paciente:

Situação 1: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 2: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 3: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 4: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 5: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 6: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 7: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 8: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Avaliação da sessão pelos participantes

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

SESSÃO 9 – Aprendendo a desafiar os pensamentos

Agenda

- Revisão da sessão anterior.
- Retomada da tarefa de casa.
- Aprendizagem e utilização de técnicas cognitivas para correção das crenças distorcidas.
- Tarefas para casa: implementação das estratégias adaptativas.
- Avaliação da sessão pelos participantes.

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

- questionamento socrático;
- técnica das duas alternativas;
- experimentos comportamentais;
- lembretes.

Questionamento socrático

O nome desta técnica é uma homenagem ao filósofo grego Sócrates (470-399 a.C.), que punha em dúvida crenças arraigadas dos seus contemporâneos, tendo sido acusado de corruptor da juventude e condenado à morte por este motivo. S tornou-se famoso pelo seu lema, “Conhece-te a ti mesmo”.

O questionamento é feito em relação às obsessões, pensamentos automáticos e crenças que são ativados por determinadas situações ou objetos usualmente seguidos da necessidade de executar algum ritual.

Exercício com o questionamento socrático

No momento em que perceber que o adolescente envolve-se em alguma obsessão ou compulsão você pode propor a ele esses questionamentos:

- Que pensamentos passaram ou estão passando em sua cabeça?
- Que evidências você tem de que esse pensamento tem fundamento?
- Quais são as evidências contrárias?
- Existe uma explicação alternativa?
- Quanto (em %) você acredita nos seus pensamentos ou medos e quanto você não acredita?
- Quais as chances (de 0 a 100%) de que, compulsivamente ou ritualizando você evita que aconteça o que você teme?
- O que você imagina que vá acontecer se você fizer o que está evitando ou não fizer as verificações?
- O que de fato irá acontecer?
- Seus medos são baseados em alguma prova real ou são devidos ao TOC? O que é mais provável?
- O que _____ (pessoa conhecida) diria sobre seus medos?
- Como a maioria das pessoas se comporta em situações semelhantes?
- Qual a crença subjacente ao seu pensamento automático?

Técnica das duas alternativas (ou do pensamento alternativo)

Uma forma mais simples de realizar o questionamento socrático é através da chamada técnica das duas alternativas (Salkovskis *et al.*, 1998).

Você pode sugerir ao paciente duas teorias alternativas para explicar o que acontece com ele, como nos exemplos abaixo:

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

E, então perguntar a ele qual dessas duas alternativas é a mais provável.

Experimentos comportamentais

Encoraje o adolescente a se envolver em comportamentos desafiadores ao TOC e lembre-se de acompanhá-lo ao longo desse experimento e principalmente discutir com ele os resultados obtidos ao final do mesmo. Abaixo estão algumas sugestões de exercícios:

- 1) Revisar uma única vez o trabalho escrito para a faculdade, ou a carta/ofício que escreveu e ver o que acontece (vai tirar uma nota ruim, rodar, etc.)
- 2) Não fechar o registro do gás, não retirar os aparelhos elétricos das tomadas ao sair de casa (para testar a crença de que pode ocorrer um incêndio).
- 3) Não verificar as fechaduras depois de fechá-las. Depois, ao voltar, verificar se a porta ficou aberta.
- 4) Deixar uma torneira pingando durante duas horas para ver se sua casa vai ficar inundada.

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

Só é possível perder medos enfrentando-os.

Lembretes

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

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

Tarefas para casa

1) Faça um monitoramento diário das atitudes de apoio aos exercícios de exposição e prevenção de respostas do paciente:

Situação 1: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 2: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 3: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 4: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 5: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Situação 6: _____

Comportamento do paciente: _____

Comportamento do familiar: _____

Pessoas envolvidas: _____

Avaliação da sessão pelos participantes

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

SESSÃO 10 – Relembrando estratégias adaptativas

Agenda

- Revisão da sessão anterior.
 - Retomada da tarefa de casa.
 - Levantar junto aos participantes as estratégias que se mostraram importantes no auxílio das dificuldades do adolescente.
 - Tarefas para casa: implementação das estratégias adaptativas.
 - Avaliação da sessão pelos participantes.
-

Dessa forma, a família pode novamente assumir um papel de extrema importância, encorajando o adolescente a se envolver nos comportamentos adaptativos discutidos e treinados ao longo do programa da terapia.

SESSÃO 12: Apoiando a prevenção de recaída

Agenda

- Revisão da sessão anterior.
- Avaliação do programa e reforço das estratégias de prevenção de recaída.

Quatro regras de ouro – lembre aos pacientes

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

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

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

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

Lembretes – lembre aos pacientes

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

passará!

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

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

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

Orientação Importante

Como discutido a família pode funcionar como excelente colaborador no processo de melhora do paciente, auxiliando a enfrentar suas dificuldades. Porém, é de importância extrema que o paciente seja respeitado na escolha de suas tarefas de enfrentamento. Nessa situação a família deverá encorajá-lo e principalmente apoiá-lo para que suporte o possível aumento de ansiedade.

Grupos de Apoio

A ASTOC/PE reúne-se sempre na primeira sexta-feira de cada mês, a partir das 17 horas no Auditório do Hospital Universitário Oswaldo Cruz e oferece excelente apoio aos familiares e Portadores do Transtorno Obsessivo Compulsivo.

A participação de todos é importante para o fortalecimento da associação.

ANEXOS

ANEXO A – CARTA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / HUOC

**ANEXO B – CONSÓRCIO BRASILEIRO
DE PESQUISA DAS DOENÇAS
DO ESPECTRO OBSESSIVO-COMPULSIVO**

O C-TOC foi criado em 2003, tendo como objetivo principal desenvolver projetos de pesquisa de forma sistemática na área dos transtornos do espectro obsessivo-compulsivo (TEOC), de maneira colaborativa, entre centros de excelência em diferentes estados do Brasil, incluindo grupos da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Universidade Federal do Rio do Grande do Sul (UFRGS), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade Estadual Paulista (UNESP), Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP) e Universidade de São Paulo (USP).

Para alcançar este objetivo o C-TOC pretende:

(1) coletar de forma sistematizada e abrangente dados referentes a pacientes com TOC, a fim de reunir números amostrais de relevância estatística;

(2) incentivar o desenvolvimento de grupos de pesquisas de excelência em diversos centros do país;

(3) compartilhar informações entre estes diferentes centros, estabelecendo um intercâmbio contínuo e eficiente entre os mesmos, e um melhor patamar de capacitação técnica no país com um todo;

(4) promover o treinamento em pesquisa de graduandos e pós-graduandos de diversos centros brasileiros;

(5) difundir novos conhecimentos que possam permitir o alívio do sofrimento de pacientes portadores de TEOC em prazo mais rápido. Sendo o nosso grupo na Universidade de São Paulo aquele mais maduro cientificamente, teremos um importante papel de liderança dentro deste consórcio.

O projeto atual tem como objetivo investigar possíveis fatores preditivos de resposta ao tratamento farmacológico de pacientes com TOC no curto prazo, usando inibidores da recaptação de serotonina (clomipramina ou inibidores seletivos da recaptação de serotonina).

Os fatores a serem investigados são:

- idade de início dos SOC; sexo; dimensões de SOC;
 - presença de comorbidades psiquiátricas;
 - presença e gravidade de tiques;
 - presença e gravidade de fenômenos sensoriais;
 - e nível de acomodação familiar.
-



CENTROS

- 01 – HC FMUSP
- 02 – UNIFESP
- 03 – UNESP
- 04 – UFRJ
- 05 – UFBA
- 06 – UPE
- 07 – UFRGS
- 08 – FCMPA

ANEXO C – MANUAL DA TERAPIA COGNITIVO- COMPORTAMENTAL EM GRUPO – TCCG

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO – UPE
HOSPITAL OSVALDO CRUZ – HUOC
Serviço de Psiquiatria
Programa Transtornos Obsessivo Compulsivo – PROTOC

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

MANUAL DA TERAPIA

Abril, 2007.

INFORMAÇÕES GERAIS

- 1. Horário e local das reuniões:** As reuniões do Grupo de Terapia Cognitivo-Comportamental para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) são realizadas na **Auditório, do Hospital Osvaldo Cruz.**
- 2. Número de sessões:** Haverá um total de 12 sessões, sendo uma sessão por semana.
- 3. Marcação das consultas:** **Para confirmar as sessões também liguem para o consultório de Luciana Gropo, falar com Tercina, 3083-4954.**
- 4. Faltas e atrasos:** Procure não faltar. Contudo, se houver necessidade, avise com antecedência sempre que possível, ligando para o número **3076-1188** e deixando recado com as secretárias **ou, se preferir, ligue para as pesquisadoras Elenita Domingues – Fone: (81) 3076-1188 ou Anna Guerra (81) 8804-8099.** Serão desligados do grupo os pacientes que tiverem duas faltas consecutivas sem notificação prévia. Procure sempre chegar no horário, mas não deixe de comparecer por motivo de atraso. Por fim, se houver a necessidade de entrar em contato com a equipe por algum motivo, ligue para os referidos números e deixe o número do seu telefone para que a equipe possa contatá-lo se for preciso ou conveniente.
- 5. Interrupção do tratamento:** Os pacientes que não estiverem se sentindo bem ou acreditarem que não estejam se beneficiando do tratamento têm liberdade, a qualquer momento, de solicitar seu desligamento do programa. Nesta eventualidade, solicitamos que os pacientes conversem com os coordenadores da pesquisa, explicando seus motivos.
- 6. Aplicação de escalas:** O grupo de tratamento para o TOC está inserido em uma pesquisa do Serviço de Psiquiatria. Com a finalidade de avaliar o andamento da terapia, pesquisadores do grupo de pesquisa irão contatar os pacientes para a aplicação de escalas. Tal aplicação toma em torno de 30 a 45 minutos por paciente.
- 7. Manual da Terapia:** Lembre-se de trazer seu Manual da Terapia para todas as sessões, pois ele serve também como um caderno de exercícios e registros a serem realizados durante as sessões ou em casa. Além disso, o Manual da Terapia contém um resumo dos temas a serem abordados em cada sessão.

7. Manual da Terapia:

APRESENTAÇÃO

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é uma doença bastante comum, acometendo aproximadamente um em cada 40 a 50 indivíduos durante a vida. É provável que, no Brasil, existam entre 3 a 4 milhões de pessoas com o TOC, e, no Rio Grande do Sul, em torno de 200.000. Muitas dessas pessoas têm uma vida gravemente comprometida pelos sintomas, mas nunca foram diagnosticadas, pela simples razão de que desconhecem o fato de que esses sintomas constituem, na realidade, uma doença, e não simples “manias”.

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

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

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

As causas do TOC

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

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

Tratamentos para o TOC

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

A terapia cognitivo-comportamental (TCC)

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

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

TCC em grupo

A TCC pode ser realizada sob a forma de tratamento individual (no consultório) ou em grupo. Esta última forma é igualmente efetiva e proporciona a oportunidade de tratamento para um número maior de pacientes. Oferece, ainda, algumas vantagens adicionais em relação ao tratamento individual, como:

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

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

As etapas da terapia cognitivo-comportamental em grupo

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

SEQÜÊNCIA DAS SESSÖES

- **Sessão 1 – Identificando os Sintomas do TOC** – Sessão conjunta com familiares. Apresentação dos participantes. Informações psicoeducativas: o que é o TOC, quais seus sintomas, suas causas e o impacto na vida pessoal e familiar. Treino na identificação dos sintomas: obsessões, compulsões, compulsões mentais e comportamentos associados (evitação).
- **Sessões 2 e 3 – As Causas do TOC e o Modelo Comportamental e a Terapia de Exposição e Prevenção a Rituais** – Familiarização com o modelo comportamental do TOC, com as técnicas de exposição e prevenção a rituais e com técnicas especiais para o tratamento de obsessões. Elaboração da lista de sintomas e sua graduação de acordo com a aflição que provocam. Aprendizagem e uso das técnicas de exposição e prevenção a rituais no grupo e nos intervalos entre as sessões.
- **Sessão 4 – Pensamentos e Crenças Distorcidas no TOC** – Familiarização com o modelo cognitivo e com as técnicas cognitivas de correção de pensamentos automáticos e crenças distorcidas típicas do TOC. Continuação dos exercícios de exposição e prevenção a rituais.
- **Sessão 5 – Excesso de Risco e Responsabilidade** – Aprendizagem e utilização de técnicas cognitivas de correção de crenças distorcidas: avaliação excessiva do risco e da responsabilidade. Continuação dos exercícios de exposição e prevenção a rituais.
- **Sessão 6 – Exagerar a Importância dos Pensamentos** – Aprendizagem e utilização de técnicas cognitivas de correção de crenças distorcidas: avaliação excessiva do poder do pensamento e da necessidade de controlá-lo. Continuação dos exercícios de exposição e prevenção a rituais.
- **Sessão 7 – Necessidade de Ter Certeza e Perfeccionismo** – Continuação das tarefas de exposição e prevenção a rituais e de correção de pensamentos disfuncionais: necessidade de ter certeza e perfeccionismo.
- **Sessão 8 – O TOC e a Família** – Sessão conjunta com os familiares. O TOC e a família. Continuação dos exercícios de exposição e prevenção a rituais.
- **Sessões 9, 10 e 11 – Continuando o Tratamento, Prevenção de Recaídas e Reforços** – Revisão de tópicos abordados em sessões anteriores, das tarefas de casa e dos registros de automonitoramento. Reforço da prática de estratégias cognitivas e de exposição e prevenção a rituais. Estratégias de prevenção de recaídas.
- **Sessão 12 – Avaliação da Terapia** – Avaliação do tratamento e reforço em estratégias de prevenção de recaídas. Recursos da comunidade. Combinação de encontros futuros.

Ao longo das sessões, sempre haverá explicações por parte do terapeuta sobre aspectos do TOC e oportunidades para esclarecer dúvidas. Fazem parte deste método de tratamento tarefas e exercícios para serem feitos em casa, que são prescritos ao final de cada sessão a partir de sugestões do próprio paciente e dos demais participantes e relatados no início da sessão seguinte. As metas e exercícios de cada semana são registrados no *Manual da Terapia*, onde existem espaços apropriados para listas, resumos das explicações, gráficos, escalas de sintomas, etc. Por fim, talvez o aspecto mais importante do tratamento seja o clima de incentivo, amizade e descontração que acaba se estabelecendo entre os participantes do grupo, o que resulta em estímulo para a realização dos exercícios e tarefas necessários para a superação das dificuldades, capacidade de suportar um certo aumento da aflição e o posterior alívio dos sintomas dos quais o paciente se tornou prisioneiro.

Participação da família

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

Anexos

- Lista de Sintomas
 - Lista Yale-Brown de Obsessões e Compulsões
 - Lista de Comportamentos Evitativos
 - Escala Y-Bocs
-

Lista Yale-Brown de Obsessões e Compulsões (Y-BOCS checklist)

Assinale com um X os sintomas que você apresentou no passado ou apresenta no presente. Sublinhe aqueles que você considera de fato sintomas do TOC. Os itens assinalados com * podem não ser sintomas do TOC.

OBSESSÕES**A. Obsessões de conteúdo agressivo**

Passado	Presente	
___	___	Medo de poder se ferir
___	___	Medo de poder ferir os outros
___	___	Imagens violentas ou horríveis
___	___	Medo de falar obscenidades ou insultar outras pessoas
___	___	Medo de fazer coisas que causem embaraço*
___	___	Medo de por em prática impulsos indesejáveis (por exemplo, ferir amigos)
___	___	Medo de roubar coisas
___	___	Medo de ferir outros por não ter sido suficientemente cuidadoso
___	___	Medo de ser responsabilizado por algum acontecimento terrível (incêndio, assalto)

Outro: _____

B. Obsessões com contaminação

Passado	Presente	
___	___	Preocupação ou aversão a resíduos ou secreções corporais (urina, fezes, saliva)
___	___	Preocupação com sujeira ou germes
___	___	Preocupação excessiva com contaminantes ambientais (radiação, asbesto, lixo tóxico)
___	___	Preocupação excessiva com itens de limpeza do lar (detergentes, solventes)
___	___	Preocupação excessiva com animais (insetos)
___	___	Preocupação de que possa ficar doente por causa do contato com substâncias ou resíduos
___	___	Preocupação de que outros possam ficar doentes em razão de disseminação de contaminantes
___	___	Nenhuma outra preocupação com contaminantes além de como irá se sentir
___	___	Desconforto com substâncias viscosas ou resíduos

Outro: _____

C. Obsessões com conteúdo sexual

Passado	Presente	
___	___	Pensamentos, imagens ou impulsos sexuais perversos ou proibidos
___	___	Pensamentos, imagens ou impulsos sexuais envolvendo crianças ou incesto
___	___	Envolvendo homossexualidade*
___	___	Comportamento sexual em relação a outros (agressivo)*

Outro: _____

D. Obsessões de armazenagem/poupança

Colecionar, guardar objetos inúteis (diferente de *hobbies* ou de preocupação com objetos de valor sentimental ou monetário). Descrever: _____

E. Obsessões religiosas: (escrupulosidade)

Passado Presente

___ ___ Preocupação excessiva com blasfêmias ou sacrilégios
 ___ ___ Excesso de preocupação com certo/errado, ou moralidade

Outro: _____

F. Obsessões de simetria, exatidão ou alinhamento

Passado Presente

___ ___ Acompanhadas por pensamentos mágicos (preocupação com a possibilidade de que a mãe sofra um acidente a menos que as coisas estejam no local exato)
 ___ ___ Não acompanhadas por pensamentos mágicos

G. Obsessões diversas

Passado Presente

___ ___ Necessidade de saber ou lembrar
 ___ ___ Medo de dizer certas coisas ou palavras
 ___ ___ Medo de não dizer a coisa da maneira exata ou correta
 ___ ___ Medo de perder coisas
 ___ ___ Imagens intrusivas (não-violentas)
 ___ ___ Sons, palavras ou músicas intrusivas sem sentido
 ___ ___ Incomodação por certos sons/barulhos*
 ___ ___ Preocupação excessiva com números de azar ou sorte
 ___ ___ Preocupação excessiva com cores (significado especial)
 ___ ___ Medos supersticiosos

Outro: _____

H. Obsessões somáticas

Passado Presente

___ ___ Preocupação excessiva com doenças*
 ___ ___ Preocupação excessiva com partes do corpo ou com aparência (dismorfofobia)*

Outro: _____

COMPULSÕES**A. Compulsões por limpeza/lavagem**

Passado Presente

___ ___ Lavagem excessiva ou ritualizada das mãos
 ___ ___ Banho, escovação de dentes, arrumação ou rotinas de higiene excessivas ou ritualizadas

___ ___ Envolvimento excessivo com itens de limpeza da casa ou objetos (talheres, móveis, etc.)
 ___ ___ Outras medidas para prevenir ou evitar contato com contaminantes.
 Descrever: _____

B. Compulsões de verificação ou controle

Passado Presente
 ___ ___ Verificar fechaduras, fogão, utensílios, etc.
 ___ ___ Verificar se não feriu ou irá ferir os outros
 ___ ___ Verificar se não se feriu ou se não irá se ferir
 ___ ___ Verificar se nada de terrível aconteceu ou vai acontecer
 ___ ___ Verificar se não cometeu nenhum erro
 ___ ___ Verificações ligadas a obsessões somáticas

Outro: _____

C. Repetições

Passado Presente
 ___ ___ Rer ler ou reescrever repetidamente parágrafos, páginas
 ___ ___ Necessidade de repetir atividades rotineiras (sair/entrar pela porta, sentar/levantar da cadeira)

Outro: _____

D. Compulsões de contagem

Passado Presente
 ___ ___ Descrever: _____

E. Compulsões por ordem/arranjos/seqüências

Passado Presente
 ___ ___ Necessidade de simetria, seqüência, ou alinhamento

Outro: _____

F. Compulsões por armazenar/coleccionar

Essas compulsões devem ser distinguidas de *hobbies* e preocupações com objetos de valor monetário ou sentimental (por exemplo, ler cuidadosamente correspondência inútil, empilhar jornais velhos, preocupação com lixo, colecionar objetos inúteis).

Passado Presente
 ___ ___ Descrever: _____

G. Compulsões diversas

Passado Presente
 ___ ___ Rituais mentais (outros além de contar/verificar mentalmente)
 ___ ___ Fazer listagens excessivas
 ___ ___ Necessidade de perguntar, contar ou confessar
 ___ ___ Necessidade de tocar, bater de leve ou roçar em objetos*
 ___ ___ Rituais envolvendo piscar ou olhar fixamente*
 ___ ___ Medidas para evitar se ferir (), ferir aos outros () ou evitar conseqüências desastrosas ou ruins ().

___	___	Comportamentos ritualizados para comer*
___	___	Comportamentos supersticiosos
___	___	Tricotilomania (arrancar cabelos)*
___	___	Outros comportamentos automutilantes como beliscar-se ou picar-se*

Bibliografia

Jenike MA, Baer L, Minichiello WE. *Obsessive-compulsive disorders: theory and management*. Chicago: Year Book Medical Publ. Inc., 2. ed., 1990, p.411

Lista de comportamentos evitativos – Aristides V. Cordioli

Faça um X na respectiva coluna caso você tenha evitado no passado ou evita no presente o comportamento descrito.

Passado	Presente	
___	___	Tocar em objetos que contenham pó
___	___	Apertar as mãos de outras pessoas
___	___	Tocar em maçanetas de portas de lugares públicos
___	___	Tocar em torneiras de banheiros públicos
___	___	Tocar com a mão na tampa do vaso do banheiro
___	___	Tocar em dinheiro e não lavar as mãos depois
___	___	Usar banheiros públicos
___	___	Usar banheiro coletivo sem cobrir com papel
___	___	Usar o sabonete usado por outras pessoas
___	___	Usar a toalha ou lençóis usados por outros membros da família
___	___	Dormir em hotéis ou motéis sem verificar ou trocar a roupa de cama
___	___	Sentar-se em sofás, camas, cadeiras ao chegar da rua sem antes trocar de roupa ou sem cobri-las com algum tecido, lençol, colcha, etc.
___	___	Jantar num restaurante sem verificar se a louça está limpa
___	___	Usar a louça sem antes lavar
___	___	Tocar em carne ou pegar alimentos com a mão
___	___	Tocar em substâncias viscosas (colas, geléias, gelatinas, urina, sêmen, sangue, etc.) sem lavar de imediato as mãos
___	___	Tocar em animais domésticos (cães, gatos)
___	___	Tocar em madeira ou em algum outro objeto. Qual? _____
___	___	Sentar em bancos de praças ou outros lugares públicos
___	___	Tocar no corrimão de ônibus ou escadas públicas
___	___	Tocar na sola dos sapatos sem lavar as mãos imediatamente
___	___	Entrar em casa com sapatos ou roupas usadas na rua
___	___	Andar em lugares considerados contaminados (ruas, praças ou hospitais)
___	___	Usar roupas, objetos pessoais considerados contaminados (bolsas, carteiras)
___	___	Tocar em móveis ou objetos considerados contaminados
___	___	Usar aparelhos considerados contaminados (aspirador, secador, etc.)
___	___	Dizer ou escrever uma determinada palavra ou cantar uma música
___	___	Iniciar qualquer atividade sem executar um ritual mental
___	___	Usar roupas ou objetos de determinadas cores

- | | | |
|-----|-----|--|
| ___ | ___ | Usar certas roupas ou objetos em determinados dias da semana ou do mês |
| ___ | ___ | Realizar certas tarefas em determinados dias da semana ou do mês |
| ___ | ___ | Deixar coisas em desalinho ou fora do lugar |
| ___ | ___ | Assistir filmes que contenham imagens violentas |
| ___ | ___ | Assistir a cenas na televisão ou em filmes nas quais apareçam certos animais (cabras, ratos) ou insetos (baratas, mosquitos) |

Outras evitações que não constam da lista: _____

Escala Y-BOCS

1. Tempo ocupado pelos sintomas obsessivo-compulsivos

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

- 0 **Nenhum**
- 1 **Leve:** menos de uma hora/dia ou instruções ocasionais
- 2 **Moderado:** uma a três horas/dia ou intrusões freqüentes
- 3 **Grave:** mais de três horas e até oito horas/dia ou intrusões muito freqüentes
- 4 **Muito grave:** mais de oito horas/dia ou intrusões quase constantes

2. Interferência provocada pelos pensamentos obsessivos

P. Até que ponto seus pensamentos obsessivos interferem com sua vida social ou profissional?

- 0 **Nenhuma interferência**
- 1 **Leve:** leve interferência nas atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho global não é deteriorado
- 2 **Moderada:** clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar
- 3 **Grave:** provoca deterioração considerável no desempenho social ou ocupacional
- 4 **Muito grave:** incapacitante

3. Sofrimento relacionado aos pensamentos obsessivos

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

- 0 **Nenhuma perturbação**
- 1 **Leve:** muito pouca
- 2 **Moderado:** perturbador, mais ainda controlável
- 3 **Grave:** muito perturbador
- 4 **Muito grave:** mal-estar quase constante e incapacitante.

4. Resistência às obsessões

P. Até que ponto se esforça para resistir aos pensamentos obsessivos? Com que frequência tenta não ligar ou distrair a atenção desses pensamentos quando eles entram na sua mente?

- 0 Faz sempre esforço para resistir, ou sintomas mínimos que não necessitam de resistência ativa
- 1 Tenta resistir na maior parte das vezes
- 2 Faz algum esforço para resistir
- 3 Cede a todas as obsessões sem tentar controlá-las, ainda que faça mas com alguma relutância
- 4 Cede completamente a todas as obsessões de modo voluntário

5. Grau de controle sobre os pensamentos obsessivos

P. Até que ponto consegue controlar seus pensamentos obsessivos? É, habitualmente, bem sucedido quando tenta afastar a atenção dos pensamentos obsessivos ou interrompê-los? Consegue afastá-los?

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

Escores das obsessões _____

6. Tempo gasto com comportamentos compulsivos

P. Quanto tempo gasta executando comportamentos compulsivos? Se compararmos com o tempo habitual que a maioria das pessoas necessita, quanto tempo a mais você usa para executar suas atividades rotineiras graças aos seus rituais?

- 0 **Nenhum**
- 1 **Leve:** passa menos de uma hora/dia fazendo compulsões, ou ocorrência ocasional de comportamentos compulsivos
- 2 **Moderado:** passa uma a três horas/dia fazendo compulsões, ou execução freqüente de comportamentos compulsivos
- 3 **Grave:** passa de três a oito horas/dia fazendo compulsões, ou execução muito freqüente de comportamentos compulsivos
- 4 **Muito grave:** passa mais de oito horas/dia fazendo compulsões, ou execução quase constante de comportamentos compulsivos demasiados numerosos para contar

7. Interferência provocada pelos comportamentos compulsivos

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

0 **Nenhuma interferência**

1 **Leve:** leve interferência nas atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho global não está deteriorado

2 **Moderada:** clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar

3 **Grave:** deterioração considerável no desempenho social ou ocupacional

4 **Muito grave:** incapacitante

8. Sofrimento relacionado ao comportamento compulsivo

P. Como você se sentiria se fosse impedido de realizar as suas compulsões? Até que ponto ficaria ansioso?

0 **Nenhum sofrimento**

1 **Algum:** ligeiramente ansioso se as compulsões fossem interrompidas, ou ligeiramente ansioso durante a sua execução

2 **Moderado:** a ansiedade sobe para um nível controlável se as compulsões forem interrompidas, ou ligeiramente ansioso durante a sua execução

3 **Grave:** aumento proeminente e muito perturbador da ansiedade se as compulsões forem interrompidas ou aumento proeminente e muito perturbador durante a sua execução

4 **Muito grave:** ansiedade incapacitadora para qualquer intervenção que possa modificar as compulsões, ou ansiedade incapacitante durante a execução das compulsões

9. Resistência contra compulsões

P. Até que ponto se esforça para resistir às compulsões?

0 Faz sempre esforço para resistir, ou sintomas mínimos que não necessitam de resistência ativa

1 Tenta resistir na maior parte das vezes

2 Faz algum esforço para resistir

3 Cede a quase todas as compulsões sem tentar controlá-las, ainda que faça com alguma relutância

4 Cede completamente a todas as compulsões de modo voluntário

10. Grau de controle sobre o comportamento compulsivo

P. Com que força se sente obrigado a executar comportamentos compulsivos? Até que ponto consegue controlar suas compulsões?

0 **Controle total**

1 **Bom controle:** sente-se pressionado para executar as compulsões, mas tem algum controle voluntário

2 **Controle moderado:** sente-se fortemente pressionado a executar as compulsões, e somente consegue controlá-las com dificuldade

- 3 **Controle leve:** pressão forte para executar as compulsões; o comportamento compulsivo tem que ser executado até o fim, e somente com dificuldade consegue retardar a execução das compulsões
- 4 **Nenhum controle:** a pressão para executar as compulsões é experimentada como completamente dominadora e involuntária; raramente capaz, mesmo que seja momentaneamente, de retardar a execução de compulsões

Escores de compulsões: _____

Escore Total: _____

Bibliografia

1. Goodman WK, Price LH, Rasmussen AS, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1006-11.
2. Escala traduzida por Asbahar, F.R.; Lotufo Neto F.; Turecki, G.X. e cols. In: Miguel, E.C. *Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1996, pp. 219-230.

SESSÃO 1 - IDENTIFICANDO OS SINTOMAS DO TOC

Agenda

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

Apresentação do projeto e dos participantes e entrega do material

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

Distribuição do *Manual da Terapia*

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

Identificando os sintomas do TOC

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

O que é TOC e quais são os seus sintomas

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

O que são obsessões?

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

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

O que são compulsões?

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

- Lavagem ou limpeza;
- Verificações ou controle;
- Repetições ou confirmações;
- Contagens;
- Ordem, arranjo, simetria, seqüência ou alinhamento;
- Acumular, guardar ou colecionar coisas inúteis;
- Compulsões mentais: rezar, repetir palavras, frases, números
- Diversas: tocar, olhar, bater de leve, confessar.

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

O que são compulsões mentais?

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

O que são evitações?

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

Neutralização

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

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

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

Informações adicionais

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

exagerado, convivendo com seus sintomas com naturalidade, mesmo que eles lhe tomem muito tempo.

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

Exercício prático: elaboração da lista de sintomas

Uma vez tendo compreendido o que é o TOC e quais são os seus sintomas, o passo seguinte da terapia de exposição e prevenção a rituais é a elaboração, pelo paciente, da lista dos seus sintomas. Essa tarefa é iniciada ainda durante a primeira sessão, mediante a leitura da *Lista Yale-Brown de Obsessões e Compulsões (Y-BOCS checklist)* e da *lista de evitações* (pág. 10 e 15) por um dos participantes. Após a leitura, o terapeuta abre espaço para o esclarecimento de dúvidas.

A *lista de sintomas* (pág. 9) deve ser preenchida em casa, no intervalo até a próxima sessão. É importante que ela contenha o máximo possível de detalhes, especificando locais, situações, objetos que desencadeiam obsessões ou levam à realização de rituais ou evitações, tempo despendido, além de número de vezes que um comportamento é repetido. A lista servirá de base para a TCC. É importante identificar as situações, objetos, locais ou pessoas que desencadeiam os sintomas referidos nos dois materiais lidos anteriormente. A seguir são apresentados alguns exemplos. *Obs.: Não preencher as colunas do grau de aflição, que serão preenchidas na próxima semana.*

Situações ou objetos que desencadeiam medo de sujeira ou contaminação

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

Situações ou objetos que desencadeiam medo de ferir os outros

- Ver facas ou tesouras na mesa;
- Segurar facas ou tesouras;
- Usar a faca de cozinha para cortar frutas ou vegetais;
- Ver uma faca grande ou punhal;
- Usar uma faca grande ou punhal;
- Abraçar ou segurar um familiar tendo uma faca na mão;
- Andar perto de uma janela ou sacada com outra pessoa;
- Segurar um filho perto de uma janela ou escada.

Situações ou objetos que desencadeiam dúvidas e necessidade de realizar verificações

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

Situações que desencadeiam medo de doenças

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

Tarefas para casa

- 1) Leia atentamente os itens *Informações gerais e Apresentação* do presente manual.
- 2) Leia o folheto *Transtorno obsessivo-compulsivo: perguntas e respostas* e anote suas dúvidas para que sejam discutidas na próxima sessão. Leituras adicionais: *Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo* do Dr. Aristides V. Cordioli editado pela Artmed de Porto Alegre e o site www.ufrgs.br/toc.
- 3) Releia cuidadosamente a *Y-BOCS checklist* e a lista de evitações e procure identificar comportamentos, preocupações excessivas, pensamentos, medos ou evitações que você considera como seus possíveis sintomas do TOC. Depois, transcreva-os para a lista de sintomas. Ao lado de cada sintoma, anote a letra “O” para obsessões, “C” para compulsões e “E” para evitações. Nas colunas da direita, anote o tempo que os sintomas tomam na sua rotina diária (em horas ou minutos) e o número de vezes que você os executa nos casos de rituais ou evitações. Exemplo: *Situação*: ao sair de casa; *Sintoma*: verificar a fechadura da porta (C); *Tempo (duração)*: 2 minutos; *Nº vezes*: 3. Anote suas dúvidas para discuti-las no grupo. Deixe a coluna *Grau de aflição* em branco, para ser preenchida na próxima semana. Se possível, peça a ajuda de um familiar próximo e traga a folha preenchida para a próxima sessão.

Avaliação da sessão pelos participantes

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

SESSÃO 2 – As causas do TOC e o modelo comportamental

Agenda

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

Revisão da sessão anterior

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

Sumário da explanação

As prováveis causas do TOC

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

Os fatores de ordem biológica

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

- Diminuição dos sintomas com o uso de medicamentos que elevam os níveis de serotonina no cérebro, ativando a chamada função serotoninérgica cerebral e os circuitos relacionados do cérebro.
 - Aumento do fluxo sanguíneo cerebral em certas regiões do cérebro de portadores do TOC: regiões órbito-frontais e nos núcleos da base. Esta alteração é observável em um exame chamado SPECT.
 - Aumento no metabolismo da glicose em certas regiões do cérebro (córtex frontal, giro cíngulo e núcleo caudado) em pacientes com TOC. Esta alteração é observável na tomografia por emissão de pósitrons (PET). Pacientes que responderam ao tratamento com terapia comportamental e medicamentos antiobsessivos tiveram uma redução do metabolismo da glicose nestas mesmas regiões.
-

- Sintomas obsessivo-compulsivos podem surgir após doenças ou problemas cerebrais, como encefalite, traumatismo cranianos, Coréia de Sydenham. O TOC é freqüentemente associado com uma doença neurológica chamada de transtorno de Gilles de la Tourette (ST), caracterizada por tiques motores e vocais.
- É possível alcançar a redução dos sintomas obsessivo-compulsivos através de neurocirurgia em pacientes refratários às demais terapias (cingulotomia ou leucotomia).
- Elevada incidência (em torno de 60%) de sintomas obsessivo-compulsivos, geralmente transitórios, durante infecções por estreptococo beta-hemolítico do grupo A ou durante episódios de febre reumática em crianças e adolescentes. Esta alteração provavelmente está relacionada a mecanismos de auto-imunidade.
- Maior incidência (cinco vezes mais) do transtorno em familiares de portadores do TOC, especialmente quando o início é precoce e associado a tiques, quando comparados à população em geral. Em gêmeos, aparentemente, a incidência é 20 a 40 vezes maior do que na população em geral.

Fatores psicológicos: aprendizagens e crenças errôneas

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

Existem também evidências de que no TOC são comuns pensamentos e crenças distorcidas como exagerar o risco de contrair doenças, de se contaminar, exagerar a responsabilidade que o indivíduo tem de provocar ou impedir que eventos ruins aconteçam (“Se meu carro for roubado e eu não tiver verificado se a porta estava bem fechada, a responsabilidade será toda minha”), com perfeccionismo (não posso falhar) ou a valorização extrema dos pensamentos e do controle (“Se eu tenho um pensamento ruim, posso praticá-lo!” ou “Pensar em algo ruim pode fazê-lo acontecer”), com a necessidade de ter certezas para não cometer falhas (“Se eu falhar, não irão me perdoar!”). Acredita-se que tais crenças contribuam para o surgimento e a manutenção do TOC. E trabalhos mais recentes têm demonstrado que a terapia cognitiva, ou seja, a correção de tais crenças e de pensamentos distorcidos, é efetiva na redução dos sintomas obsessivo-compulsivos.

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

A terapia comportamental

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

A teoria comportamental

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

Como as obsessões e compulsões são aprendidas.

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

Resumo da teoria e alguns termos importantes

- **Condicionamento:** Por alguma razão desconhecida, em indivíduos predispostos, em determinado momento, objetos ou situações que normalmente não provocam nenhum medo (neutros), como banheiros, corrimãos, facas, números, cores ou até mesmo pensamentos, passam a representar uma provocação (ficam associados a medos).
- **Generalização:** Os medos são estendidos a outras situações ou objetos próximos ou semelhantes, que até então eram neutros, pois não provocavam nenhuma reação.
- **Reforço:** O indivíduo descobre (aprende) que rituais, compulsões e evitações aliviam os medos, mesmo que apenas temporariamente, e passa, então, a repeti-los.
- **Manutenção dos sintomas:** Devido às repetições, o paciente perde a oportunidade de comprovar se seus temores são verdadeiros ou não; ele prefere continuar repetindo os rituais, perpetuando, desta forma o TOC.
- **Reforço das crenças erradas:** O alívio obtido com a realização dos rituais reforça a idéia (crença errônea) de que os medos podem ser verdadeiros e de que se deve, portanto, continuar repetindo-os (Mowrer, 1939; Salkovskis *et al.*, 1998; Salkovskis, 1999).

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

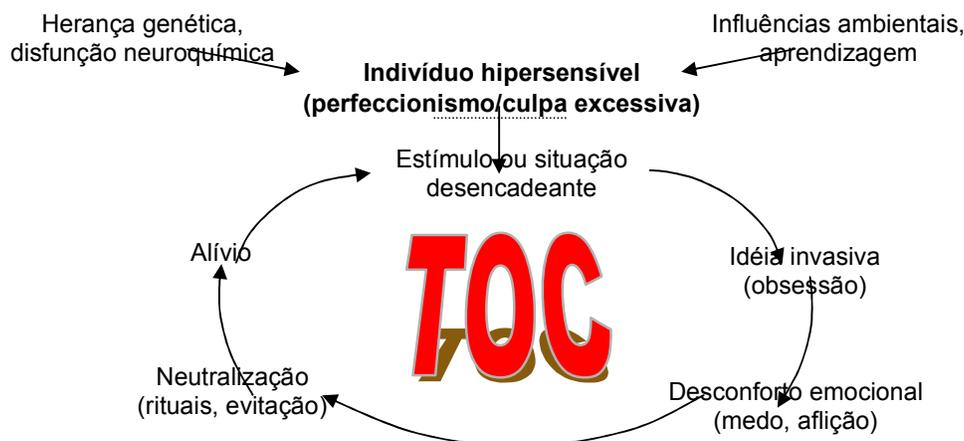
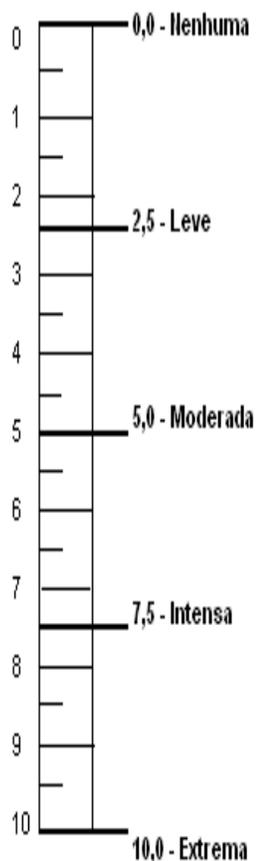


Figura 1. Como o TOC é mantido, de acordo com o modelo comportamental

Exercícios práticos

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

Figura 2 – Escala SUDS



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

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

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

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

- 1) Leia a sua lista de sintomas para seu colega e veja se vocês concordam quanto à identificação de sintomas. Se, ao ouvir os sintomas do colega, você identificou algum que não havia lhe ocorrido durante a elaboração da sua lista, acrescente agora.
- 2) Revise a sua lista de sintomas e selecione a situação em que você sente mais aflição e a situação que provoca menos aflição. Com base na escala, atribua uma nota para o grau de ansiedade ou aflição que você imagina que sentiria nessas situações e escreva a nota na coluna *Grau de aflição* (pág. 9).

Tarefas para casa

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

Situação 1: _____

Ritual que é compelido a realizar: _____

Grau de aflição: antes do ritual: _____; **depois do ritual:** _____

Situação 2: _____

Ritual que é compelido a realizar: _____

Grau de aflição: antes do ritual: _____; **depois do ritual:** _____

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

Avaliação da sessão pelos participantes

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

SESSÃO 3 – A terapia de exposição e prevenção a rituais

Agenda

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

Revisão das tarefas de casa

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

Fundamentos da terapia comportamental

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

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

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

Habituação

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

Exposição

A exposição é o principal recurso de que se dispõe para perder medos. Consiste em pôr o indivíduo em contato direto ou no nível da imaginação com objetos ou situações dos quais ele tem medo e que, por este motivo, são evitados. A exposição pode ser feita até mesmo a pensamentos considerados “ruins” e que são mantidos afastados da mente em virtude da aflição que provocam. Esta modalidade pode ser realizada evocando-se intencionalmente os pensamentos que normalmente se procura afastar da mente. Seu efeito

principal, como já vimos, é a **habituação**. Períodos longos de exposição são mais efetivos do que exposições breves e interrompidas. Exposições diárias são preferíveis nos casos mais graves. O ideal é que os exercícios durem entre uma e duas horas diárias (no mínimo, 45 minutos), e eles não devem ser interrompidos enquanto os níveis de ansiedade estiverem elevados (em torno de 30 minutos) (Baer, 2000; Steketee, 1999).

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

Prevenção a rituais

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



Exercícios para obsessões puras e pensamentos ruins

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

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

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

Recomendações que auxiliam a eliminar pensamentos ruins

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

- Procure lembrar propositalmente tais pensamentos e mantenha-os na mente o máximo de tempo que puder, até não sentir mais nenhuma aflição.

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

Esta é uma estratégia indicada para reduzir ruminacões obsessivas (dúvidas), rituais mentais (repetir, contar, rezar, substituir pensamentos, tentar afastar ou substituir pensamentos ruins, ruminacões de dúvidas) ou mesmo para ser usada no momento em que o paciente se surpreende executando rituais que já se tornaram hábitos e não são mais precedidos por cognições ou por um desconforto perceptível.

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

Exercício prático de exposicão e prevençã a rituais

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

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

Lembretes importantes

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

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

Tarefas para casa

- 1) Complete a *Lista dos Sintomas*, incluindo todos os que você conseguir lembrar (pedir ajuda aos familiares).
- 2) Realize os seguintes exercícios de exposição e prevenção a rituais:
 - a) _____
 - b) _____
 - c) _____
 - d) _____
- 3) Releia os tópicos *Fundamentos da terapia comportamental* (pág. 33) e *Lembretes importantes* (pág. 36 e 37) e anote as dúvidas.

Avaliação da sessão pelos participantes

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

Quatro regras de ouro

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

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

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

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

Lembretes

Minha aflição não durará para sempre. Vai chegar um momento em que ela passará!
 Basta não fazer nada, e a aflição e a ansiedade desaparecerão por si!
 Se eu ficar prestando atenção no que estou sentindo, o medo ficará ainda maior!
 Quanto mais eu me preocupar com um pensamento, mais tempo ele permanecerá na
 minha mente!

SESSÃO 4 – Pensamentos e crenças distorcidas no TOC

Agenda

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

Revisão das tarefas de casa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Crenças disfuncionais

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

- As crenças disfuncionais se expressam sob a forma de afirmações nem sempre conscientes e aparentemente lógicas: “Nada dá certo comigo”, “Se eu me sair mal nesta prova é porque sou incompetente”, “Sou incapaz de vencer meus medos”, “Tenho que tirar sempre 10, e não 9”, etc.
- Elas podem constituir-se em verdadeiros sistemas estruturados (crenças centrais ou esquemas cognitivos): “Sou menos inteligente que os outros”, “A sujeira sempre é perigosa”, “Lavar as mãos várias vezes impede que eu contraia certas doenças”; ou em conjuntos de regras ou suposições (crenças intermediárias): “Eu deveria...”, “Se..., então...”. Exemplos: “Se eu não verificar o gás, minha casa poderá incendiar”, “Se alguma coisa der errado na vida de meu filho, a falha terá sido minha”, “Nada pode dar errado, senão não serei bem avaliado pelos outros”, “Sou insubstituível”, “Tenho que ser sempre o melhor”, etc.
- As crenças são, em geral, tomadas como verdadeiras, particularmente quando estão associadas a emoções de certa intensidade. Raramente são questionadas quanto à sua veracidade.

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

Pensamentos automáticos ou pensamentos intrusivos

- São pensamentos rápidos e involuntários que passam pela cabeça do portador de TOC, particularmente nos momentos em que emoções (medo, raiva, tristeza) são ativadas por qualquer motivo.
- Estão presentes junto com o fluxo normal do pensamento.
- Surgem espontaneamente, não resultam de reflexão ou vontade.
- Em geral, estão associados a emoções ou imagens;
- São, em geral, fugazes: interrompem o pensamento e desaparecem sem que a pessoa perceba, assim como a emoção que os acompanha.
- Assumem a forma verbal de uma frase abreviada (telegráfica), que o indivíduo diz para si mesmo.
- Parecem plausíveis ou razoáveis e, em geral, são consistentes com o sistema de crenças do indivíduo.
- Geralmente são aceitos como verdadeiros, sem questionamento ou avaliação.
- O paciente percebe mais facilmente a emoção associada do que o pensamento que a produz.
- Nos transtornos mentais como o TOC em geral são distorcidos, revelando uma avaliação negativa ou catastrófica de situações, emoções, sensações fisiológicas, apesar de evidências objetivas em contrário.
- Geralmente não têm nenhuma utilidade; podem, entretanto, estimular a criatividade ou dar origem à aflição.
- São previsíveis em função das crenças dominantes.
- Pode-se aprender a avaliá-los quanto à sua validade e utilidade.
- Responder racionalmente, e não emocionalmente, aos pensamentos automáticos produz mudanças positivas no afeto (Beck, 1976; Beck *et al.*, 1985). Exemplos de pensamentos automáticos no TOC: “Vou ter câncer”, “Meu filho pode morrer”, “Posso contrair doenças”, “Vou enlouquecer”, “Isto pode dar azar”, “Fracassei”, “Jamais vou conseguir”, “Vou ter um enfarte”, “Esta aflição jamais vai acabar”, “Não tenho capacidade para suportar esta aflição: ela vai me enlouquecer”, “Não vou conseguir controlar meus pensamentos e vou dizer coisas horríveis”, “É impossível interromper os pensamentos no meio”, “A responsabilidade/culpa é toda minha”, “É imperdoável falhar”, “Não posso falhar nunca”, “Ninguém vai me perdoar”, etc.

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

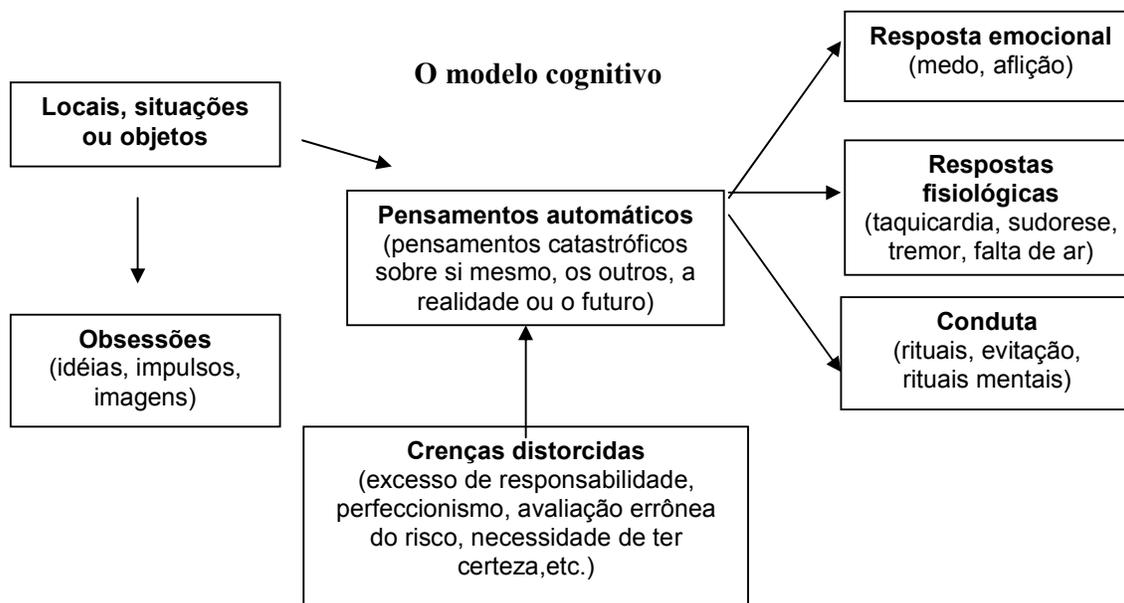


Figura 3. O modelo cognitivo. Os pensamentos influenciam as emoções, a conduta, as respostas fisiológicas, e são ativados pelas crenças predominantes.

- Obsessões são pensamentos invasivos que persistem na mente do portador de TOC devido ao significado que a pessoa dá eles, e que aparece sob as forma de pensamentos automáticos negativos ou catastróficos (por exemplo: “Se eu tenho este pensamento agressivo é porque posso cometê-lo; isso significa que sou uma pessoa má”, “Posso ir para o inferno porque não consigo afastar esses pensamentos blasfemos”, “Devo ter um desvio no meu caráter para ter esses pensamentos obscenos”, etc.) (Rachman, 1997; Rachman, 1998).
- Os pensamentos automáticos influenciam não só na resposta emocional, mas também as respostas comportamentais e fisiológicas.
- A percepção da situação e a interpretação do significado dos pensamentos invasivos persistentes (obsessões) e dos pensamentos automáticos são influenciadas pelas crenças ou sistemas de crenças do indivíduo.

A teoria cognitiva do TOC

Os autores que se

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

- Indivíduos sensíveis, em função de crenças adquiridas ao longo da vida, diante de determinadas situações, têm pensamentos que invadem a mente contra a vontade (obsessões) envolvendo a avaliação exagerada do risco e da responsabilidade em prevenir ou causar dano aos outros.
- A presença destes pensamentos é avaliada ou interpretada de forma negativa ou catastrófica: como indicativa da possibilidade de causar dano a outros ou a si mesmo, ou como sendo responsável por preveni-lo, etc.
- Tal avaliação se expressa sob a forma de pensamentos automáticos negativos ou catastróficos.
- Surgem afetos negativos (aflição, medo, culpa, depressão), e o paciente é compelido a fazer algo para se livrar da aflição ou para prevenir o que teme acontecer.

- A ansiedade é neutralizada pela realização de atos compulsivos, evitações, rituais mentais (contagens, rezas) ou ações menos estruturadas: falar consigo mesmo, distrair-se, não pensar, prestar mais atenção, aumentar a vigilância sobre os pensamentos, repetir, perguntar, verificar.
- Tais manobras impedem a exposição prolongada, o desaparecimento natural dos medos (habituação) e perpetuam o TOC (Rachman *et al.*, 1978; Rachman, 1997; Rachman, 1998; Salkovskis, 1985, 1989, 1999; Salkovskis *et al.*, 1998). Ver esquema na figura 4.

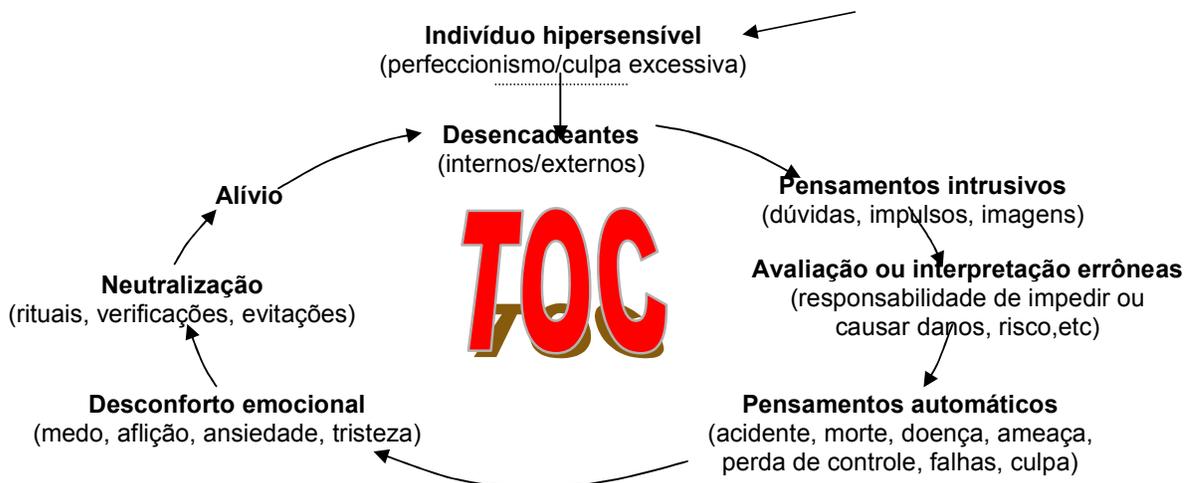


Figura 4. Distorções cognitivas ajudam a manter o TOC (adaptado de Salkovskis (1985, 1989; Rachman; 1997 e 1998; Freeston *et al.*; 1997).

Crenças distorcidas no TOC

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

- Responsabilidade excessiva por eventos que estão fora do próprio controle e por possíveis conseqüências para si ou para os outros (rituais de limpeza, verificações). Exemplo: "Se eu não apagar e acender a luz seis vezes, minha mãe pode adoecer, e a responsabilidade será minha".
- Avaliar de forma exagerada o risco, ou seja, superestimar a gravidade das conseqüências e as probabilidades de que eventos negativos aconteçam (rituais de limpeza, lavagem excessiva, evitações). Exemplos: "Apertar as mãos ou tocar em outras pessoas pode transmitir doenças", "Se eu deixar o rádio-relógio ligado na tomada, a casa pode pegar fogo".
- Avaliar de forma exagerada a importância dos pensamentos (pensar é igual a agir ou cometer; fusão de pensamento e ação), como em obsessões, pensamentos mágicos, rituais mágicos, contagens. Exemplo: "Ter pensamentos agressivos (ou obscenos) é um sinal de que posso torná-los realidade".
- Preocupação excessiva com a importância de controlar os próprios pensamentos: necessidade de ter controle total sobre pensamentos (ruminação obsessiva). Exemplo: "Irei para o inferno se eu não conseguir afastar esses pensamentos sobre o demônio".

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

Exercícios para casa

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

Obsessões e rituais	Crença

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

a) Lembre uma situação específica na qual sua mente foi invadida por obsessões.

b) Identifique os pensamentos automáticos, a emoção sentida (medo, culpa, nojo), as interpretações errôneas e a crença subjacente, fazendo as seguintes perguntas:

- Que pensamentos (obsessões) invadiram minha cabeça naquela ocasião ou situação?
- O que provocou tal pensamento (qual a situação, lembrança, pessoa, etc.)?
- O que passou pela minha cabeça (pensamento automático)? Que conseqüências eu imaginei e o que eu imaginei fazer para evitá-las?
- O que eu fiz (ritual, evitação)?
- Como interpretei tal pensamento (porque ocorre, o que significa, o que poderia acontecer, quais as possíveis conseqüências, qual a minha responsabilidade)?
- O que eu senti na ocasião (emoção, medo, aflição) e depois de executar o ritual ou de evitar o que eu temia?
- Qual a crença subjacente (uma ou mais dentre as várias possíveis)? Para identificar a crença subjacente, revise a lista da página 31-32.

c) Registre na grade “Registro de Pensamentos Disfuncionais” da página seguinte.

Registro de Pensamentos Disfuncionais (com um exemplo)

Situação	Obsessão ou pensamento automático	Emoção associada	Crença
Ao deitar	O gás pode estar escapando	Medo, aflição	Excesso de risco e responsabilidade

3) Exercício de exposição e prevenção a rituais da semana:

Avaliação da sessão pelos participantes

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

SESSÃO 5 – Excesso de risco e responsabilidade

Agenda

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

Revisão das tarefas de casa

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

Explanação: avaliar de forma exagerada o risco

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

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

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

A seguir alguns exemplos de crenças que exageram o risco:

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

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

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

Questionamento socrático

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

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

Exercício com o questionamento socrático

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

- Que pensamentos passaram ou poderiam passar pela minha cabeça?
- Que evidências eu tenho de que esse pensamento tem fundamento?
- Quais são as evidências contrárias?
- Existe uma explicação alternativa?
- Quanto (em %) eu acredito nos meus pensamentos ou medos e quanto eu não acredito?
- Quais as chances (de 0 a 100%) de que, tocando nas coisas que evito ou não fazendo as verificações que faço, aconteça o que eu temo (contaminação, incêndio)?
- O que eu imagino que vá acontecer se eu tocar no que evito ou não fizer as verificações?
- O que de fato irá acontecer?
- Meus medos são baseados em alguma prova real ou são devidos ao TOC? O que é mais provável?
- O que _____ (pessoa conhecida) diria sobre meus medos?
- Como a maioria das pessoas se comporta em situações semelhantes?
- Qual a crença subjacente ao meu pensamento automático? (Incluir alguma crença da lista da pág. 45).

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

Técnica das duas alternativas (ou do pensamento alternativo)

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

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

Qual dessas duas alternativas é a mais provável?

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

Experimentos comportamentais

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

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

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

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

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

Só é possível perder medos enfrentando-os.

Exemplo prático de exagero do risco e necessidade de fazer verificações

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

Situação ativadora: Sair de casa.

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

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

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

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

Responsabilidade exagerada

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

Exemplos de crenças distorcidas envolvendo excesso de responsabilidade

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

Corrigindo o excesso de responsabilidade - Questionamento socrático

- E se, de fato, algum dia, acontecesse alguma das coisas que eu imagino? Qual seria a porcentagem (de 0 a 100%) da minha responsabilidade?
- Posso provar que a culpa foi inteiramente minha ou existem outros fatores que poderiam ter contribuído para que o fato acontecesse?
- Se algo semelhante acontecesse a um conhecido meu, eu o responsabilizaria inteiramente pelo ocorrido (duplo padrão)?
- As pessoas irão me responsabilizar?
- O fato de eu ter pensado algo poderia ser suficiente para provocar o que aconteceu?
- Meus rituais de fato reduzem a probabilidade de que coisas ruins aconteçam ou apenas reduzem minha aflição?

A flecha descendente

Este exercício pode ser feito pelo paciente após ter constatado que cometeu “uma falha”. Ele é útil para avaliar a forma exagerada do risco, da responsabilidade, da necessidade de controlar os pensamentos, etc. O paciente, auxiliado pelo terapeuta, faz uma afirmação e, depois, vai fazendo uma série de perguntas, como “E daí?”, “Se isso aconteceu, o que pode ocorrer a seguir?”, “Se isso de fato ocorreu, o que significa mim?”, “O

que de pior pode acontecer?”, até que se tenha atingido a linha base, que é o pior possível. Cada afirmativa é representativa de crenças subjacentes que, no momento ou oportunamente, podem ser questionadas. Veja o exemplo a seguir.

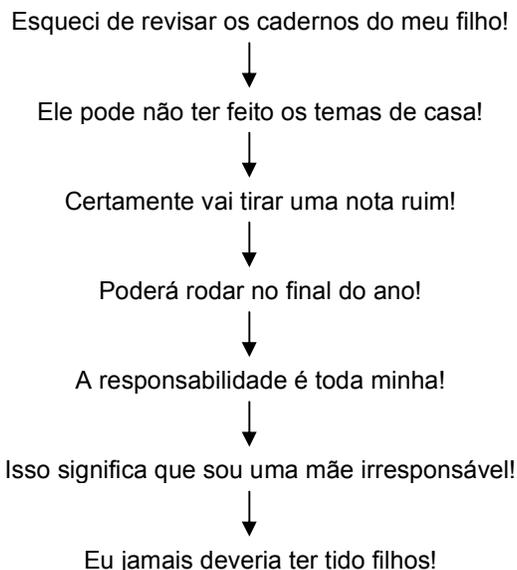


Figura 5. Exemplo da técnica da flecha descendente.

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

Lembretes

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

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

Outras modalidades de questionamento: a torta de responsabilidade

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

- 1) Pense em um evento que você receia que aconteça (morte, doença, contaminação, incêndio) caso você não execute seus rituais habituais (verificar, não tocar, lavar as mãos).

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

Exercício prático com a torta da responsabilidade

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

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

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

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

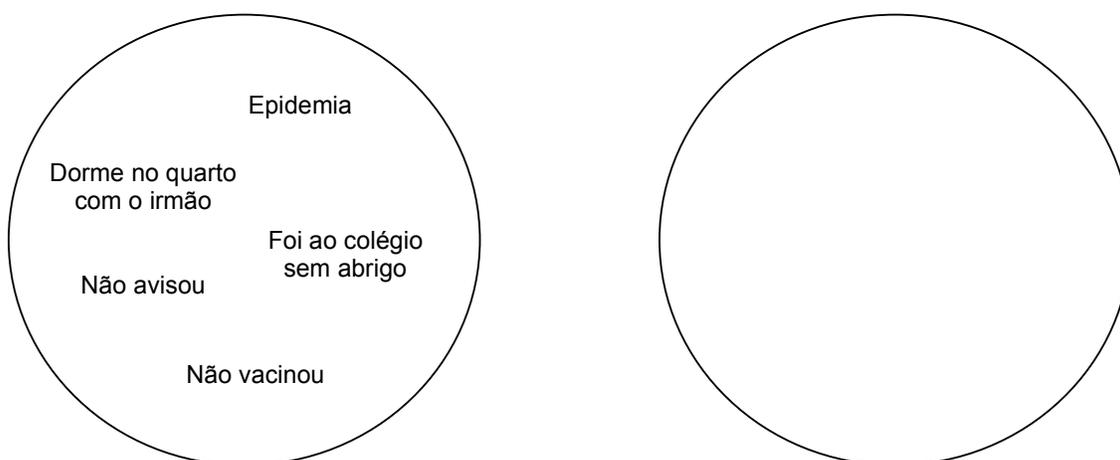


Figura 6. Torta da responsabilidade: fatores que podem concorrer para alguém contrair gripe.

Corrigindo a tendência de superestimar probabilidades

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

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

Exemplo de técnica para testar probabilidades

A técnica procura corrigir uma crença errônea ou distorcida (exagerar o risco e necessidade de ter certeza), solicitando ao paciente que estabeleça as condições necessárias para que ocorra um desastre ou doença, e posteriormente verificando se há ou não possibilidade de existirem essas condições nas situações que desencadeiam obsessões seguidas de evitações ou lavações excessivas.

O exemplo é para pacientes que têm medo de contrair AIDS usando banheiros públicos, cumprimentando um aidético, ou tocando em objetos, móveis, roupas, etc. e, por essa razão, evitam as situações elencadas, lavam as mãos ou as roupas desnecessariamente.

Crença: “Posso contrair AIDS usando um banheiro público! Por isso evito!” (Exagerar o risco).

Estratégias de correção cognitiva da crença distorcida:

Primeiro passo: identificar as exigências (condições) necessárias para se contrair HIV.

Segundo passo: 1) verificar se estas exigências foram cumpridas na situação que desencadeou a obsessão (medo de contrair o HIV). 2) supondo que não seja possível se ter certeza, o nível de risco justifica a evitação ou eu evito em razão do TOC?

→ **Primeiro passo:** que condições seriam necessárias para se contrair doenças sentando num banheiro público?

Para estabelecer essa seqüência de passos eventualmente o seu terapeuta poderá ajudá-lo, ou você poderá consultar um especialista, ou procurar a resposta em sites especializados da Internet.

Condições necessárias para se contrair HIV:

- Uma pessoa HIV+ deveria ter usado antes o banheiro;
- Deveria ter um ferimento sangrando nas nádegas ou genitais;
- Uma razoável quantidade de sangue deveria estar no tampo do vaso do banheiro;
- O sangue deveria ser recente (vivo);
- Eu deveria ter uma lesão em minhas nádegas;
- O sangue contaminado deveria penetrar com uma boa quantidade de vírus em minha circulação;
- Meu sistema imunológico não barra os vírus e eles se instalam no meu organismo.

→ **Segundo passo (questionamento):**

- Que evidências você tem de que cada uma dessas condições foi preenchida?
Responda a essa questão revisando as probabilidades de que tenham sido preenchidas cada uma das condições mencionadas.
Eventualmente não se pode ter certeza absoluta, como em muitas questões na vida.
E nem é possível se chegar a esse grau mesmo bancando o detetive ou ficar

ruminando muitas horas sobre uma determinada dúvida. Não vale a pena. Nesse caso o melhor é desistir do que insistir na certeza, e aceitar que em muitas situações isso é impossível.

- O nível de risco justifica a evitação, ou eu evito em razão do TOC?

Se não se pode ter certeza absoluta temos que aprender uma segunda lição: não vale a pena estar permanentemente vigiando a possibilidade de ocorrerem desastres cuja probabilidade de ocorrer nós mesmos reconhecemos que é extremamente rara.

Exemplos: Vale a pena deixar de sair de casa pela possibilidade de cair um avião (ou um meteorito) em nossa cabeça? O risco de contrair AIDS pisando numa mancha de sangue na rua talvez seja menor.

Recomendações

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

Exercícios para casa

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

Situação A: _____

Pensamento automático ou crença 1: _____

Situação B: _____

Pensamento automático ou crença 2: _____

Registre aqui os questionamentos conforme as seguintes questões ou algumas das outras formas sugeridas na exposição:

- Que pensamentos passaram ou poderiam passar pela minha cabeça?
- Que evidências eu tenho de que esse pensamento tem fundamento?
- Quais são as evidências contrárias?
- Existe uma explicação alternativa?
- Quanto (em %) eu acredito nos meus pensamentos ou medos e quanto eu não acredito?
- Quais as chances (de 0 a 100%) de que, tocando nas coisas que evito ou não fazendo as verificações que faço, aconteça o que eu temo (contaminação, incêndio)?
- O que eu imagino que vá acontecer se eu tocar no que evito ou não fizer as verificações?
- O que de fato irá acontecer?
- Meus medos são baseados em alguma prova real ou são devidos ao TOC? O que é mais provável?
- O que _____ (pessoa conhecida) diria sobre meus medos?
- Como a maioria das pessoas se comporta em situações semelhantes?
- Qual a crença subjacente ao meu pensamento automático? (Incluir alguma crença da lista da pág. 45).

Pensamento automático ou crença 1

Pensamento automático ou crença 2

2) Tarefas de exposição e prevenção a rituais para a semana.

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

Avaliação da sessão pelos participantes

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

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

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

Revisão das tarefas de casa

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

Exagerar a importância dos pensamentos

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

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

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

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

Crenças envolvendo exagero da importância dos pensamentos

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

Exercícios

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

Crença 1 _____

Crença 2 _____

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

- Podemos controlar inteiramente nossos pensamentos? Eles necessariamente revelam aspectos do nosso caráter ou personalidade, ou podem ser sintomas de TOC?
- Posso ser responsabilizado moralmente por um pensamento, imagem, lembrança que eu não controlo nem desejo?
- O fato de eu pensar aumenta a probabilidade de que algo (bom ou ruim) aconteça?
- Imagine se tudo o que eu penso acontecesse!
- Ter um pensamento mau é tão condenável quanto praticá-lo?

- Existe a possibilidade (entre 0 e 100%) de que eu venha a fazer o que pensei?
- Sou o tipo de pessoa capaz de fazer o que me passa pela cabeça?
- O que as pessoas diriam se o que pensei viesse a acontecer?
- O que eu diria se o que imaginei acontecesse com outra pessoa?
- Estes pensamentos são possíveis ou passam pela minha cabeça porque tenho TOC?

Supervalorização da importância de controlar os pensamentos

Conceito

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

A supervalorização do controle pode assumir diferentes formas de crenças distorcidas (*OBSESSIVE COMPULSIVE COGNITIONS WORKING GROUP, 1997*):

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

Alguns exemplos de crenças:

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

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

Técnicas para correção

Questionamento socrático

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

Outras técnicas

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

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

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

- Estes pensamentos são possíveis ou passam pela minha cabeça porque tenho TOC?
- Isso é só uma obsessão.
- Isso é apenas o TOC.
- Pensar é apenas pensar. Não é cometer ou praticar.
- Pensar não significa desejar.
- Pensar em algo ruim não é o mesmo que praticar ou cometer algo ruim.
- Pensar em algo ruim não significa que sou uma pessoa má.
- Não tenho jeito de envenenador de filho ou de homicida.
- Minha aflição ou ruminação obsessiva não vai alterar o rumo dos acontecimentos. Portanto, é inútil.
- Não é porque eu penso que as coisas acontecem ou deixam de acontecer.
- Imagina se eu tivesse todo este poder!
- Se eu pensar bastante meu grau de certeza não vai aumentar.
- Meu pensamento não é tão poderoso a ponto de provocar ou impedir que desastres aconteçam.

Tarefas para a semana

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

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

2) Exercícios de questionamento. Liste, a seguir, alguma crença disfuncional e, ao lado, o questionamento sócrático (evidências a favor ou contra, percentual do quanto acredita na crença, etc.). Revise o exercício das pág. 49 e 50.

Crença	Questionamento

Avaliação da sessão pelos participantes

Para encerrar, o terapeuta solicita que cada um dos participantes avalie a sessão, destacando o que considerou mais relevante, mais útil ou importante para si. **SESSÃO 7 – Necessidade de ter certeza e perfeccionismo**

Agenda

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

Revisão das tarefas para casa

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

Necessidade de ter certeza

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

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

Crenças

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

Perfeccionismo

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

Crenças

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

Corrigindo o perfeccionismo e a necessidade de ter certeza

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

Questionamento socrático

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

Como lidar com rumações

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

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

Exposição e prevenção a rituais para perfeccionistas

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

Testes comportamentais

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

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

Lembretes

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

Tarefas da semana

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

1) Tarefas de exposição e prevenção a rituais:

2) Exercícios cognitivos:

Este exercício auxilia a corrigir as distorções cognitivas. Imagine uma situação real ou antes de fazer um ritual na qual possa cometer uma falha, tomar uma decisão errada. Faça as seguintes perguntas a si mesmo:

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

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

Avaliação da sessão pelos participantes

Para encerrar, o terapeuta solicita que cada um dos participantes avalie a sessão, destacando o que considerou mais relevante, mais útil ou importante para si. O terapeuta também solicita aos pacientes que sugiram temas para revisão nas três próximas sessões.

SESSÃO 8 – O TOC e a família

Agenda

- Apresentação dos pacientes e familiares.
- Explicação dos objetivos da sessão e da agenda.
- Explicação sobre alguns aspectos do TOC para os familiares dos pacientes: métodos de tratamento, TCC em grupo. Discussão sobre o impacto do TOC nas rotinas e relações familiares, interferência no trabalho e na produtividade.
- Depoimento dos familiares sobre os sintomas do paciente e seu impacto na vida da família.
- Discussão com pacientes e familiares sobre como lidar com o TOC.
- Tarefas de casa: revisão e continuação das tarefas anteriores.
- Avaliação da sessão.

Explicação dos objetivos da sessão e da agenda e apresentação dos participantes

O terapeuta dá início à sessão agradecendo pelo comparecimento dos familiares, expondo as finalidades e a agenda da sessão: esclarecer aspectos sobre o TOC numa breve revisão dos conceitos já expostos na primeira sessão (sintomas, métodos de tratamento, TCC em grupo, impacto do TOC na vida da família, como se dá a eliminação dos sintomas através das tarefas de exposição e prevenção a rituais, o fenômeno da habituação, a correção de crenças disfuncionais). A seguir, é estabelecida uma discussão com os familiares sobre o impacto do TOC na vida da família e sobre as formas de colaborar com o tratamento.

O impacto do TOC na família e nas relações interpessoais

A maioria das famílias se envolve de alguma forma nos rituais e na evitação ou muda suas rotinas para se acomodar aos sintomas do paciente (por exemplo, submeter-se aos rituais de descontaminação, evitar contato físico, evitar lugares, aguardar). As pesquisas demonstram que a maioria das esposas de pacientes com TOC (88,2%) acaba se acomodando aos sintomas dos maridos, e que mais de 80% das famílias se adaptam aos rituais ou mudam seu comportamento. Em geral, todos os membros da família sofrem com o transtorno, pois os sintomas criam desarmonia, raiva, exigências irritadas no sentido de participar ou não perturbar os rituais, dependência, restrição do acesso a salas, quartos, dificuldade para sair de casa, atrasos, interferência no lazer e nas rotinas domésticas.

O TOC pode ter um efeito devastador sobre as famílias. A vida social pode ficar comprometida em >80% dos casos;

- 75% referem perdas nas relações interpessoais e conflitos conjugais;
- 65% referem dificuldades financeiras;
- 40% dos pais se preocupam com o que será do paciente depois que “eles se forem”.

Papéis da família

Se, por um lado, o paciente, muitas vezes induz a família a alterar seus hábitos (mesmo sem percebê-lo), por outro lado, conflitos familiares podem agravar os sintomas. É comum que os sintomas sejam mais intensos em casa e diminuam de intensidade em outros lugares ou ambientes, como durante viagens, por exemplo.

Eventualmente, a família, por aflição ou desconhecimento, pode estimular ou reforçar a prática de rituais ou comportamentos evitativos, segregando o paciente, estigmatizando-o, reagindo de forma agressiva diante de suas exigências e interferências nas rotinas, ou, então, submetendo-se aos rituais e reprimindo a raiva.

Contudo, a família também pode ter uma atitude compreensiva e colaborativa, buscando informações para conhecer melhor o TOC, auxiliando o paciente nas tarefas da terapia, como a elaboração da lista de sintomas (os familiares muitas vezes identificam melhor os sintomas do que o próprio paciente), e oferecendo apoio e estímulo nas tarefas de casa, especialmente quando os sintomas são graves. Para que os familiares saibam

como agir, eles precisam ter uma noção sobre TCC, o sentido das tarefas de casa e como se dá a eliminação dos sintomas.

Quando há um portador de TOC em uma família, especialmente se o caso for acompanhado de tiques, é comum que existam outros familiares comprometidos. É interessante que o terapeuta faça uma pergunta nesse sentido e, eventualmente, sugira a avaliação de familiares com indícios de serem portadores do transtorno.

Depoimento dos familiares

Após a explanação, o terapeuta põe a palavra à disposição dos familiares dos pacientes, para que façam seus depoimentos sobre os sintomas do TOC e sua interferência ou não nas rotinas da família, e sobre como a família se acomodou a eles ou não. A troca de idéias e sugestões é estimulada. Depois de ouvi-los, o terapeuta passa a palavra aos pacientes, que falarão sobre os tipos de interação, conflitos, arranjos ou acomodações que acabaram se estabelecendo em função do TOC.

Depois dos depoimentos, o terapeuta recorda a forma de atuação da terapia (exposição, prevenção a rituais, correção de crenças disfuncionais) e, com base nesse entendimento, discute com os participantes as atitudes que podem auxiliar o paciente a superar o transtorno.

Tarefas para casa

Nesta sessão, as tarefas individuais da semana passada não são revisadas, pois o tempo disponível em geral é insuficiente. O terapeuta solicita aos participantes que prossigam em seus exercícios de exposição e prevenção a rituais e de identificação de pensamentos e crenças disfuncionais, pedindo que anotem no manual as dificuldades encontradas para discussão na próxima sessão.

Avaliação da sessão pelos participantes

Para encerrar, o terapeuta solicita que cada um dos participantes avalie a sessão e destaque o que considerou mais relevante ou proveitoso para si e para seu paciente/familiar.

Escala Y-BOCS

1. Tempo ocupado pelos sintomas obsessivo-compulsivos

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

- 0 **Nenhum**
- 1 **Leve:** menos de uma hora/dia ou instruções ocasionais
- 2 **Moderado:** uma a três horas/dia ou intrusões freqüentes
- 3 **Grave:** mais de três horas e até oito horas/dia ou intrusões muito freqüentes
- 4 **Muito grave:** mais de oito horas/dia ou intrusões quase constantes

2. Interferência provocada pelos pensamentos obsessivos

P. Até que ponto seus pensamentos obsessivos interferem com sua vida social ou profissional?

- 0 **Nenhuma interferência**
- 1 **Leve:** leve interferência nas atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho global não é deteriorado
- 2 **Moderada:** clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar
- 3 **Grave:** provoca deterioração considerável no desempenho social ou ocupacional
- 4 **Muito grave:** incapacitante

3. Sofrimento relacionado aos pensamentos obsessivos

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

- 0 **Nenhuma perturbação**
- 1 **Leve:** muito pouca
- 2 **Moderado:** perturbador, mais ainda controlável
- 3 **Grave:** muito perturbador
- 4 **Muito grave:** mal-estar quase constante e incapacitante.

4. Resistência às obsessões

P. Até que ponto se esforça para resistir aos pensamentos obsessivos? Com que freqüência tenta não ligar ou distrair a atenção desses pensamentos quando eles entram na sua mente?

- 0 Faz sempre esforço para resistir, ou sintomas mínimos que não necessitam de resistência ativa
- 1 Tenta resistir na maior parte das vezes
- 2 Faz algum esforço para resistir
- 3 Cede a todas as obsessões sem tentar controlá-las, ainda que faça mas com alguma relutância
- 4 Cede completamente a todas as obsessões de modo voluntário

5. Grau de controle sobre os pensamentos obsessivos

P. Até que ponto consegue controlar seus pensamentos obsessivos? É, habitualmente, bem sucedido quando tenta afastar a atenção dos pensamentos obsessivos ou interrompê-los? Consegue afastá-los?

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

Escores das obsessões _____

6. Tempo gasto com comportamentos compulsivos

P. Quanto tempo gasta executando comportamentos compulsivos? Se compararmos com o tempo habitual que a maioria das pessoas necessita, quanto tempo a mais você usa para executar suas atividades rotineiras graças aos seus rituais?

0 **Nenhum**

1 **Leve:** passa menos de uma hora/dia fazendo compulsões, ou ocorrência ocasional de comportamentos compulsivos

2 **Moderado:** passa uma a três horas/dia fazendo compulsões, ou execução freqüente de comportamentos compulsivos

3 **Grave:** passa de três a oito horas/dia fazendo compulsões, ou execução muito freqüente de comportamentos compulsivos

4 **Muito grave:** passa mais de oito horas/dia fazendo compulsões, ou execução quase constante de comportamentos compulsivos demasiados numerosos para contar

7. Interferência provocada pelos comportamentos compulsivos

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

0 **Nenhuma interferência**

1 **Leve:** leve interferência nas atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho global não está deteriorado

2 **Moderada:** clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar

3 **Grave:** deterioração considerável no desempenho social ou ocupacional

4 **Muito grave:** incapacitante

8. Sofrimento relacionado ao comportamento compulsivo

P. Como você se sentiria se fosse impedido de realizar as suas compulsões? Até que ponto ficaria ansioso?

0 **Nenhum sofrimento**

1 **Algum:** ligeiramente ansioso se as compulsões fossem interrompidas, ou ligeiramente ansioso durante a sua execução

2 **Moderado:** a ansiedade sobe para um nível controlável se as compulsões forem interrompidas, ou ligeiramente ansioso durante a sua execução

3 **Grave:** aumento proeminente e muito perturbador da ansiedade se as compulsões forem interrompidas ou aumento proeminente e muito perturbador durante a sua execução

4 **Muito grave:** ansiedade incapacitadora para qualquer intervenção que possa modificar as compulsões, ou ansiedade incapacitante durante a execução das compulsões

9. Resistência contra compulsões

P. Até que ponto se esforça para resistir às compulsões?

0 Faz sempre esforço para resistir, ou sintomas mínimos que não necessitam de resistência ativa

1 Tenta resistir na maior parte das vezes

2 Faz algum esforço para resistir

3 Cede a quase todas as compulsões sem tentar controlá-las, ainda que faça com alguma relutância

4 Cede completamente a todas as compulsões de modo voluntário

10. Grau de controle sobre o comportamento compulsivo

P. Com que força se sente obrigado a executar comportamentos compulsivos? Até que ponto consegue controlar suas compulsões?

0 **Controle total**

1 **Bom controle:** sente-se pressionado para executar as compulsões, mas tem algum controle voluntário

2 **Controle moderado:** sente-se fortemente pressionado a executar as compulsões, e somente consegue controlá-las com dificuldade

3 **Controle leve:** pressão forte para executar as compulsões; o comportamento compulsivo tem que ser executado até o fim, e somente com dificuldade consegue retardar a execução das compulsões

- 4 **Nenhum controle:** a pressão para executar as compulsões é experimentada como completamente dominadora e involuntária; raramente capaz, mesmo que seja momentaneamente, de retardar a execução de compulsões

Escores de compulsões: _____

Escore Total: _____

Bibliografia

1. Goodman WK, Price LH, Rasmussen AS, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1006-11.
2. Escala traduzida por Asbahar, F.R.; Lotufo Neto F.; Turecki, G.X. e cols. In: Miguel, E.C. *Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1996, pp. 219-230.

SESSÃO 9 – Continuando o tratamento

Agenda

- Revisão de tópicos abordados em sessões anteriores e das tarefas de casa.
- Treino e utilização de escalas de automonitoramento.
- Reforço da prática de estratégias de exposição, prevenção a rituais e exercícios cognitivos.
- Exercícios para casa,
- Avaliação da sessão.

Revisão das tarefas de casa

O terapeuta faz a revisão dos exercícios de exposição e prevenção a rituais e dos exercícios cognitivos individuais perante o grupo. Durante a revisão, aproveita para fazer o questionamento socrático, sugerir experimentos comportamentais e lembretes e outros exercícios cognitivos. Em função dos avanços de cada um, sugere preliminarmente os exercícios da próxima semana, que serão revisados ao final da sessão. Caso os pacientes tenham solicitado a revisão de certos temas, o terapeuta poderá proceder a uma breve explanação. Se não houver solicitações, o terapeuta passará a revisar as tarefas e os exercícios em subgrupos. Para esse tipo de atividade, é interessante contar com o auxílio de co-terapeutas.

Revisão de tópicos abordados em sessões anteriores

Caso os pacientes tenham solicitado a revisão de alguns temas, o terapeuta faz a explanação, utilizando, sempre que possível, exemplos do próprio grupo. O debate e a participação de todos são estimulados.

Exercícios para reforço das tarefas de exposição e prevenção da resposta e dos exercícios cognitivos

Caso nenhuma revisão tenha sido solicitada, a sessão pode ser inteiramente prática, centrada na discussão das listas individuais, tarefas de exposição e prevenção a rituais e exercícios cognitivos. Pode-se fazer essa atividade com os pacientes divididos em subgrupos.

Automonitoramento

O terapeuta reserva aproximadamente 20 minutos da sessão para o treino relativo ao preenchimento das planilhas de automonitoramento (página 77). O instrumento é composto por quatro escalas semanais, com escores diários, que devem ser preenchidas ao final de cada dia pelo próprio paciente, marcando com um ponto ou um “x” a altura correspondente ao escore. Ao unir os pontos com linhas, será possível visualizar o curso dos sintomas, do bem-estar, o tempo despendido nos exercícios, e monitorar os possíveis avanços, retrocessos ou a estabilidade dos sintomas. O automonitoramento permite, ainda, visualizar eventuais recaídas, possibilitando a sua correlação com eventos externos estressores ou situações ativadoras. As planilhas são um instrumento útil para a prevenção de lapsos ou recaídas, tema da sessão seguinte.

O terapeuta explica cada uma das quatro escalas que compõem o instrumento e solicita que cada paciente preencha as colunas referentes ao dia anterior. Solicita, ainda, que cada um comente suas notas.

Tarefas para casa

Os pacientes deverão anotar seus exercícios nas linhas a seguir.

1) Tarefas de exposição e prevenção a rituais:

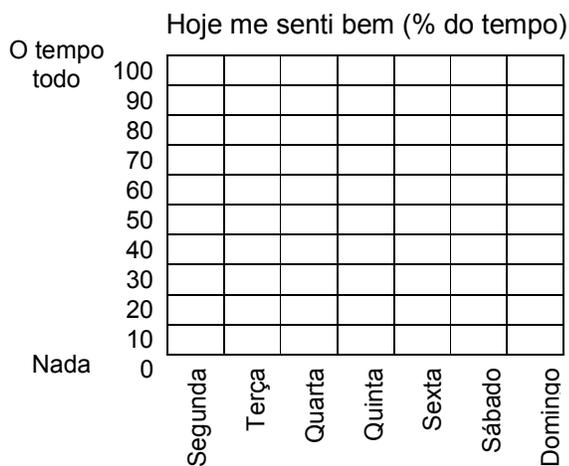
2) Exercícios cognitivos:

Avaliação da sessão pelos participantes

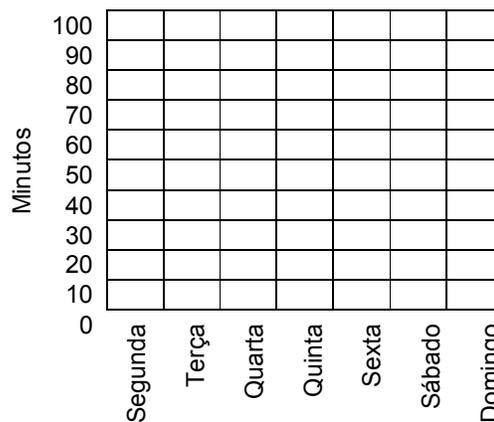
Para encerrar, o terapeuta solicita que cada um dos participantes avalie a sessão, destacando o que considerou mais relevante, útil ou importante para si.

Planilhas de automonitoramento

Nome: _____ Semana: _____ a _____



Tempo (por dia) dedicado para realizar tarefas de exposição e prevenção da resposta



Anotar razões ou situações associadas à mudança nos sintomas. Ao observar grandes mudanças (flutuações) no gráfico, verifique o motivo ou a situação que provocou a alteração, sendo esta para mais ou para menos e anote a seguir.

SESSÃO 10 – Prevenção de recaídas e reforços

Agenda

- Revisão das tarefas de casa e das escalas de automonitoramento.
- Reforço das estratégias de exposição, prevenção a rituais e exercícios cognitivos.
- Explicação: revisão de tópicos de interesse do grupo relativos ao TOC.
- Prevenção de recaídas.
- Exercícios para casa.
- Avaliação da sessão.

Revisão das tarefas de casa

Inicialmente, é feita a revisão dos exercícios de exposição e prevenção a rituais e dos exercícios cognitivos individuais perante o grupo. Cada paciente mostra para o grupo sua planilha de automonitoramento e comenta os escores atribuídos, justificando-os e explicando eventuais picos ou quedas.

Reforço das estratégias de exposição, prevenção da resposta e dos exercícios cognitivos

Na medida em que os pacientes relatam seus exercícios, o terapeuta comenta os resultados, faz questionamentos, sugere estratégias cognitivas, exercícios comportamentais e lembretes, estimulando a interação com os demais membros para ouvir sugestões.

Revisão de tópicos do TOC (opcional)

Alguns tópicos do TOC podem ser revistos com base nas sugestões da sessão 8, ilustrando as explicações, sempre que possível, com exemplos do próprio grupo e procurando estimular o debate e a participação de todos. O terapeuta encerra a explicação abordando o tema prevenção de recaídas.

PREVENÇÃO DE RECAÍDAS

Mesmo depois de o paciente ter praticamente eliminado todos os sintomas, são comuns episódios isolados, de curta duração, de realização de rituais ou evitações – os chamados lapsos, que ocorrem por distração, descuido ou mesmo falha nas estratégias de autocontrole. Os lapsos podem ser interpretados pelo paciente como recaídas ou como o fracasso de todo o tratamento, eventualmente provocando descrença quanto à capacidade de, um dia, eliminar por completo os sintomas. Mas é justamente em função dessa descrença que o paciente pode dar espaço a uma recaída. Pequenos lapsos são comuns, particularmente na fase da mudança, quando os rituais constituem verdadeiros hábitos. No entanto, é importante que o paciente conheça algumas estratégias de prevenção de recaídas.

Estratégias de prevenção de recaídas

1. Identificar as situações internas (psicológicas) ou externas (ambiente, objetos) de risco (gatilhos) para a realização de rituais, para a ocorrência de obsessões ou comportamentos evitativos: hora de deitar ou de sair de casa para os verificadores, hora de chegar em casa para os que têm obsessões por contaminação.
2. Preparar com antecedência estratégias de enfrentamento, a fim de lidar adequadamente com as situações de risco e evitar as recaídas:
 - Vigilância: estar atento para o autocontrole e não executar de forma automática os rituais aos quais estava habituado. Para livrar-se do TOC é necessária uma vigilância constante, especialmente nas situações de risco (gatilho).
 - Planejar com a antecedência como irá se comportar no enfrentamento das situações de risco, tendo em vista o que deve fazer em termos de exposição e prevenção a rituais por quanto tempo, onde, de que forma: “Vou sentar na cama com a roupa da rua quando chegar em casa durante 15 minutos”

- Distração: nas situações de risco, procurar se entreter com outros pensamentos ou atividades práticas, como forma de reduzir a aflição e o impulso a ritualizar; evitar a focalização da atenção no conteúdo da obsessão e a hipervigilância, procurando distrair-se e não pensar.
 - Conversar consigo mesmo, dando ordens: “Você tem condições de se controlar”, “Não vá verificar se a torneira ficou bem fechada”, “Esqueça a torneira” etc.
 - Uso de lembretes: “A aflição não dura para sempre”, “Isso é o TOC”, ou “Cuidado com o TOC”.
3. Identificar pensamentos automáticos ativados nas situações de risco e questionar sua validade. A aflição que os acompanha pode provocar lapsos (rituais ou evitações eventuais). Exemplo: “Se eu não ler de novo este trabalho, erros podem escapar”; questionamento: “Se escapar um erro, o que de pior pode acontecer?” (descatastrofização).
 4. Prevenção das conseqüências de ter cometido um lapso. Um lapso pode ativar as crenças de fraqueza, de ser incapaz de autocontrole (tudo ou nada), de o tratamento ter fracassado, sempre acompanhadas de sentimento de culpa, diminuição da auto-estima, depressão e vontade de desistir. Lembre que lapso não é recaída!
 5. Fazer revisões periódicas da lista de sintomas com seu terapeuta. Caso tenham ocorrido lapsos, revise-os: o que provocou o lapso, pensamentos automáticos/crenças e suas conseqüências, técnicas de correção de disfunções cognitivas, etc.
 6. Se estiver utilizando medicamentos, suspenda-os somente se seu médico concordar.
 7. Participar das associações de portadores de TOC e procurar manter-se sempre atualizado sobre eventuais conhecimentos novos.

Tarefas para casa

- 1) Identificação de situações ativadoras de rituais, de obsessões ou de evitações (gatilhos).
Liste a seguir as principais situações, objetos ou pessoas que ativam seus sintomas:

- 2) Liste alguns lembretes que podem ajudá-lo:

- 3) Preencha as planilhas de automonitoramento.

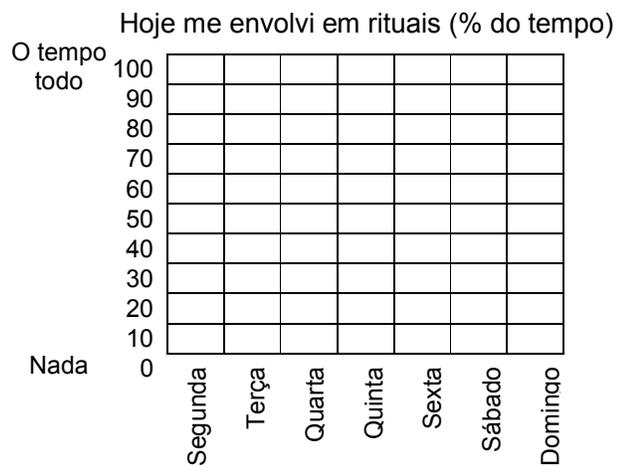
- 4) Liste a seguir as tarefas de exposição e prevenção a rituais da semana.

Avaliação da sessão pelos participantes

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

Planilhas de automonitoramento

Nome: _____ Semana: _____ a _____



Anotar razões ou situações associadas à mudança nos sintomas. Ao observar grandes mudanças (flutuações) no gráfico, verifique o motivo ou a situação que provocou a alteração, sendo esta para mais ou para menos e anote a seguir.

SESSÃO 11 – Sessão de reforço

Agenda

- Revisão das tarefas de casa e das escalas de automonitoramento.
- Reforço das estratégias de exposição e prevenção a rituais e dos exercícios cognitivos.
- Explicação: revisão de tópicos de interesse do grupo, relacionados com o TOC.
- Prevenção de recaídas.
- Exercícios para casa.
- Avaliação da sessão.

Revisão das tarefas de casa

Os pacientes relatam perante o grupo os exercícios de exposição e a rituais que realizaram durante a semana; mostram as planilhas de automonitoramento, a lista de situações gatilho e os lembretes. Cada paciente comenta os escores que atribuiu, justificando-os e explicando eventuais picos ou quedas. O terapeuta estimula um esforço final, no sentido de superar os últimos obstáculos e conquistar o que ainda falta para o domínio completo dos sintomas, e a troca de experiências e incentivos entre os participantes. A partir da observação, incentiva que todos tentem reduzir ao máximo os escores dos sintomas na última semana de tratamento.

A partir da lista de situações gatilho, o terapeuta sugere estratégias específicas e individuais para combater eventuais lapsos ou recaídas: vigilância, preparar estratégias com antecedência, decidir antes como se comportar, etc.

Reforço das estratégias de exposição e prevenção a rituais e dos exercícios cognitivos

Na medida em que os pacientes relatam seus exercícios, o terapeuta comenta os resultados, faz questionamentos, utiliza técnicas cognitivas, sugere experimentos comportamentais e lembretes, estimulando a interação com os demais membros para darem sugestões.

Revisão de tópicos do TOC (opcional)

Alguns tópicos do TOC (crenças disfuncionais, técnicas comportamentais, modelo cognitivo, questionamento socrático, etc.) podem ser revistos com base nas sugestões da sessão 8, ilustrando as explicações, sempre que possível, com exemplos do próprio grupo e procurando estimular o debate e a participação de todos. O terapeuta encerra a explicação abordando o tema prevenção de recaídas.

Prevenção de recaídas

Revisar novamente os conceitos das pág. 78 e 79.

Tarefas para casa

- 1) Identificação de situações ativadoras de rituais, obsessões, evitações (gatilhos). Liste novamente, no espaço a seguir, situações, objetos ou pessoas que ativam seus sintomas.

- 2) Liste alguns lembretes que podem ajudá-lo.

3) Preencha as planilhas de automonitoramento.

4) Tarefas de exposição e prevenção a rituais para a semana:

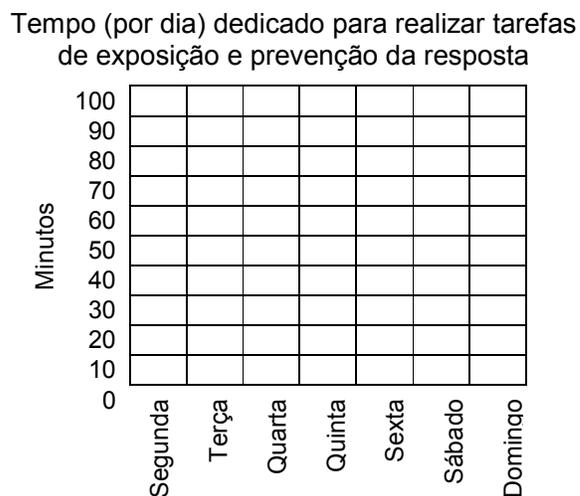
5) Lembre que a próxima sessão é a de encerramento, cujo tema principal será a avaliação do tratamento. Para isso, é de extrema importância o comparecimento de todos.

Avaliação da sessão pelos participantes

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

Planilhas de automonitoramento

Nome: _____ Semana: _____ a _____



Anotar razões ou situações associadas à mudança nos sintomas. Ao observar grandes mudanças (flutuações) no gráfico, verifique o motivo ou a situação que provocou a alteração, sendo esta para mais ou para menos e anote a seguir.

SESSÃO 12 – Sessão final: avaliação da terapia

Agenda

- Avaliação da terapia pelos participantes, críticas e sugestões.
- Revisão das tarefas de casa e estabelecimento de metas individuais de longo prazo; sugestão de tarefas de prevenção de recaídas.
- Recursos da comunidade: AGATOC, associações de portadores e ex-pacientes, leituras adicionais, sites na Internet.
- Combinação dos encontros futuros de revisão.

Avaliação da terapia pelos participantes

O terapeuta prepara, com antecedência, um pequeno questionário sobre a TCC em grupo e solicita o seu preenchimento pelos participantes. Em seguida, as respostas são discutidas com todo o grupo. De maneira mais informal, o terapeuta pode solicitar que cada participante dê seu depoimento, comentando o aproveitamento, os conhecimentos adquiridos, a redução obtida (ou não) nos sintomas, a melhora da qualidade de vida, a participação da família, o que mais gostou no grupo e o que não gostou, os exercícios que considerou de maior utilidade (exposição, prevenção a rituais, cognitivos) e os que se revelaram sem utilidade, o ambiente grupal, etc. Solicita, ainda, sugestões dos participantes para melhorar a técnica.

Revisão das tarefas de casa e estabelecimento de metas individuais de longo prazo, sugestão de tarefas de prevenção de recaídas

À medida que cada paciente vai fazendo sua avaliação do grupo, o terapeuta solicita que mostre as escalas de automonitoramento, lembre as situações gatilho e as estratégias de prevenção de recaídas, aproveitando para destacar os pontos nos quais o paciente deve concentrar seus esforços e se manter vigilante. O terapeuta faz sua própria avaliação do aproveitamento de cada paciente, salientando em especial os progressos alcançados e dando sugestões individualizadas sobre a eventual necessidade de continuar o tratamento, o uso de medicação associada, prevenção de recaídas, etc.

Recursos da comunidade, manutenção do tratamento, encontros futuros de revisão

Finalmente são lembrados os recursos da comunidade para o tratamento do TOC e combinados os encontros futuros de revisão, planejados ou não em função dos recursos da instituição. O terapeuta faz sua avaliação final do grupo como um todo, agradece pela assiduidade, pontualidade, dedicação, avaliações e sugestões, e encerra a sessão e a terapia.

Bibliografia

- Baer L. Getting control - overcoming your obsessions and compulsions. New York: Plume, 2000.
- Beck AT. Cognitive therapy and emotional disorders. New York: International University Press, 1976.
- Beck AT, Emery G, Grenberg RL. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: Basic Books, 1985.
- Cordioli AV, Braga DT, Margis R, de Souza MB, Kapczinski F. Crenças disfuncionais e o modelo cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista de Psiquiatria Clínica* 2001; 28:197-206.
- Cordioli AV. *Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo* – Manual da terapia cognitivo-comportamental para pacientes e terapeutas. Porto Alegre: Editora Artmed, 2004.
- Falls-Stewart W, Marks AP, Schafer BA. A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181:189-93.
- Freeston MH, Ladouceur R, Gagnon F, Thibodeau N, Rhéaume J, Letarte H, Bujold A. Cognitive-behavioral treatment of obsessive-thoughts: a controlled study. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65:405-13.
- Freeston MH, Rhéaume J, Ladouceur R. Correcting faulty appraisal of obsessional thoughts. *Behav Res Ther* 1996;34:433-46.
- Frost RO, Marten P, Lahart C, Rosenblate R. The dimensions of perfectionism. *Cognit Ther Res* 1990;14:449-68.
- Frost RO, Steketee G. Perfectionism in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1997;35(4):291-6.
- Hogdson R, Rachman S. The effects of contamination and washing in obsessional patients. *Behav Res Ther* 1972;10:111-7.
- Ladouceur R, Léger E, Rhéaume J, Dubé D. Correction of inflated responsibility in the treatment of inflated responsibility disorder. *Behav Res Ther* 1996;34(6):767-74.
- Lavy E, Van Den Hout M. Thought suppression induces intrusion. *Behav Psychother* 1990;18:251-8.
- Lopatka C, Rachman S. Perceived responsibility and compulsive checking: an experimental analysis. *Behav Res Ther* 1995;33(6):673-84.
- Marks IM, Hodgson R, Rachman S. Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in-vivo exposure - a two year follow-up and issues in treatment. *Brit J Psychiatry* 1975;127:349-64.
- Mowrer OH. A stimulus-response theory of anxiety. *Psychological Review* 1939;46:553-66.
- OBSESSIVE COMPULSIVE COGNITIONS WORKING GROUP** - Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1997;9:667-81.
- Rachman S. A cognitive theory of obsessions. *Behav Res Ther* 1998;36:385-401.
- Rachman S. A cognitive theory of obsessions. *Behav Res Ther* 1997;35(9):793-802.
- Rachman SJ, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behav Res Ther* 1978; 16:233-48.
- Rachman SJ, de Silva P, Röper G. The spontaneous decay of compulsive urges. *Behav Res Ther* 1976;14:445-53.
- Rhéaume J, Freeston MH, Dugas M, Letarte H, Ladouceur R. Perfectionism, responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Cognit Ther Res* 1995;33:785-94.
- Röper G, Rachman S, Hodgson R. An experiment on obsessional checking. *Behav Res Ther* 1973;11:271-7.
- Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: a cognitive behavioural analysis. *Behav Res Ther* 1985;23:311-3.

- Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Ther* 1989;27(6):677-82.
- Salkovskis PM. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1999;37:29-52.
- Salkovskis PM, Forrester E, Richards C. Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *Brit J Psychiatry* 1998;173 (suppl.35):53-63.
- Shafran R, Thordarson D, Rachman S. Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder. *J Anx Disord* 1995;10:379-92.
- Steketee G. *Overcoming obsessive-compulsive disorder*. Oakland: New Harbinger Pub., 1999.
- Torres AR. *Medos, dúvidas e manias*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.
- Van Oppen P, Arntz A. Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1994;33(1):79-87.
- Van Noppen B, Pato M, Marsland R, Rasmussen SA. A time-limited behavioral group for treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Psychother Pract Res* 1998;7:272-80.
- Van Noppen B, Steketee G, McCorkle MA, Pato M. Group and multifamily behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: a pilot study. *J Anxiety Disorders* 1997;11:431-46.
-

ANEXO D

Revista Brasileira de Psiquiatria
Print version ISSN 1516-4446

Rev. Bras. Psiquiatr. vol.30 no.3 São Paulo Sept. 2008

doi: 10.1590/S1516-44462008000300003

ORIGINAL ARTICLE

The Brazilian Research Consortium on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders: recruitment, assessment instruments, methods for the development of multicenter collaborative studies and preliminary results

Consórcio Brasileiro de Pesquisa em Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo: recrutamento, instrumentos de avaliação, métodos para o desenvolvimento de estudos colaborativos multicêntricos e resultados preliminares

Euripedes Constantino Miguel^I; Ygor Arzeno Ferrão^{II}; Maria Conceição do Rosário^{III, IV}; Maria Alice de Mathis^I; Albina Rodrigues Torres^V; Leonardo Franklin Fontenelle^{VI}; Ana Gabriela Hounie^I; Roseli Gedanke Shavitt^I; Aristides Volpato Cordioli^{VII}; Christina Hojaij Gonzalez^{III}; Kátia Petribú^{VIII}; Juliana Belo Diniz^I; Dante Marino Malavazzi^I; Ricardo C Torresan^V; Andréa Litvin Raffin^{VII}; Elisabeth Meyer^{VII}; Daniela T Braga^{VII}; Sonia Borcato^I; Carolina Valério^I; Luciana N Gropo^{VIII}; Helena da Silva Prado^{III}; Eduardo Allende Perin^{III}; Sandro Iêgo Santos^{IV}; Helen Copque^{IV}; Manuela Corrêa Borges^{VI}; Angélica Prazeres Lopes^{VI}; Elenita D da Silva^{VIII}; The Brazilian Research Consortium on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (CTOC)*

^IDepartment of Psychiatry, Institute of Psychiatry, Clinical Hospital, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (SP), Brazil

^{II}Porto Alegre Institute, Universidade Metodista do Sul (IPA), Porto Alegre (RS), Brazil

^{III}Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo (SP), Brazil

^{IV}Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador (BA), Brazil

^VUniversidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu (SP), Brazil

^{VI}Institute of Psychiatry, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro (RJ), Brazil

^{VII}Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre (RS),

Brazil

^{VIII}Universidade de Pernambuco (UPE), Recife (PE), Brazil

Correspondence

ABSTRACT

OBJECTIVE: To describe the recruitment of patients, assessment instruments, implementation, methods and preliminary results of The Brazilian Research Consortium on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders, which includes seven university sites.

METHOD: This cross-sectional study included a comprehensive clinical assessment including semi-structured interviews (sociodemographic data, medical and psychiatric history, disease course and comorbid psychiatric diagnoses), and instruments to assess obsessive-compulsive (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale and Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale), depressive (Beck Depression Inventory) and anxious (Beck Anxiety Inventory) symptoms, sensory phenomena (Universidade de São Paulo Sensory Phenomena Scale), insight (Brown Assessment Beliefs Scale), tics (Yale Global Tics Severity Scale) and quality of life (Medical Outcome Quality of Life Scale Short-form-36 and Social Assessment Scale). The raters' training consisted of watching at least five videotaped interviews and interviewing five patients with an expert researcher before interviewing patients alone. The reliability between all leaders for the most important instruments (Structured Clinical Interview for DSM-IV, Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, Universidade de São Paulo Sensory Phenomena Scale) was measured after six complete interviews.

RESULTS: Inter-rater reliability was 96%. By March 2008, 630 obsessive-compulsive disorder patients had been systematically evaluated. Mean age (\pm SE) was 34.7 (\pm 0.51), 56.3% were female, and 84.6% Caucasian. The most prevalent obsessive compulsive symptom dimensions were symmetry and contamination. The most common comorbidities were major depression, generalized anxiety and social anxiety disorder. The most common DSM-IV impulsive control disorder was skin picking.

CONCLUSION: The sample was composed mainly by Caucasian individuals, unmarried, with some kind of occupational activity, mean age of 35 years, onset of obsessive-compulsive symptoms at 13 years of age, mild to moderate severity, mostly of symmetry, contamination/cleaning and comorbidity with depressive disorders. The Brazilian Research Consortium on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders has established an important network for standardized collaborative clinical research in obsessive-compulsive disorder and may pave the way to similar projects aimed at integrating other research groups in Brazil and throughout the world.

Descriptors: Obsessive-compulsive disorder; Clinical medicine; Multicenter study; Diagnosis; Prevalence

RESUMO

OBJETIVO: Descrever o recrutamento de pacientes, instrumentos de avaliação, métodos para o desenvolvimento de estudos colaborativos multicêntricos e os resultados preliminares do Consórcio Brasileiro de Pesquisa em Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo, que inclui sete centros universitários.

MÉTODO: Este estudo transversal incluiu entrevistas semi-estruturadas (dados sociodemográficos, histórico médico e psiquiátrico, curso da doença e diagnósticos psiquiátricos comórbidos) e instrumentos que avaliam os sintomas do transtorno obsessivo-compulsivo (Escala para Sintomas Obsessivo-Compulsivos de Yale-Brown e Escala Dimensional para Sintomas Obsessivo-Compulsivos de Yale-Brown), sintomas depressivos (Inventário de Depressão de Beck), sintomas ansiosos (Inventário de Ansiedade de Beck), fenômenos sensoriais (Escala de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo), juízo crítico (Escala de Avaliação de Crenças de Brown), tiques (Escala de Gravidade Global de Tiques de Yale) e qualidade de vida (questionário genérico de avaliação de qualidade de vida, Medical Outcome Quality of Life Scale Short-form-36 e Escala de Avaliação Social). O treinamento dos avaliadores consistiu em assistir cinco entrevistas filmadas e entrevistar cinco pacientes junto com um pesquisador mais experiente, antes de entrevistar pacientes sozinhos. A confiabilidade entre todos os líderes de grupo para os instrumentos mais importantes (Structured Clinical Interview for DSM-IV, Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, Universidade de São Paulo Sensory Phenomena Scale) foi medida após seis entrevistas completas.

RESULTADOS: A confiabilidade entre avaliadores foi de 96%. Até março de 2008, 630 pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo tinham sido sistematicamente avaliados. A média de idade (\pm SE) foi de 34,7 (\pm 0,51), 56,3% eram do sexo feminino e 84,6% caucasianos. Os sintomas obsessivo-compulsivos mais prevalentes foram os de simetria e os de contaminação. As comorbidades psiquiátricas mais comuns foram depressão maior, ansiedade generalizada e transtorno de ansiedade social. O transtorno de controle de impulsos mais comum foi escoriação neurótica.

CONCLUSÃO: Este consórcio de pesquisa, pioneiro no Brasil, permitiu delinear o perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico do paciente com transtorno obsessivo-compulsivo em uma grande amostra clínica de pacientes. O Consórcio Brasileiro de Pesquisa em Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo estabeleceu uma importante rede de colaboração de investigação clínica padronizada sobre o transtorno obsessivo-compulsivo e pode abrir o caminho para projetos semelhantes destinados a integrar outros grupos de pesquisa no Brasil e em todo o mundo.

Descritores: Transtorno obsessivo-compulsivo; Medicina clínica; Estudo multicêntrico; Diagnóstico; Prevalência

Introduction

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a common and disabling disorder.¹ Despite the increasing number of studies investigating aspects of OCD clinical characteristics, genetics, neuroimaging and treatment response, the pathogenesis of the disorder remains unknown, and a substantial number of patients do not respond to available treatments.^{2,3}

One of the most frequent constraints that limit the progress of OCD research is the relatively small number of patients enrolled in most studies, which contributes to reducing the statistical power and to limiting interpretation of findings.

Therefore, patient recruitment and proper evaluation is a fundamental step for the development of clinical research. However, this is not always an easy task. There are patients who do not accept participating or do not look for treatment for reasons related to intrinsic characteristics of the condition. These include features such as fear, embarrassment, lack of insight, symptom severity and specific presentations of obsessive-compulsive symptoms (OCS). All of them implicate in more limited access to patients.

Another challenge is to perform a comprehensive evaluation in a great number of patients. Detailed phenotypic interviews are very time-consuming and need careful training of several reliable interviewers to be administered to a substantial number of subjects.

One strategy to overcome these limitations and optimize recruitment and training efforts is multicenter collaborations between research groups, also called consortiums. This type of initiative, usually limited to a specific research area, has already been applied to several psychiatric disorders, including schizophrenia⁴ and bipolar disorders.⁵ There are no published studies using this type of approach in OCD.

The purpose of this study is to present initial findings of The Brazilian Research Consortium on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (CTOC), an enterprise of seven Brazilian centers aiming to investigate characteristics of OCD patients and their families, spanning over all areas of OCD research.

More precisely, this paper provides a detailed description of the CTOC implementation and its methodology, including recruitment of patients, assessment instruments, quality assurance procedures and the inter-rater

reliability process. We also present the demographic and clinical characteristics of the initial 630 patients evaluated.

Method

1. Ethical issues

CTOC research projects were submitted to and approved by the local Ethics Committees of the involved centers (Process: USP-968/05; IPA-6600023; UFRGS-06/171; Unifesp-302/2006 and UFRJ-0024.0.249.000-06). Written informed consents were obtained from all participants, after a thorough description of the objectives and methods of each study, and the reassurance that their decision to participate or not would not have any impact on their treatment availability. When the subject was younger than 18 years old, a written informed consent form was signed by the subject and also by a parent or legal guardian.

2. CTOC organization and structure

The CTOC was created in 2003. It has a self-governing organizational structure to facilitate the establishment of group policies and procedures. There are sub-committees for different issues, as shown in [Figure 1](#).

The main objectives of the CTOC are to systematically collect clinical data of OCD patients from multiple centers, building a database for collaborative studies; to stimulate the development of expert groups in this field throughout the country; to share information and to set up a higher standard of care for Brazilian OCD patients; to promote research training in this field; to create, translate, adapt and validate instruments to assess OCD; and to generate new findings that can contribute to the understanding and treatment of OCD and the most common psychiatric comorbidities.

Since 2006, the CTOC has been sponsored mainly by the National Council for Scientific and Technological Development (CNPq, i.e., the Millennium Project), but also by grants from Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp).

A website was created to facilitate the communication between members (<http://protoc.incubadora.fapesp.br/portal/ctoc/>). At this restricted website, assessment instruments, videos for interview training and inter-rater reliability assessment, tasks, workshop planning and other information are available online.

3. Description of each center

Brazil is a country with continental dimensions and great cultural diversity. It has 26 states, divided into five regions, and a current population of almost 190 million inhabitants (Brazilian Institute of Geography and Statistics –

IBGE, 2008, available at <http://www.ibge.org.br>). Each region has its own culture, ethnic distribution, and socioeconomic characteristics. In order to contemplate this diversity, the CTOC is composed of seven centers from five Brazilian states and three different regions ([Table 1](#)).

This cross-sectional study is the result of the recruitment of the first three years (from 2005 to 2007). CTOC structure and principles allow each center to have independent research projects in different fields, such as the phenotype dissection of OCD heterogeneity, genetics, neuropsychology, neuroimaging and clinical trials with pharmacotherapy, cognitive-behavioral therapy and neurosurgery for refractory cases. Each leading team may invite researchers from other centers to participate as co-authors, so that several projects are currently underway.

4. Implementation of the CTOC

The analyses of the variables originated from the instruments listed below will be planned for each new research project, according to the specific characteristics and objectives of the various studies to be conducted with this database. All future studies using the CTOC dataset will be based on predefined hypotheses.

1) Assessment instruments

Initially, the leaders from each center gathered in two different occasions to decide which instruments should be included in the "Initial Evaluation Protocol" and to nominate researchers for each of the sub-committees. The current version of the "Initial Evaluation Protocol" is an assessment package (available at <http://protoc.incubadora.fapesp.br/portal/ctoc/>) that includes an informed consent form, sociodemographic, socioeconomic (according to Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado – ABIPEME - scale), medical history data, a semi-structured interview about family psychiatric history (available under request), and the instruments briefly described below. The research protocol is usually completed over the course of one to three meetings (2 to 3 hours each), which are scheduled with intervals as short as possible. Each center may add instruments to this basic research protocol, according to approved specific projects.

2) Clinical assessment

Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I)⁶ and additional modules for tic and impulse control disorders.⁷ Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and separation anxiety disorder are investigated through a module of the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS).⁸

Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS).⁹ This scale has been used worldwide to evaluate OCS severity. It has been translated into Portuguese by Asbhar *et al.*, 2002.

Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS).¹⁰ It evaluates OCS according to specific dimensions, which include obsessions and related compulsions. The severity of each dimension can be independently quantified. Another advantage of this scale is that avoidant behaviors, mental and repetitive rituals are investigated within each dimension, allowing for a more precise evaluation of the severity of patients' symptoms. It also investigates the time spent with OCS, the level of anxiety and interference, with scores ranging from 0 to 5 (maximum of 15 for each dimension). The negative impact of OCS is also measured (maximum score of 30) and the therapeutic response can be evaluated according to specific dimensions. This instrument was simultaneously validated in Portuguese and English.

Yale OCD Natural History Questionnaire (Leckman *et al.*, 2002, unpublished manuscript, translated into Portuguese by Rosário *et al.*, 2002). This is a detailed instrument about OCS onset and course, including several life events and situations that may contribute to trigger, worsen or improve symptoms.

Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS).¹¹ This scale has been used worldwide to evaluate the nature and severity of motor and vocal tics. Translated into Portuguese by Miguel *et al.*, 2000.

Beck Depression and Anxiety Inventories.^{12,13} Translated into Portuguese by Gorenstein and Andrade, 1996.¹⁴ These are widely known scales to evaluate depressive and anxiety symptoms.

Universidade de São Paulo Sensory Phenomena Scale (USP-SPS).¹⁵ The USP-SPS evaluates the presence and severity of sensory phenomena (SP - subjective experiences of physical or mental sensations associated with repetitive behaviors). It is a semi-structured scale composed by two parts. The first one investigates the occurrence of past and current SP, divided into physical and mental sensations (examples of each type are supplied), including age at onset. The second part measures the frequency, distress and interference caused by each SP, in Likert scales ranging from 0 to 4 or 5.

Multimodality Treatment Assessment Study - Swanson, Nolan and Pelham Questionnaire (SNAP – IV) for parents and teachers (translated into Portuguese by Mattos *et al.*, 2006).¹⁶ This scale evaluates symptoms of hyperactivity and attention deficit.

Brown Assessment of Beliefs Scale (BABS).¹⁷ Translated into Portuguese by Ferrão and Hounie, 2002. The BABS is a clinician-administered scale to evaluate different aspects of the patient's insight: conviction regarding the belief, perception of others' views and explanation of different views about it, fixity of belief, attempts to disprove it, whether the individual recognizes a psychiatric/psychological cause for the belief, and presence of ideas of reference.

Social Assessment Scale (SAS). Translated into Portuguese by Gorenstein *et al.*, 2002.¹⁸ This 42-item scale evaluates the quality of nine areas of participants' social life: work (three areas), leisure, family, marital status, offspring, domestic life and financial status.

Brazilian version of the Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF-36). Translated and validated to Portuguese by Ciconelli *et al.*, 1999.¹⁹ The SF-36 evaluates the quality of life in the previous month and consists of 11 items, subdivided into 36 questions. It comprises questions about physical, social and emotional health, regarding different activities and general limitation.

Clinical Global Impressions Scale (CGI, adapted version).²⁰ The CGI investigates the health professional's impression regarding the patient's problem severity.

5. Training of the Interviewers and CTOC meetings

In order to guarantee a standardized use of the instruments, experienced clinicians trained the personnel from all the centers. A PhD level psychologist from Universidade de São Paulo (USP) visited the other CTOC sites to conduct training sessions on the application of structured interviews, which had already been used at USP. In addition, since 2003, two-day meetings have been held three times a year to discuss, practice and standardize the utilization of the research instruments (13 meetings so far).

Workshops on specific issues were also organized in order to present research results, discuss new research projects and specific methodological aspects. Brazilian experts on several areas (e.g. immunology, genetics, neuroimaging, neuropsychology, psychopathology of other disorders, statistics, database, etc.) have been invited to improve the discussions.

During every CTOC meeting, a videotaped interview with a patient, including the SCID-I, DY-BOCS and USP-SPS interviews, was watched by all participants, who rated their evaluations using individual answer sheets that were inserted in a specific database for reliability evaluations. Nine meetings with this aim have already been organized so far. As this is an ongoing consortium project, live and videotaped interviews will be continuously rated by participants for reliability purposes (at least twice a year).

Interviews using the above cited instruments, conducted by experienced professionals, are also available at the CTOC website, facilitating new members' training. Training consists of watching at least five videotaped interviews, observing five live interviews and interviewing five patients with the supervision of another researcher before interviewing patients alone. Instructions about the use of the most important instruments are also available at the CTOC website, as well as the most frequent doubts and questions regarding the use of these scales. In case of remaining questions

about interviews, the Assessment Instruments sub-committee can be consulted.

The leaders also promote continuous training in their centers to guarantee a high level of reliability among the participants of the local research teams.

All research protocols are sent to the Central Data Core (USP) and are thoroughly reviewed for quality assurance before insertion in the CTOC database. This is performed by a psychologist (MAM) who has directly participated in the training of members from all centers. She extensively checks all the files to detect possible missing or incongruent data. When found, the protocol is returned to the original site for correction (if necessary, the patient is reinterviewed). After insertion, the data are also reviewed by the Database sub-committee, constituted by six members. Copies of the research protocols are stored locally at each center. The final database is available for each center leader ([Figure 1](#)).

6. Types of studies

1) Phenotypical studies

These are the core projects conducted by the CTOC, since all centers use the "Initial Evaluation Protocol" that has all the phenotypic information. Based on the clinical assessment instruments, several studies on the phenotypical expression of OCD are being conducted or being prepared, including gender differences, early vs. late onset of symptoms, specific comorbidity patterns (e.g. patients with and without tic disorders, substance use and impulse control disorders, and social anxiety disorder) and specific clinical features of some symptom dimensions (e.g. hoarding obsessions and compulsions), presence of suicidal thoughts, plans and attempts, etc.

2) Other studies

Performed by some of the centers, depending on their specificities, investigating the following aspects: a) Genetic Studies (the CTOC is part of an international consortium for genetic studies in OCD). Blood serum and DNA from blood or saliva are also obtained from patients and first-degree relatives to perform molecular genetics and immunological investigations); b) Neuroimaging studies, investigating cerebral structural and functional alterations; c) Neuropsychological studies, investigating brain function as possible endophenotypes; d) Clinical trials, investigating the response to pharmacological or cognitive-behavioral approaches.

7. Sample recruitment

Until March 2008, a total of 630 patients had been systematically evaluated and included in the data set.

Inclusion criteria: individuals under treatment in any of the seven sites, who had DSM-IV OCD as their main psychiatric diagnosis confirmed by the

SCID-I,⁶ and were able to understand and agreed to participate in the research protocol.

Forty-six patients from all centers were excluded from the study: seven patients fulfilled DSM-IV diagnostic criteria for schizophrenia; one patient was unable to understand and provide informed consent and 38 subjects refused to participate: 32 due to the long time spent to answer all the research protocol, and six did not agree to sign the informed consent (two were afraid of being identified, and four did not want to supply blood for genetic research).

Sources of referral included outpatient (mostly) and inpatient clinics, clinicians in primary or secondary health care units, private psychiatric services (150 from São Paulo and 20 from Rio Grande do Sul), websites, media advertisements, self-help groups and the Brazilian Association of Obsessive-Compulsive and Tourette Syndrome Disorders (ASTOC – www.astoc.org.br). Recruitment efforts were focused on individuals living in the local area or patients presenting for treatment at the centers.

8. Statistical analyses

Initially, the frequency and distribution calculations of selected variables were performed for the sample as a whole, using mean \pm standard error (SE), percentages, median, minimum and maximum values. For the differences between centers, Pearson's chi-square for categorical (dichotomic or polytomic) variables was used. Tests were adjusted for all pairwise comparisons within a row of each innermost suitable using the Bonferroni correction. One-way analysis of variance (ANOVA) followed by the post-hoc Scheffé test (normal distribution) or Kruskal-Wallis H test (non-normal distribution) for continuous variables were performed. Scales scores (e.g. Y-BOCS, DY-BOCS, BABS, BDI, BAI, YGTSS) were analyzed as continuous variables.

The initial objective of this study was to measure the inter-rater reliability between the leaders of all CTOC centers with at least six patients thoroughly evaluated. As it is an ongoing consortium work, the reliability analyses will be continuously performed every ten cases. At this moment, for an initial reliability evaluation, only the core instruments for most studies and those that could lead to higher occurrence of disagreement between evaluators were chosen. It must be highlighted that the inter-reliability was not assessed for those scales that are very descriptive (straightforward answers) and less clinical, with little room for disagreement. Furthermore, all participants watched the videos together and discussed each of the differences.

The statistical level of significance adopted was 5%. The software used in all analyses was the Statistical Package for Social Science (SPSS), version 15.0 (SPSS Inc., Chicago, USA).

Results

1. Inter-rater reliability

Concerning the reliability of instrument administration between raters, the leaders of each center watched and independently rated at least six patients' videotaped interviews of the SCID-I, DY-BOCS and USP-SPS, totalizing 191 items, which were analyzed. The answers could be dichotomic or ordinal. Of these 191 items, 184 (96%) were concordant by the eight leaders of the research centers. Three items (1.6%) were discordant for one rater, three items (1.6%) for two raters and one item (0.5%) for four raters.

2. Demographic and clinical data

Of the 630 patients, 308 (49.0%) came from USP, 126 (20.0%) from Universidade Federal do Rio Grande do Sul-Universidade Metodista do Sul (UFRGS-IPA), 73 (11.6%) from Universidade de Pernambuco (UPE), 49 (7.8%) from Universidade Estadual Paulista (Unesp), 33 (5.2%) from Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), 23 (3.7%) from Universidade Federal da Bahia (UFBA), and 17(2.7%) from Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). [Table 2](#) shows the main sociodemographic and clinical features for the total sample and of each of the centers. Having no partner was more frequent at the UPE center and the lowest rates of unemployment appeared at the UFRGS-IPA center. The sample evinces a higher prevalence of social class A at the USP center (reflecting the higher frequency of private patients in this center) and social class E at UFBA. Higher mean educational level was found at USP (also secondary to the higher frequency of private patients in this center). The age at onset of OCS was higher for the Unesp center, and the longest time gap to start any kind of appropriate treatment occurred at UFRGS-IPA. According to Y-BOCS, DY-BOCS and CGI, the most severe cases were presented by the UFRGS-IPA and UPE centers.

Although it was not an initial purpose of this study, the sociodemographic and clinical characteristics of patients from private and public services were compared, since it was believed to be a potential confounding variable. The patients recruited from public services, when compared to private ones, were more likely to be female, from lower social class, less educated, and to present a longer time gap to start treatment. They also tended to be older when they get the OCD diagnosis and to have more severe OCS (measured by the Y-BOCS and DY-BOCS), as shown in [Table 3](#).

Prior to the interview, the most frequently used anti-obsessive medications were fluoxetine (n = 290, 46.0%); clomipramine (n = 220, 34.9%); paroxetine (n = 166, 26.3%), and sertraline (n = 166, 26.3%). The most frequently used benzodiazepines were clonazepam (n = 185, 29.4%), diazepam (n = 81, 12.9%), and alprazolam (n = 70, 11.1%), and the most frequently used antipsychotics associated with the SSRIs were risperidone (n = 61, 9.7%), haloperidol (n = 52, 8.3%), and olanzapine (n = 33, 5.2%).

According to the DY-BOCS, the most prevalent symptom dimension was symmetry. The other dimensions are described in [Figure 2](#). The most common "other OCS" were obsessions of separation from parents or other relatives (n = 248; 39.4%), superstitious obsessions (n = 226; 35.9%), obsessions about medical diseases (n = 203; 32.2%), "slowness, repetitive behaviors" (n = 202; 32.1%), and compulsions to prevent from losing a relative (n = 201; 31.9%). The DY-BOCS dimensions median scores were (25th percentile-75th percentile): aggression – 4 (0-9); sexual-religious – 0 (0-8); symmetry, order – 8 (3-11); contamination, cleaning – 7 (0-11); hoarding – 0 (0-6); other OCS – 8 (3-11) and total score – 22 (18-25).

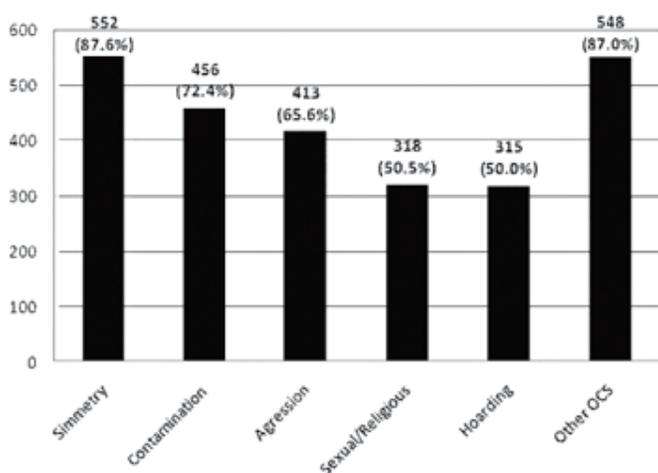


Figure 2 – Prevalence of obsessive-compulsive symptoms dimensions according to the Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS)

The lifetime psychiatric comorbidities are listed in [Table 4](#). The five most common comorbidities were major depressive disorder, generalized anxiety disorder, social anxiety disorder ("social anxiety disorder" has been proposed as an alternative for the DSM-IV established term "social phobia"), simple phobia and separation anxiety (investigated in all sample, including adults). Among impulsive control disorders, skin picking appeared as the most common comorbidity followed by compulsive buying, intermittent explosive disorder and trichotillomania. Eating disorders were present in less than 10% of the sample, as well as drug/alcohol abuse or dependence and ADHD.

Table 4 – Axis I lifetime psychiatric comorbidities of the sample

Axis I psychiatric comorbidity	n	%
Affective disorders		
Major depressive disorder	439	69.7
Dysthymic disorder	67	10.6
Bipolar I disorder	28	4.4
Bipolar II disorder	35	5.6
Anxiety disorders		
Generalized anxiety disorder	223	35.4
Social phobia	232	36.8
Specific anxiety disorder	204	32.4
Post-traumatic stress disorder	98	15.6
Panic + Agoraphobia	54	8.6
Agoraphobia	36	5.7
Panic disorder	39	6.2
Eating disorders		
Periodic alimentary compulsion	51	8.1
Anorexia	18	2.9
Bulimia	17	2.7
Substance dependence		
Alcohol	47	7.5
Other drugs	15	2.4
Impulse control disorders		
Skin picking	105	16.7
Compulsive buying	68	10.8
Intermittent explosive disorder	53	8.4
Trichotillomania	36	5.7
Compulsive sexual behavior	20	3.2
Compulsive "interneting"	19	3.0
Kleptomania	16	2.5
Pathological gambling	5	0.8
Other disorders		
Tic disorder	181	28.7
Tourette's disorder	44	7.0
Separation anxiety disorder*	155	24.6
Somatization disorder	22	3.5
Body dysmorphic disorder	73	11.6
Attention-deficit/hyperactivity disorder*	54	8.6
Delusional disorder	2	0.3

n - number of subjects; % - percentage of subjects. * Investigated in all sample (including adults)

The mean (\pm SE) age of the first tic was 12.87 (\pm 0.62), ranging from 1 to 55 years old (median = 12.0). The USP-SPS was administered to 605 subjects; 395 (65.3%) of them presented any of the sensory phenomena and the total mean (\pm SE) score of the scale was 7.81 (\pm 0.17), ranging from 1 to 15.

The mean (\pm SE) score of BDI of 613 patients was 15.54 (\pm 0.45), ranging from 0 to 53 (median = 14); and of BAI was 15.15 (\pm 0.46), ranging from 0 to 53 (median = 13.0). Among the 593 patients that answered the BABS, the mean (\pm SE) score was 6.49 (\pm 0.22), ranging from 0 to 24 (median = 6).

The quality of life of 378 patients of the sample (60.0%), according to the SF-36, showed the following scores [mean(\pm SE)]: functional capacity: 83.79 (\pm 1.04); limitation due to physical aspects: 75.19 (\pm 1.71); pain: 71.79 (\pm 1.37); general health status: 64.00 (\pm 1.27); vitality: 52.84 (\pm 1.18); social aspects: 49.93 (\pm 1.51); limitation due to emotional aspects: 53.00 (\pm 1.88);

mental health: 53.98 (± 1.11). A total SF-36 score could be obtained through the arithmetic mean of the eight dimensions: 63.14 (± 0.96). According to the EAS scores, the mean (\pm SE) total score was 1.40 (± 0.042) for those patients who work ($n = 234$); 1.73 (± 0.041) for those who are housewives ($n = 211$); and 0.99 (± 0.045) for those who are students ($n = 95$).

Discussion

There is considerable agreement on the need to recruit a high number of participants for clinical research on psychiatric disorders in general and OCD in particular. Large sample sizes enhance the study power to test specific hypotheses. We present the first CTOC investigating characteristics of OCD patients and their families spanning over all areas of OCD research. The main objective of the CTOC is to conduct multicenter research on OCD, using properly and uniformly administered assessment instruments in order to form a unique dataset to be used by all Consortium sites. These requirements entail a great deal of planning, mainly to standardize the training and methods, and to constantly guarantee cross-site reliability. Considering the remarkable heterogeneity of OCD, this approach optimizes the findings on specific clinical phenotypes of the disorder, which is extremely relevant for clinical, genetic, neuropsychological, neuroimaging and treatment outcome studies.

So far, our research assessment protocol has proved to be successful. The interviews exhibited adequate inter-rater reliability, an essential step for a multicenter initiative like this. The continuing regular meetings have allowed CTOC members to "test" the applicability of the assessment package and to identify current or potential problems. This strategy also favored the clarification of several clinical questions and the immediate correction of some quandaries, including unclear decision trees or imprecise statements. Nevertheless, the current absence of appropriate validation of the instruments in Brazil may, to some extent, limit some findings of our studies. As it is an ongoing research Consortium, future papers will acknowledge this core methodological aspect.

After the first two years of active recruitment, 630 participants (much more than the predefined goal) have been successfully evaluated and their data inserted in the core data bank. Some caution on the external validity of all studies derived from this sample should be taken. All CTOC centers are specialized university services or private clinics for OCD treatment, probably comprising more severe cases. Therefore, the results cannot be directly generalized to OCD patients from primary or secondary health care units, neither to community samples.

It is also uncertain to what extent the results can be generalized to other countries and cultures, despite the similar profile of the main OCD clinical features worldwide.²¹ In Brazil, only two community-based studies (restricted to big urban areas) have been conducted. The lifetime

prevalence rates of OCD found in the general population were 0.7% in Brasilia-DF, 2.1% in Porto Alegre-RS²² and 0.3% in São Paulo-SP.²³ Most surveys conducted in other countries and cultures have found lifetime prevalence ranging from 0.3% to 3.0%.²⁴ Although these quite distinct estimates may reflect methodological differences among sites, such as different interviewers' training and skills, they are more likely due to some regional differences in a country with so much cultural variety.^{24,25}

Nevertheless, the CTOC sample includes patients from different Brazilian states and regions and the patients' demographic and clinical characteristics differ in many aspects between the centers, as indicated by the initial comparative analysis reported here. Otherwise the sample ethnic distribution resembles the Brazilian cultural heterogeneity (Brazilian Institute of Geography and Statistics, 2008-IBGE, available at <http://www.ibge.org.br>), since the centers from the Northeast region, in contrast with the centers from the South, present lower frequency of Caucasian participants.

This CTOC sample also includes patients from private and public services. The longer time gap to start treatment in the public services, when compared to the private ones, may indicate deficiencies in the current public health system in the identification and management of OCD cases. Considering the level of education, as measured by the number of years of formal education, the two-year difference found between these groups, although statistically significant, does not seem to be clinically relevant. It is worthwhile to stress that even the participants from public services had a much higher level of education compared to the Brazilian general population, which ranges from 4.6 years in the Northeast to 6.6 years in the Southeast region (Brazilian Institute of Geography and Statistics, 2008-IBGE, available at <http://www.ibge.org.br>). Therefore, a possible difference on the capacity to understand the assessment instruments by individuals from private and public services is very unlikely. Furthermore, participants with considerable difficulties in understanding the research questions were excluded from the study.

Although the YBOCS and D-YBOCS showed statistically significant differences between public and private participants, one point in the YBOCS compulsions subscale and 1.4 points in the D-YBOCS total score do not seem to evince clinical relevance.

This is the first study with a large sample to evaluate OCS using a dimensional questionnaire (DY-BOCS). The results are similar to other two previously published papers with 48 and 137 patients,^{2,10} which indicated the dimension of symmetry, order and arrangement as the most prevalent one. Another instrument evaluating subjective experiences of physical or mental sensations associated with repetitive behaviors (sensory phenomena) – the USP-SPS – was also widely used for the first time. The prevalence of sensory phenomena in this sample (65.3%) was similar to that of other studies, where they ranged from 40% to 57.5%.^{1,15,26-28} The mean score on BDI and BAI were consonant with other international

studies,²⁹ but lower than one previous Brazilian study.³⁰ The BABS mean score was similar to that found by Phillips *et al.* in 198 OCD patients: 6.8 (± 4.9).³¹

Our findings concerning comorbid axis I conditions are generally in the reported ranges for OCD clinical samples, which were differently ascertained and vary considerably. As in most studies, major depressive disorder was the most frequent comorbid condition, followed by anxiety disorders in general. In the literature, the rates for depressive episodes vary from 20-67%, for specific phobias from 7%-22%, for social anxiety disorder from 8-42% and generalized anxiety disorder from 8-32%.³²⁻³⁸ The slightly higher figures for some disorders in our sample may be due to the fact that these patients are from specialized or tertiary services, which usually assist more severe cases. The 7.5% prevalence of alcohol dependence is similar to that of other clinical studies^{34,39} and much lower than that of community studies,^{40,41} as expected.

There are differences regarding the types of comorbid psychiatric disorders found in community and clinical samples, probably because of their impact on help-seeking behaviors.⁴² The CTOC sample presents a comorbidity pattern that is similar to what is expected in clinical studies. Lifetime prevalence of mood, anxiety and tic disorders are very similar to findings from previous studies with OCD patients who are under treatment.^{26,43} On the other hand, this study presents original findings regarding the prevalence of specific impulse control disorders that had never been systematically investigated in such a large sample. The relatively high frequency of comorbidity with skin picking and the relatively low frequency of compulsive sexual behavior, compulsive "interneting," kleptomania and pathological gambling found in this sample may serve as an additional evidence suggesting that skin picking may be part of the obsessive-compulsive spectrum disorders⁴⁴ as opposed to a more "impulsive spectrum," which would include the other putative impulse control disorders.^{45,46} More studies in this area of OCSD are clearly needed. Addictive behaviors, such as those involved in drug and alcohol abuse and dependence are much less frequent in clinical samples, compared to general population samples, indicating that some OCD sufferers may be using substances to deal with their symptoms instead of seeking treatment.³⁷

The results regarding some aspects of the patient's quality of life (QoL) (i.e., vitality, social, emotional and mental health) reflect the negative impact of OCD severity and other co-occurring symptoms (i.e., depressive, anxious). The importance of studying this aspect is that QoL may be an appropriate indicator of treatment impact on several aspects of the patient's life.⁴⁷ Severe OCD symptoms may lead to the same levels of QoL and family burden of schizophrenic patients, especially on psychological and social domains.⁴⁸ Even with relatively mild mean scores of depression and anxiety symptoms, their additional impact on OCD may increase the patient's burden and, probably, of their families.²⁵ More specific analyses of QoL of these patients will be described in future papers, regarding clinical aspects

that can have different impact, such as obsessions or compulsions, as suggested by Stengler-Wenzke *et al.*⁴⁹

The CTOC participants are confident that their main goals have been successfully achieved so far. Relevant clinical data have been systematically and uniformly collected, a large database for collaborative studies has been built, graduate and post-graduate students are receiving research training in this field, and expert groups are under continuous development throughout the country. This effort will certainly generate new findings that can contribute to the understanding and treatment of OCSD, which hopefully will lead to a better standard of care for Brazilian patients and their families and may serve as a model to be followed in other countries.

In conclusion, the CTOC has established an important network for recruitment and implemented methods for standardized assessment of OCD patients in Brazil. In addition, the chosen instruments also allowed, for the first time, a comprehensive evaluation and measurement of multiple intrinsic and extrinsic OCD features in a large clinical sample. It was possible, for the first time in our country, to draw a general demographic and clinical profile of OCD patients from different regions: most of them are Caucasian, unmarried, with some kind of occupational activity, mean age of 35 years and onset of OCS at 13 years of age, symptoms of mild to moderate severity, higher prevalence of symmetry and contamination/cleaning symptoms and comorbidity with depression. The present findings provide a strong methodological backbone for the studies to come. Moreover, the CTOC may pave the way to similar projects aimed at integrating other Brazilian research groups.

Disclosures

References

1. Miguel EC, Coffey BJ, Baer L, Savage CR, Rauch SL, Jenike MA. Phenomenology of intentional repetitive behaviors in obsessive-compulsive disorder and Tourette's disorder. *J Clin Psych.* 1995;56(6):246-55.
[[Links](#)]
2. Ferrão YA, Shavitt RG, Bedin NR, de Mathis ME, Lopes AC, Fontenelle LF, Torres AR, Miguel EC. Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord.* 2006;94(1-3):199-209.
[[Links](#)]
3. Ferrão YA, Diniz JB, Lopes AC, Shavitt RG, Greenberg B, Miguel EC. Resistance and refractoriness in obsessive-compulsive disorder. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007;29(Supl II):S66-76. [[Links](#)]
4. Calkins ME, Dobie DJ, Cadenhead KS, Olincy A, Freedman R, Green MF, Greenwood TA, Gur RE, Gur RC, Light GA, Mintz J, Nuechterlein KH, Radant AD, Schork NJ, Seidman LJ, Siever LJ, Silverman JM, Stone WS,

Swerdlow NR, Tsuang DW, Tsuang MT, Turetsky BI, Braff DL. The Consortium on the Genetics of Endophenotypes in Schizophrenia: model recruitment, assessment, and endophenotyping methods for a multisite collaboration. *Schizophr Bull.* 2007;33(1):33-48. [[Links](#)]

5. Johnston-Wilson NL, Sims CD, Hofmann JP, Anderson L, Shore AD, Torrey EF, Yolken RH. Disease-specific alterations in frontal cortex brain proteins in schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder. The Stanley Neuropathology Consortium. *Mol Psychiatry.* 2000;5(2):142-9. [[Links](#)]

6. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB. Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders: clinical version (SCID-CV). Washington, DC: American Psychiatric Press, 1997. [[Links](#)]

7. First MB. Structural clinical interview for DSM-IV-TR Impulse Control Disorders Not Elsewhere Classified (SCID-TCIm). Biometrics Research Department; New York State Psychiatric Institute; 2004. [[Links](#)]

8. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, Williamson D, Ryan N. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children - Present and Lifetime (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psych.* 1997;36(7):980-8. [[Links](#)]

9. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry.* 1989;46(11):1006-11. [[Links](#)]

10. Rosario-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S, Chacon P, Ferrao Y, Findley D, Katsovich L, Scahill L, King RA, Woody SR, Tolin D, Hollander E, Kano Y, Leckman JF. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Mol Psychiatry.* 2006;11(5):495-504. [[Links](#)]

11. Leckman JF, Riddle MA, Hardin MT, Ort SI, Swartz KL, Stevenson J, Cohen DJ.. The Yale Global Tic Severity Scale: initial testing of a clinician-rated scale of tic severity. *J Am Ac Child Adoles Psych.* 1989;28(4):566-73. [[Links](#)]

12. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961;4:561-71. [[Links](#)]

13. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* 1988;56(6):893-7. [[Links](#)]

14. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res.* 1996;29(4):453-7. [[Links](#)]
 15. Miguel EC, do Rosário-Campos MC, Prado HS, do Valle R, Rauch SL, Coffey BJ, Baer L, Savage CR, O'Sullivan RL, Jenike MA, Leckman JF. Sensory phenomena in patients with obsessive-compulsive disorder and/or Gilles De La Tourette Syndrome. *J Clin Psychiatry.* 2000;61(2):150-6. [[Links](#)]
 16. Mattos P, Serra-Pinheiro MA, Rohde LA, Pinto D. Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2006;28(3):290-7. [[Links](#)]
 17. Eisen JL, Phillips KA, Baer L, Beer DA, Atala KD, Rasmussen SA. The Brown Assessment of Beliefs Scale: reliability and validity. *Am J Psychiatr.* 1998;155(1):102-8. [[Links](#)]
 18. Gorenstein C, Moreno RA, Bernik MA, Carvalho SC, Nicastrí S, Cordás T, Camargo AP, Artes R, Andrade L. Validation of the Portuguese version of the social adjustment scale in Brazilian samples. *J Affect Disord.* 2002;69(1-3):167-75. [[Links](#)]
 19. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36) / Brazilian-Portuguese version of the SF-36. A reliable and valid quality of life outcome measure. *Rev Bras Reumatol.* 1999;39(3):143-50. [[Links](#)]
 20. Guy W. Clinical global impression (CGI). In: ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Alcohol Drug Abuse and Mental Health Administration, NIMH psychopharmacology Research branch. Rockville: National Institute of Mental Health; 1976. [[Links](#)]
 21. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Marques C, Versiani M. Trans-cultural aspects of obsessive-compulsive disorder: a description of a Brazilian sample and a systematic review of international clinical studies. *J Psychiatr Res.* 2004;38(4):403-11. [[Links](#)]
 22. 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). *Rev ABP-APAL.* 1992;14(3):93-104. [[Links](#)]
 23. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brasil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002;37(7):316-25. [[Links](#)]
-

24. Torres AR, Lima MC. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: a review. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;27(3):237-42. [[Links](#)]
25. Niederauer KG, Braga DT, Souza FP, Meyer E, Cordioli AV. Quality of life in individuals with obsessive-compulsive disorder: a review. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007;29(3): 271-8. [[Links](#)]
26. Diniz JB, Rosario-Campos MC, Hounie AG, Curi M, Shavitt RG, Lopes AC, Miguel EC. Chronic tics and Tourette syndrome in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Res.* 2006;40(6):487-93. [[Links](#)]
27. Shavitt RG, Belotto C, Curi M, Hounie AG, Rosario-Campos MC, Diniz JB, Ferrão YA, Pato MT, Miguel EC. Clinical features associated with treatment response in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry.* 2006;47(4):276-81. [[Links](#)]
28. Nakata AC, Diniz JB, Torres AR, de Mathis MA, Fossaluza V, Bragança CA, Ferrão Y, Miguel EC. Level of insight and clinical features of obsessive-compulsive disorder with and without body dysmorphic disorder. *CNS Spectr.* 2007;12(4):295-303. [[Links](#)]
29. Cottraux J, Note I, Yao SN, Lafont S, Note B, Mollard E, Bouvard M, Sauteraud A, Bourgeois M, Dartigues JF. A randomized controlled trial of cognitive therapy versus intensive behavior therapy in obsessive compulsive disorder. *Psychother Psychosom.* 2001;70(6):288-97. [[Links](#)]
30. Sousa MB, Isolan LR, Oliveira RR, Manfro GG, Cordioli AV. A randomized clinical trial on cognitive-behavioral group therapy and sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psych.* 2006;67(7):1133-9. [[Links](#)]
31. Phillips KA, Pinto A, Menard W, Eisen JL, Mancebo M, Rasmussen SA. Obsessive-compulsive disorder versus body dysmorphic disorder: a comparison study of two possibly related disorders. *Depress Anxiety.* 2007;24(6):399-409. [[Links](#)]
32. Attiullah N, Eisen JL, Rasmussen SA. Clinical features of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2000;23(3):469-91. [[Links](#)]
33. Steketee G, Chambless DL, Tran GQ. Effects of axis I and II comorbidity on behavior therapy outcome for obsessive-compulsive disorder and agoraphobia. *Compr Psychiatry.* 2001;42(1):76-86. [[Links](#)]
34. Tükel R, Polat A, Ozdemir O, Aksüt D, Türksoy N. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry.* 2002;43(3):204-9. [[Links](#)]
-

35. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1994;55(Suppl 5-10):discussion 11-4. [[Links](#)]
36. Crino RD, Andrews G. Obsessive-compulsive disorder and axis I comorbidity. *J Anxiety Dis*. 1996;10(1):37-46. [[Links](#)]
37. Milanfranchi A, Marazziti D, Pfanner C, Presta S, Lensi P, Ravagli S, Cassano GB. Comorbidity in obsessive-compulsive disorder: Focus on depression. *Eur Psychiatry*. 1995;10(8): 379-82. [[Links](#)]
38. Sobin C, Blundell M, Weiller F, Gavigan C, Haiman C, Karayiorgou M. Phenotypic characteristics of Obsessive-Compulsive Disorder ascertained in adulthood. *J Psych Res*. 1999;33(3):265-73. [[Links](#)]
39. Yaryura-Tobias JA, Grunes MS, Todaro J, McKay D, Neziroglu FA, Stockman R. Nosological insertion of axis I disorders in the etiology of obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Dis*. 2000;14(1):19-30. [[Links](#)]
40. Karno M; Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45(12):1094-9. [[Links](#)]
41. Torres AR, Prince MJ, Bebbington PE, Bhugra D, Brugha TS, Farrell M, Jenkins R, Lewis G, Meltzer H, Singleton N.. Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *Am J Psych*. 2006;163(11):1978-85. [[Links](#)]
42. Torres AR, Prince MJ, Bebbington PE, Bhugra DK, Brugha TS, Farrell M, Jenkins R, Lewis G, Meltzer H, Singleton N. Treatment seeking by individuals with obsessive-compulsive disorder from the British psychiatric morbidity survey of 2000. *Psychiatr Serv*. 2007;58(7):977-82. [[Links](#)]
43. Tükel R, Polat A, Ozdemir O, Aksüt D, Türksoy N. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2002;43(3):204-9. [[Links](#)]
44. Bienvenu OJ, Samuels JF, Riddle MA, Hoehn-Saric R, Liang KY, Cullen BA, Grados MA, Nestadt G. The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. *Biol Psychiatry*. 2000;48(4):287-93. [[Links](#)]
45. Dell'Osso B, Altamura AC, Allen A, Marazziti D, Hollander E. Epidemiologic and clinical updates on impulse control disorders: a critical review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006;256(8):464-75. [[Links](#)]
-

46. Ferrão Y, Miguel EC, Stein D. Tourette's disorder, trichotillomania, and obsessive-compulsive disorder: how closely are they related? *Psych Res*. 2008 (accepted). [[Links](#)]

47. Norberg MM, Calamari JE, Cohen RJ, Riemann BC. Quality of life in obsessive-compulsive disorder: an evaluation of impairment and a preliminary analysis of the ameliorating effects of treatment. *Depress Anxiety*. 2008;25(3):248-59. [[Links](#)]

48. Gururaj GP, Math SB, Reddy J, Chandrashekar CR. Family burden, quality of life and disability in obsessive compulsive disorder: An Indian perspective. *J Postgrad Med*. 2008;54(2):91-7. [[Links](#)]

49. Stengler-Wenzke K, Kroll M, Riedel-Heller S, Matschinger H, Angermeyer MC. Quality of life in obsessive-compulsive disorder: the different impact of obsessions and compulsions. *Psychopathology*. 2007;40(5):282-9. [[Links](#)]

Correspondence

Ygor Arzeno Ferrão

Porto Alegre Institute, South Methodist University

Rua Padre Chagas, 185/403 Phone: (+55 51)-3346-1077

90570-080 Porto Alegre, RS, Brazil

E-mail: ygoraf@terra.com.br

Submitted: June 1st, 2008

Accepted: August 5, 2008

* **CTOC members: USP** - Leader: Euripedes C. Miguel. Members: Aline S Sampaio, Ana G Hounie, André A Seixas, André Gentil, Anita Taub, Antonio C Lopes, Ariane Machado Lima, Carina C. D'Alcante, Carolina Cappi, Carolina Valério, Cristina Belotto da Silva, Dante Marino Malavazzi, Isabel Pimentel, Ivanil Morais, Juliana B. Diniz, Marcelo Batistuzzo, Marcelo Hoexter, Maria Alice de Mathis, Maria Eugênia De Mathis, Marinês A. Joaquim, Pedro Alvarenga, Priscila Chacon, Quirino Cordeiro, Roseli G Shavitt, Sonia Borcatto. Statistics: Carlos Alberto de Bragança Pereira, Victor Fossaluzza. **UNIFESP** – Leaders: Maria Conceição do Rosário and Christina H. Gonzales. Members: Armando Rezende, Eduardo Allende Perin, Helena Prado, Patrícia Veloso, Rosana Savio Mastroso, Tatiane Cristina Ribeiro. **UNESP** – Leader: Albina Rodrigues Torres. Members: Ana Teresa A. Ramos-Cerqueira, Érica Vasques Trench, Melissa Chagas Assunção, Ricardo Cezar Torresan. **UFRJ** – Leader: Leonardo F. Fontenelle. Members: Angélica P. Lopes, Manuela C. Borges. **UFBA** – Leader: Maria Conceição do Rosário. Members: Amanda Galvão de Almeida, Helen Copque, Samantha Nunes Santos, Sandro Igo. **UPE** – Leader: Kátia Petribú. Members: Anna Guerra Toniolo, Cristiana Machado, Daisy Pontual, Elenita Domingues, Ilduara Sidrim, Juliana Oliveira, Luciana Gropo, Luis Evandro Lima Filho, Moacir Pires, Priscylla Jennie Rabelo. **UFRGS-IPA** – Leaders: Aristides Volpato Cordioli and Ygor Arzeno Ferrão. Members: Andréa L. Raffin, Daniela Braga, Elisabeth Meyer da Silva,

Fernanda Pasquotto de Souza, Helena Bins, Kátia Niederauer, Lucas Lovato, Marcelo Basso.

© 2009 Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)

Rua Pedro de Toledo, 967 - casa 1

04039-032 São Paulo SP Brazil

Tel.: +55 11 5081-6799

Fax: +55 11 5579-6210

 e-Mail

rbp@abpbrasil.org.br

ANEXO E

Rev. Bras. Psiquiatr. vol.29 no.3 São Paulo Sept. 2007

doi: 10.1590/S1516-44462007000300023

CARTAS AOS EDITORES

Observações sobre o artigo "Subtipos clínicos do transtorno obsessivo-compulsivo com base na presença de compulsões de checagem e lavagem" de Fontenelle *et al.* (2005)

Remarks on the paper "Clinical subtypes of obsessive-compulsive disorder based on the presence of checking and washing compulsions" by Fontenelle *et al.* (2005)

Sr. Editor,

Pesquisas apontam para o caráter heterogêneo do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). As diferenças nas taxas de resposta ao tratamento, nos cursos evolutivos e nas várias formas de apresentação da síndrome sugerem a existência de diversos subtipos com possíveis bases fisiopatológicas específicas.

No intuito de estudar o TOC, seja do ponto de vista fenomenológico ou genético, torna-se fundamental a caracterização de fenótipos clínicos mais precisos. A identificação de subgrupos mais homogêneos é uma etapa importante na identificação de mecanismos fisiopatológicos e no desenvolvimento de estratégias terapêuticas eficazes.

Compulsões de **verificação** e de **lavagem** são as mais freqüentes em amostras clínicas.¹ Embora muitos pacientes apresentem ambas as dimensões de forma simultânea, geralmente uma predomina, o que permite classificá-los como "verificadores" ou "lavadores".

Apesar do interesse crescente na identificação de grupos mais homogêneos de pacientes, poucos autores verificaram se **lavagem** e **verificação** são possíveis marcadores de subtipos do transtorno.²

Nessa linha de investigação, Fontenelle *et al.* utilizaram uma metodologia original e alocaram 106 portadores de TOC em quatro subgrupos: o primeiro, composto pelos verificadores; o segundo, pelos lavadores; o terceiro, pelos que apresentavam lavagem e verificação simultaneamente; e o último, composto pelos que não apresentavam nenhum dos dois comportamentos compulsivos.²

No entanto, gostaríamos de tecer algumas considerações acerca da metodologia. Inicialmente, a descrição do percentual de pacientes do estudo naturalístico realizado pelos autores que participaram do atual poderia auxiliar na melhor compreensão do desenho do estudo realizado.³

No caso de não terem sido incluídos todos os pacientes do estudo naturalístico, seria possível que tenha contribuído para um viés de seleção? Será que pacientes que, por alguma razão, não tenham sido incluídos poderiam ser portadores de algum subtipo específico, influenciando na descrição dos resultados?

Quanto aos dados levantados durante a investigação, cumpre indagar: foram colhidas informações sobre a história familiar dos subtipos? Seria a história familiar importante no desenvolvimento dos mesmos?

Se considerarmos, ainda, que a amostra foi retirada de um estudo naturalístico, talvez os autores pudessem ter apresentado dados acerca da resposta farmacológica entre os subtipos, o que aumentaria a importância do trabalho.

Apesar das considerações, sem dúvida o estudo de Fontenelle *et al.* fornece dados e idéias para estudos e investigações posteriores com amostras maiores de pacientes. A identificação de subtipos específicos talvez possa diminuir a tão descrita "heterogeneidade" do TOC e, assim, contribuir para delinear subgrupos mais homogêneos desse transtorno.

Embora com número crescente de trabalhos científicos, o TOC continua um desafio para clínicos e pesquisadores. Apesar do surgimento de novas abordagens terapêuticas, 40-60% dos pacientes não respondem ao tratamento psicofarmacológico; mais de 70% dos clínicos e pesquisadores consideram a Terapia de Exposição e Prevenção de Respostas (EPR) efetiva; porém, ela não demonstra eficácia cientificamente comprovada para metade dos que começam o tratamento e para 25% dos que a terminam.^{4,5}

A investigação do TOC em subtipos pode ter implicações para o diagnóstico, avaliação clínica, padrão de comorbidade, mecanismos fisiopatológicos subjacentes e melhora na formulação e na predição de resposta ao tratamento. Acreditamos que só assim será possível desenvolver intervenções terapêuticas mais precisas e eficazes para um maior número de portadores.

Luciana Nagalli Gropo, Anna Guerra F Lima Toniolo, Elenita Domingues da Silva, Ilduara Valéria Sidrim Figueiredo, Kátia Petribú
Consórcio Nacional de Pesquisa sobre Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo - Núcleo de Pernambuco (C-TOC-PE), Recife (PE), Brasil

Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Pernambuco (UFPE), Recife (PE), Brasil

Referências

1. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Marques C, Versiani M. Trans-cultural aspects of obsessive-compulsive disorder: a description of a Brazilian sample and a systematic review of international clinical studies. *J Psychiatr Res.* 2004;38(4):403-11.
2. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Versiani M. Clinical subtypes of obsessive-compulsive disorder based on the presence of checking and washing compulsions. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;27(3):201-7.
3. Pereira MG. *Epidemiologia. Teoria e Prática.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
4. Cordioli AV, Heldt E, Bochi DB, Margis R, Souza MB, Tonello J, Teruchkin B, Kapczinski F. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a clinical trial. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(3):113-20.
5. Shavitt RG, Belotto C, Curi M, Hounie AG, Rosario-Campos MC, Diniz JB, Ferrao YA, Pato MT, Miguel EC. Clinical features associated with treatment response in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry.* 2006;47(4):276-81.

Financiamento: Inexistente

Conflito de interesse: Inexistente

© 2009 Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)

Rua Pedro de Toledo, 967 - casa 1

04039-032 São Paulo SP Brazil

Tel.: +55 11 5081-6799

Fax: +55 11 5579-6210



rbp@abpbrasil.org.br