

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA**  
**CURSO DE DOUTORADO**

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

ARISTIDES VOLPATO CORDIOLI

Porto Alegre, novembro de 2002

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

ARISTIDES VOLPATO CORDIOLI

**Orientador: Prof. Dr. Flávio Kapczinsky**

**Porto Alegre, novembro de 2002**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Psiquiatria.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu **orientador**, Prof. **Flavio Kapczinsky**, cuja experiência em pesquisa e capacidade em transmiti-la foram decisivos para o planejamento e a realização do presente trabalho.

**À equipe de pesquisa:**

**Daniela Braga Bochi**, pelo seu auxílio na elaboração e aprimoramento do *Manual da terapia*; pela digitação dos dados e pelo seu entusiasmo;

**Regina Margis, Marcelo Basso de Sousa e Juliano F.Tonello**, que de forma cuidadosa, responsável e independente avaliaram os pacientes; pela sua amizade e dedicação.

**À Elizeth Heldt**, co-terapeuta desde o primeiro grupo, pela sua dedicação, disponibilidade e companheirismo;

**À Gisele Gus Manfro**, colega do Programa de Transtornos de Ansiedade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pela amizade e pelo incentivo;

**À Vânia Hirakata, Mário B. Wagner e Ceres Oliveira**, pelo apoio no planejamento e análise estatística dos dados;

**À Viviane Castagno e Rejani Butzen**, pela disponibilidade incondicional e pelo valioso auxílio na busca bibliográfica.

**À minha família:**

**Dulce**, minha esposa, pelo apoio nos momentos mais difíceis e pelo incentivo constante;

**Leandro, Giovani e Emanuel**, que souberam compreender minhas ausências;

À **Carolina** e ao **Felipe**, meu neto.

Ao **FIPE** – Fundo de Incentivo à Pesquisa e a Eventos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo apoio institucional.

Meu agradecimento especial aos pacientes, que aceitaram participar da pesquisa e, através dos seus relatos, permitiram compreender um pouco mais os medos e aflições que os aprisionam e descobrir novas maneiras de vencê-los.

## SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS .....	8
LISTA DE FIGURAS.....	10
LISTA DE TABELAS.....	12
APRESENTAÇÃO .....	14
O TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: REVISÃO DA LITERATURA .....	17
Conceito e apresentação clínica.....	17
Diagnóstico .....	18
Possíveis subgrupos do TOC .....	21
EPIDEMIOLOGIA .....	27
Prevalência .....	27
Gênero .....	28
Curso e prognóstico.....	29
O início da doença.....	30
OS CUSTOS SOCIAIS DO TOC, O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA	
E NA FAMÍLIA.....	31
Os custos sociais.....	31
Impacto na qualidade de vida.....	32
Impacto na família.....	33
ETIOLOGIA DO TOC: FATORES BIOLÓGICOS.....	35
Alterações morfológicas.....	35
Alterações funcionais.....	36
O circuito córtico-estriato-tálamo-cortical do TOC .....	38
Os gânglios da base .....	38
Um modelo neurofisiológico do TOC .....	39
Neurocirurgia .....	40
A hipótese serotoninérgica do TOC.....	41

O papel da genética.....	43
Estudos de gêmeos e modos de transmissão .....	45
ETIOLOGIA DO TOC: FATORES PSICOSSOCIAIS .....	46
O MODELO PSICODINÂMICO .....	47
O MODELO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.....	50
A relação funcional entre obsessões e compulsões.....	50
O modelo comportamental.....	51
O modelo cognitivo do TOC.....	52
Crenças disfuncionais no TOC .....	55
O TRATAMENTO DO TOC .....	56
A farmacoterapia do TOC .....	56
AS PSICOTERAPIAS NO TOC .....	58
A terapia comportamental de exposição e prevenção da resposta .....	58
A terapia cognitiva .....	59
A terapia cognitivo-comportamental em grupo .....	60
Ensaio clínico de terapia em grupo no TOC .....	60
HIPÓTESE.....	64
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	65
BIBLIOGRAFIA.....	66
ARTIGOS.....	81
Artigo 1 - “Crenças disfuncionais e o modelo cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo” .....	81
Artigo 2 - “Terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo” ....	92
Artigo 3A - “Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a clinical trial” .....	121
Artigo 3B - “Terapia cognitivo-comportamental em grupo no transtorno obsessivo-compulsivo: um ensaio clínico” .....	130
Artigo 4A - “Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial” .....	154
Artigo 4B - “Terapia cognitivo-comportamental em grupo no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo: um ensaio clínico randomizado” .....	172

CONCLUSÕES.....	190
ESTUDOS DERIVADOS DA LINHA DE PESQUISA, PUBLICAÇÕES RELACIONADAS E DIVULGAÇÃO À COMUNIDADE .....	191
APRESENTAÇÕES EM CONGRESSOS.....	192
ANEXOS.....	193
Anexo 1 - Consentimento informado .....	193
Anexo 2 - Instrumentos de pesquisa .....	196
Anexo 3 - <i>Manual da Terapia</i> .....	218

## LISTA DE ABREVIATURAS

CID - Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento

CMI - clomipramina

DP - desvio padrão

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

EBHGA - estreptococo beta-hemolítico do grupo A

ECA - Epidemiologic Catchment Area

EIS - Escala para Idéias Supervalorizadas

EPR - exposição e prevenção da resposta

FIPE - Fundação de Incentivo à Pesquisa e a Eventos

GB - gânglios da base

HAM-A - Escala Hamilton de Ansiedade

HAM-D - Escala Hamilton de Depressão

ISRS - inibidores seletivos da recaptação da serotonina

MINI - Mini International Neuropsychiatric Interview

NIMH-OC - National Institute of Mental Health - Obsessive-Compulsive Scale

OMS - Organização Mundial da Saúde

OVIS - Overvalued Ideas Scale

PANDAS - pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with group A streptococcal infection

PET - tomografia por emissão de pósitrons



SD - *standard deviation*

SPECT - tomografia computadorizada por emissão de fóton único

ST - síndrome de Tourette

SUDS - Subjective Unities of Distress

TC - terapia cognitiva

TE - tamanho do efeito

TOC - transtorno obsessivo-compulsivo

TCC - terapia cognitivo-comportamental

TCCG - terapia cognitivo-comportamental em grupo

TPOC - transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva

TT - Transtorno de Tourette

WHOQOL-BREF - World Health Organization Quality of Life Assessment Scale -  
Abbreviated Version

Y-BOCS - Yale-Brown de Obsessive- Compulsive Scale

## LISTA DE FIGURAS

### Revisão da literatura

Figura 1. O modelo cognitivo.....54

### Artigo 3A

Figure. Means and 95% confidence intervals of the scores  
of the Y-BOCS scale during the treatment.....126

### Artigo 3B

Figura 1. Médias e intervalos de confiança de 95% dos escores  
da escala Y-BOCS durante o tratamento .....153

### Artigo 4A

Figure 1. Y-BOCS mean scores for treated patients and controls  
during the 12 weeks of treatment.....171

### Artigo 4B

Figura 1. Médias dos escores na escala Y-BOCS dos pacientes  
tratados durante as 12 semanas de tratamento .....189

### Manual da terapia

Figura 1. Como o TOC é mantido.....236

Figura 2. O modelo cognitivo.....248

Figura 3. O modelo cognitivo do TOC .....	249
Figura 4. Distorções cognitivas ajudam a manter o TOC .....	250
Figura 5. A técnica da flecha descendente.....	260
Figura 6. Torta da responsabilidade .....	262

## LISTA DE TABELAS

### Artigo 3A

Table. Means of scores, standard deviations and P values, in the Y-BOCS, HAM A, HAM D scales, at the beginning, at the end and three months after treatment (n=32) .....	126
--	-----

### Artigo 3B

Tabela 1. Médias dos escores, desvios padrões e valores de P, nas escalas Y-BOCS, HamA, HamD, no início, ao final, e 3 meses após o tratamento (n=32) .....	152
---	-----

### Artigo 4A

Table 1. Pre, post-treatment and 3 month follow-up means (SD), and p values* .....	170
---	-----

### Artigo 4B

Tabela 1. Médias(DP), no início, ao final do tratamento e aos 3 meses de acompanhamento e valores de p* .....	188
--	-----

“O medo que tens, Sancho, é que faz que nem vejas e nem ouças direito, porque um dos efeitos do medo é turvar os sentidos e fazer com que as coisas pareçam outras do que são” (Cervantes, *Dom Quixote*, Cap. XVIII).

## APRESENTAÇÃO

A compreensão do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) mudou radicalmente nas duas últimas décadas. Até a pouco considerado raro, intratável e de causa psicológica, o TOC atualmente é reconhecido como um transtorno psiquiátrico, com fatores de natureza biológica concorrendo para o seu aparecimento, com uma prevalência bem maior do que se pensava e, sobretudo, tratável. O TOC é a quarta doença psiquiátrica mais comum nos Estados Unidos, situando-se depois das fobias, depressão e abuso de substâncias. É duas vezes mais comum que a esquizofrenia e afeta em torno de 2,5% da população (KARNO, GOLDING, SORENSON et al., 1988).

Embora avanços notáveis tenham sido alcançados no tratamento do TOC – os psicofármacos que bloqueiam a recaptção da serotonina e a terapia de exposição e prevenção da resposta (EPR) ou terapia cognitivo-comportamental (TCC), como tende a ser designada na atualidade –, a maioria dos pacientes continua sem se beneficiar plenamente desses recursos. Grande parte da população, incluindo os portadores e seus familiares, desconhece o transtorno, suas manifestações e os tratamentos disponíveis. Embora o início seja comum ainda na infância, é usual uma demora de 10 anos ou mais entre o aparecimento das primeiras manifestações do transtorno e a busca de auxílio, o que é atribuível em parte à vergonha e humilhação sentidas em relação aos sintomas (HOLLANDER, 1997).

O TOC ainda é objeto de pouca atenção por parte dos profissionais, os quais, ao realizar o exame do estado mental, em geral deixam de fazer perguntas específicas sobre a presença de sintomas obsessivo-compulsivos e, conseqüentemente, de diagnosticá-lo, especialmente quando existem comorbidades (RASMUSSEN e EISEN, 1994). Além disso, um dos tratamentos efetivos, a TCC, é ainda pouco conhecida, e são raros os psiquiatras que a utilizam regularmente em seus consultórios (BAER e GREIST, 1997). Da mesma forma, é rara, em nosso meio, a oferta deste recurso em instituições públicas que prestam atendimento à população.

Considerando essas questões e também experiências pioneiras realizadas em outros países, pensou-se em desenvolver e testar um protocolo de terapia em grupo para o TOC, de curta duração, que utilizasse ao mesmo tempo técnicas comportamentais e cognitivas. Optou-se por esta modalidade porque os estudos iniciais sugeriram ser eficaz, com uma relação custo-benefício favorável em comparação com o atendimento individual, e também pelo fato de este tipo de terapia ser desconhecido em nosso meio. Além disso, o fato de ser uma técnica relativamente simples e em grupo facilitaria o treinamento de outros profissionais, além de possibilitar o atendimento de um número maior de pacientes (VAN NOPPEN, PATO, MARSLAND et al., 1998). É possível, ainda, que existam vantagens adicionais, como uma maior eficácia para determinados subtipos de pacientes em comparação com a de outros tratamentos, bem como uma melhor adesão em razão do contexto grupal, a principal dificuldade da TCC individual.

A presente tese consta de uma revisão geral sobre o TOC e quatro artigos, dois dos quais já estão publicados e dois encaminhados para publicação. Os dois primeiros (Artigos 1 e 2) são artigos de revisão e ampliam aspectos da literatura relacionados com o projeto de pesquisa: “Crenças disfuncionais e o modelo cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo”, publicado na *Revista de Psiquiatria Clínica* (v. 28, n. 4, p.197-206), do Instituto de Psiquiatria Clínica da Faculdade de Medicina de São Paulo (CORDIOLI, BOCHI, HELDT et al., 2001), e “Terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo”, aceito para publicação como capítulo do livro *Terapia cognitiva na prática*, organizado pelo Dr. Paulo W. Knapp e que está para ser lançado pela Editora ArtMed (CORDIOLI, s.d.). Os outros dois artigos (Artigos 3A 3B, 4A e 4B) são ensaios clínicos. O primeiro deles é um ensaio clínico aberto, no qual um protocolo de TCC em grupo foi desenvolvido e testado. Este estudo tem como título “Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a clinical trial” e foi publicado na *Revista Brasileira de Psiquiatria* de setembro de 2002 (v. 24, n.3, p.113-120) (CORDIOLI, HELDT, BOCHI et al., 2002). O quarto e último estudo, intitulado “Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial”, foi encaminhado para publicação no exterior e está atualmente em processo de revisão (CORDIOLI, HELDT, BOCHI et al., s.d.). Constam, ainda, como anexos, o consentimento informado (Anexo 1) , os instrumentos de pesquisa utilizados (Anexo 2), e uma cópia do protocolo intitulado *Manual da terapia* (Anexo 3), desenvolvido e testado nos dois ensaios clínicos.

A seguir é apresentada uma revisão geral do TOC, envolvendo o conceito, as apresentações clínicas, o diagnóstico, a etiologia e o tratamento, concluindo com uma revisão da literatura sobre a terapia em grupo no transtorno, que fundamenta os dois projetos de pesquisa, núcleo da presente tese.



# **O TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: REVISÃO DA LITERATURA**

“O paciente é acorrentado a ações que nem a razão ou a emoção originou, que sua consciência rejeita e que sua vontade não consegue suprimir” (Esquirol, 1838).

## **Conceito e apresentação clínica**

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) caracteriza-se pela presença de obsessões e/ou compulsões recorrentes que causam sofrimento acentuado, consomem muito tempo ou interferem de forma significativa nas rotinas diárias, nas atividades ocupacionais ou relacionamentos sociais habituais do indivíduo (APA, 2002).

Obsessões são pensamentos, idéias, imagens, palavras, frases ou impulsos repetitivos e persistentes, que invadem a consciência e são sentidos como estranhos ou impróprios, geralmente acompanhados de medo, angústia, culpa ou desprazer, e que levam o indivíduo a fazer ou deixar de fazer algo como forma de neutralizá-los ou para se livrar do desconforto que os acompanha (APA, 2002).

As obsessões mais comuns se relacionam com sujeira ou contaminação, dúvidas, simetria, ordem ou alinhamento, preocupações somáticas, preocupações em armazenar, guardar ou poupar, pecado ou culpa, escrúpulos, agressão ou sexo (RASMUSSEN e EISEN, 1992a). Podem, ainda, ter um conteúdo mágico, em razão de significado especial adquirido por certos números, cores, datas ou objetos; ou conteúdo impróprio, sob a forma de imagens ou impulsos considerados inaceitáveis, como pensamentos de natureza sexual, agressivos, obscenos ou sacrílegos.

Compulsões são comportamentos ou atos mentais repetitivos, executados em resposta a obsessões ou de acordo com regras que devem ser seguidas rigidamente. Visam prevenir ou reduzir o desconforto associado às obsessões ou a pensamentos intrusivos de natureza catastrófica ou negativa (APA, 2002).

As compulsões mais comuns incluem lavagens ou limpeza excessiva, verificações, contagens, necessidade de confessar ou confirmar, simetria, ordem ou alinhamento, guardar ou armazenar, tocar, olhar, bater de leve, etc. (RASMUSSEN e EISEN, 1992a e b). São também comuns certos comportamentos associados, como, por exemplo, lentidão obsessiva na realização de tarefas (como se vestir, entregar um trabalho acadêmico), bem como comportamentos evitativos em razão dos temores (não tocar em trincos de portas, corrimãos, suportes de transportes coletivos, não usar banheiros públicos). Na prática, a maioria dos pacientes apresenta simultaneamente obsessões e compulsões diversas, com uma modalidade se destacando eventualmente. É comum, ainda, que os sintomas se modifiquem ao longo do tempo e apresentem flutuações no que se refere à intensidade: alguns desaparecem e voltam posteriormente, outros novos surgem.

Na grande maioria das vezes, as compulsões são motivadas por obsessões e têm como finalidade a redução da ansiedade associada ou a prevenção de eventos indesejáveis. Entretanto, alguns pacientes apresentam rituais não-precedidos de obsessões, como certos movimentos repetitivos complexos e que, em alguns casos, são bastante semelhantes a tiques (tocar, bater repetidas vezes, olhar na mesma direção). Os portadores de TOC são eventualmente classificados em lavadores, verificadores, obsessivos puros, lentos, etc., em razão da sintomatologia predominante, mas esses subgrupos, em princípio, não se correlacionam de forma definida em termos de etiologia, curso, resposta a tratamento ou mesmo prognóstico em longo prazo.

## **Diagnóstico**

### *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição (DSM IV)*

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

#### **A) Presença de obsessões ou compulsões.**

Obsessões são definidas 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.

Compulsões são definidas por 1 e 2:

- 1) São comportamentos repetitivos (por exemplo, lavar as mãos, 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, ou 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 ou relacionamentos sociais habituais do indivíduo.
- D)** Se outro transtorno de eixo 1 está presente, o conteúdo das obsessões ou compulsões não fica 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; ruminções 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. Especificar *Com insight pobre* se, na maior parte do tempo, durante o episódio atual, o indivíduo não reconhece que as obsessões ou compulsões são excessivas ou irracionais (APA, 2002).

O DSM IV incluiu o TOC dentro da categoria dos transtornos de ansiedade e introduziu algumas modificações em relação à classificação anterior (DSM III-R):

- Foi retirada a exigência de *insight*, em razão da constatação, num ensaio de campo, de que os portadores apresentavam uma grande variação no grau de *insight* sobre seus sintomas, e que em torno de 5% nunca tinham se dado conta do seu caráter excessivo ou irracional (FOA, KOZAK, GOODMAN et al., 1995). Exige, entretanto, que, em algum momento ao longo do curso do transtorno, o paciente reconheça o caráter excessivo ou irracional dos sintomas.
- Na definição de compulsão, foi incorporado o conceito de ritual mental, que ocorre em aproximadamente 80% dos pacientes.
- Foram feitas afirmativas expressas sobre o sentido de neutralização desses atos mentais ou de determinados pensamentos (APA, 2002).

#### *Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento da CID 10*

Os critérios diagnósticos do CID 10 são, de modo geral, consistentes com os do DSM IV. Por este motivo, serão destacadas apenas algumas diferenças (OMS, 1998):

- O CID 10 considera o TOC como uma categoria distinta, à parte, dos transtornos de ansiedade.
- Não exclui expressamente, como faz o DSM IV, preocupações sobre problemas da vida real e não estabelece um tempo mínimo por dia como indicador de obsessões ou compulsões significativas.

- Exige que os sintomas estejam presentes na maioria dos dias, pelo menos durante 2 semanas ou mais.
- Não relaciona os vários transtornos mentais que devem ser excluídos.
- Não distingue compulsões mentais de obsessões, uma distinção que é útil para a terapia comportamental.
- Exige que o paciente resista a pelo menos um sintoma, enquanto que o DSM IV exige que, em algum momento durante a vigência do transtorno, o paciente reconheça o caráter irracional de suas preocupações.
- Cria subcategorias de sintomas: predominantemente pensamentos obsessivos ou ruminatórias, predominantemente atos compulsivos, ou mistos. Na prática, esta divisão acabou não sendo útil, pois a maioria dos pacientes apresenta sintomas mistos (FOA, KOZAK, GOODMAN et al., 1995).

### **Possíveis subgrupos do TOC**

A constatação de que nem todos os pacientes apresentam a mesma resposta aos tratamentos e a grande diversidade de apresentações clínicas, levaram os autores a tentar identificar possíveis subgrupos de TOC, que fossem homogêneos em termos de sintomas, comorbidades, marcadores biológicos, genética, e se correlacionassem com a resposta aos tratamentos e com o prognóstico de longo prazo.

BAER (1994), usando análise fatorial, examinou um grupo de 107 pacientes com TOC com o objetivo de observar se existia alguma correlação entre a apresentação dos sintomas e a presença de comorbidades de eixo II e/ou a presença de tiques ou do transtorno de Tourette (TT). Identificou três subgrupos de sintomas: simetria/armazenagem; obsessões de contaminação/rituais de limpeza; obsessões puras com conteúdo sexual, agressivo ou religioso. Só o primeiro subgrupo apresentou uma correlação entre a presença de transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva e o TT. Não foi comprovado se esses grupos se correlacionam com os resultados do tratamento e com o prognóstico de longo prazo.

RASMUSSEN e EISEN (1992a) propuseram três características centrais para o TOC: avaliação anormal do risco, dúvida patológica e necessidade de completude. Esta proposta inicial foi recentemente ampliada por um comitê de especialistas em função da identificação de crenças disfuncionais subjacentes aos sintomas. Foram propostos, então, seis domínios

de crenças disfuncionais, os quais, de alguma forma, estão relacionados com os sintomas: excesso de responsabilidade induzindo à realização de verificações ou repetições; exagero do risco induzindo à realização de rituais de limpeza e evitações; necessidade de ter certeza provocando repetições ou verificações; perfeccionismo provocando repetições; supervalorização do poder do pensamento induzindo à realização de atos compulsivos com características mágicas; e necessidade de controlar o pensamento induzindo à realização de rituais mentais (Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group - OCCWG, 1997). A identificação das crenças disfuncionais subjacentes parece ser útil na escolha de estratégias cognitivas para sua correção. É desconhecido, entretanto, se subgrupos de pacientes homogêneos em relação a crenças também o são no que se refere a aspectos biológicos e resultados de tratamentos. De qualquer forma, a intensidade e a rigidez das crenças correlacionaram-se negativamente com os resultados de tratamentos em pelo menos um estudo (NEZIROGLU, STEVENS e YARYURA-TOBIAS, 1999).

Numa outra tentativa de estabelecer subgrupos dentro da heterogeneidade do TOC, LECKMAN, GRICE, BOARDMAN et al. (1997) identificaram quatro grupos de sintomas: obsessões de conteúdo agressivo, sexual ou somático e checagens; obsessão por simetria e compulsão por arranjos ou alinhamentos; obsessão por limpeza e lavagens; e obsessões e compulsões por armazenar ou guardar.

A expectativa de que essas dimensões estivessem associadas com os resultados da terapia comportamental foi testada num estudo recente. MATAIX-COLS, MARKS, GREIST et al. (2002) verificaram que pacientes que tinham escores elevados na dimensão “armazenagem” tinham mais probabilidade de abandonar o tratamento precocemente e tendiam a melhorar menos. Controlando a gravidade dos sintomas, que foi um fator preditivo de não-aproveitamento, escores elevados em obsessões de conteúdo sexual ou religioso também foram preditores de resultados mais pobres. Estes autores concluíram, ainda, que a terapia comportamental é indicada para pacientes com TOC, especialmente os que apresentam obsessões de cunho agressivo/checagens, contaminação/limpeza e simetria/organização.

Em função de evidências oriundas de estudos epidemiológicos, genéticos e da resposta a tratamentos, e mesmo de observações clínicas casuais, outros três possíveis subgrupos têm sido propostos: TOC de início precoce ou tardio; TOC associado ou não a tiques e TT; e TOC relacionado ou não ao estreptococo beta-hemolítico do grupo A. Estes subgrupos aparentemente apresentam uma etiopatogenia e resposta aos tratamentos semelhantes.

### *TOC de início precoce ou tardio*

Aparentemente, existem algumas diferenças interessantes entre o TOC que se inicia precocemente (ainda na infância) e o TOC de início tardio (após os 18 anos), constituindo, talvez, dois subgrupos distintos. O início precoce, entre os 5 e os 15 anos de idade, é mais comum entre os homens, enquanto o início tardio, entre os 25 e os 35 anos, é mais comum em mulheres. A idade média de início também parece ser menor em homens do que em mulheres: 21 e 24 anos, respectivamente (NOSHIRVANI, KASVISKIS, MARKS et al., 1991; LENSI, CASSANO, CORREDDU et al., 1996). Em um grupo de 70 crianças e adolescentes avaliados pelo National Institute of Mental Health (NIMH), a idade média de início foi de 9,6 anos para os meninos e de 11,0 anos para as meninas (SWEDO, RAPOPORT, LEONARD et al., 1989). Foi verificado, ainda, que o TOC precoce está fortemente associado à incidência do transtorno em familiares (NESTADT, SAMUELS, RIDDLE et al., 2000), a tiques ou ao TT (LECKMAN, MCDOUGLE, PAULS et al., 2000), a sintomas mais graves e a uma menor resposta à clomipramina e aos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) (CAMPOS, LECKMAN, MERCADANTE et al., 2001).

A razão da predominância do TOC de início precoce, maior gravidade, a associação ao TT ou tiques em homens não está esclarecida. Especula-se o quanto essas características poderiam refletir ou não a influência de alguma forma de dano de cerebral ou outro fator constitucional para o qual os homens poderiam ser mais vulneráveis. Uma evidência a favor desta hipótese é a preponderância, em homens, de diversos transtornos de origem cerebral, como dislexias, gagueira, transtornos da conduta, autismo, TT, bem como outros transtornos neurológicos geneticamente determinados. Já a preponderância do início tardio em mulheres poderia estar relacionada à maior incidência de depressão no sexo feminino, durante a qual é comum a emergência de obsessões e compulsões, que persistiriam mesmo depois de cessado o episódio depressivo (NOSHIRVANI, KASVISKIS, MARKS et al., 1991; LENSI, CASSANO, CORREDDU et al., 1996).

### *TOC associado a tiques e transtorno de Tourette*

É bastante comum a presença de sintomas obsessivo-compulsivos em portadores de TT. Da mesma forma, é comum a presença de tiques em portadores de TOC. Isso leva ao questionamento do que esses dois transtornos teriam em comum ou se, na verdade, quando associado a tiques ou TT, o TOC constituiria um subgrupo distinto do transtorno não associado a essas patologias.

Embora a apresentação clínica do TOC seja bastante heterogênea, os dados fenomenológicos, a história natural e a incidência familiar apóiam a distinção desses dois

subgrupos. As características mais salientes do TOC associado a tiques ou TT são o seu início pré-puberal, a predominância no sexo masculino, a presença de obsessões de conteúdo agressivo e sexual, uma maior incidência de preocupações e rituais relacionados com simetria e exatidão, além de compulsões semelhantes a tiques, como bater, tocar, raspar, piscar. Em contraste, o TOC não-relacionado com tiques ou TT é caracterizado pelo início peri- ou pós-puberal, com uma vulnerabilidade equivalente para ambos os sexos e preocupações predominantes com contaminação e compulsões de limpeza (LECKMAN, MCDOUGLE, PAULS et al., 2000).

É importante salientar que, no TT, os movimentos repetitivos ou mesmo os tiques, de modo geral, não são precedidos de qualquer cognição, como ocorre com as compulsões e repetições no TOC. Muitas vezes são precedidos, isto sim, por diversos fenômenos sensoriais, incluindo sensações corporais (táteis, músculo-esqueléticas, viscerais ou ambas), ou por sensações mentais, como simples impulsos, sensação de tensão interna ou energia que necessita ser descarregada, incompletude, frustração ou desconforto, sensação de que as coisas não estão exatas ou alinhadas e ausência de ansiedade autonômica. Já os pacientes com TOC não-acompanhado de tiques referem mais cognições, mais ansiedade autonômica e menos fenômenos sensoriais precedendo comportamentos repetitivos ou compulsões (MIGUEL, BAER, COFFEY et al., 1995; MIGUEL, BAER, COFFEY et al., 1997; MIGUEL, ROSARIO-CAMPOS, PRADO et al., 2000). Além das diferenças clínicas apontadas, os pacientes com TOC associado a tiques ou TT tendem a responder menos ao tratamento com clomipramina e/ou ISRS (CAMPOS, LECKMAN, MERCADANTE et al., 2001) – esta resposta melhora se um antagonista D2 (como o haloperidol) ou um neuroléptico atípico (como a risperidona, que é um antagonista misto 5HT<sub>2</sub> e D2) forem acrescentados ao tratamento (MCDOUGLE, GOODMAN, LECKMAN et al., 1994; MCDOUGLE, FLEISHMANN, EPPERSON et al., 1995; MCDOUGLE, EPPERSON e PRICE, 2000). Provavelmente, estes pacientes responderiam menos à teoria cognitivo-comportamental.

#### *TOC relacionado ao estreptococo beta-hemolítico do grupo A*

Um dos fatos mais interessantes relativos ao TOC relatados ultimamente é o aparecimento de sintomas obsessivo-compulsivos no decorrer ou imediatamente após infecções pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A (EBHGA). ALLEN, LEONARD e SWEDO (1995) relataram quatro casos de adolescentes meninos, com idade entre 10 e 14 anos, portadores de TOC, TT ou ambos, que apresentaram um quadro de tiques ou



sintomas obsessivo-compulsivos graves, de início súbito, ou o agravamento de sintomas já existentes após infecções estreptocócicas ou virais recentes. Dois dos meninos foram tratados com plasmaferese, um com imunoglobulina EV e o outro com doses imunossupressoras de prednisona. Todos tiveram uma resposta clinicamente significativa imediatamente após o início do tratamento. Os autores formularam a hipótese de que infecções estreptocócicas poderiam desencadear respostas auto-imunes, causando ou exacerbando sintomas obsessivo-compulsivos originados na infância. Os autores designaram este tipo de quadro como Pitand (pediatric, infection-triggered, autoimmune neuropsychiatric disorder) (ALLEN, LEONARD e SWEDO, 1995), posteriormente denominado de PANDAS (pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with group A streptococcal infection), como acabou ficando conhecido (SWEDO, LEONARD, GARVEY et al., 1998). As características do quadro PANDAS são: início na infância ou adolescência; transtorno neuropsiquiátrico (TOC e/ou tiques); início abrupto e/ou curso episódico dos sintomas; associação com infecções pelo GABHS; e associação com anormalidades neurológicas (hiperatividade motora e movimentos adventícios, incluindo movimentos coreiformes ou tiques) (SWEDO, LEONARD, GARVEY et al., 1998). Vários estudos posteriores confirmaram esses relatos de caso e as descrições iniciais.

Num estudo posterior e com um número maior de pacientes (50 crianças que haviam tido TOC ou tiques precocemente), foi confirmada uma associação entre infecções pelo GABHS e o agravamento de sintomas obsessivo-compulsivos de forma aguda e intensa, além de labilidade emocional, ansiedade de separação, medos noturnos, rituais na hora de deitar, déficits cognitivos e comportamento de oposição. Foram observadas, ainda, anormalidades neurológicas, como alterações no exame neurológico, movimentos anormais coreiformes, tiques e hiperatividade motora (SWEDO, LEONARD, GARVEY et al., 1998).

A Coréia de Sydenham, uma disfunção dos gânglios basais (GB), também chamada de dança de São Vito, caracteriza-se por uma súbita deterioração da escrita, movimentos coreiformes e movimentos súbitos dos braços e das pernas, ocorrendo em 30% das crianças com febre reumática (da qual é uma complicação). A febre reumática, por sua vez, está relacionada a infecções de garganta pelo GABHS. Uma alta prevalência de sintomas obsessivo-compulsivos foi encontrada nesses pacientes, o que fez com que os autores suspeitassem do envolvimento dos GB no TOC (SWEDO, RAPOPORT, CHESLOW et al., 1989). Num estudo mais recente, ASBAHR, GENTIL, ZANETTA et al. (1998) observaram uma alta incidência de sintomas obsessivo-compulsivos 2 meses depois do início da febre reumática em 70% dos pacientes que apresentavam Coréia de Sydenham, confirmando os

estudos de Swedo et al. Os autores verificaram, ainda, a ausência dos mesmos sintomas em pacientes que não apresentavam Coréia.

Mais recentemente, foi descrita uma série de 12 casos de meninos que apresentaram sintomas de TOC (como lavagem excessiva das mãos e preocupação com germes) de início abrupto após amigdalites agudas causadas pelo GABHS. Após o tratamento efetivo da amigdalite com antibióticos e a erradicação do estreptococo, os sintomas do TOC desapareceram prontamente (MURPHY e PICHICHERO, 2002). Esses achados reforçam a idéia de que existem mecanismos comuns envolvendo infecções pelo GABHS, Coréia de Sydenham e o TOC, particularmente quando o início é precoce, provavelmente relacionados com mecanismos de auto-imunidade. Entretanto, até o presente momento, não foram identificados anticorpos nos locais da lesão, como no núcleo caudado e nos núcleos subtalâmicos, permitindo uma efetiva confirmação da hipótese (MERCADANTE, 2001; MURPHY e PICHICHERO, 2002).

## EPIDEMIOLOGIA

### Prevalência

Considerada uma doença rara até o início dos anos 80, a prevalência do TOC era estimada em torno de 0,05% (RASMUSSEN e EISEN, 1994). A partir do estudo epidemiológico conhecido como ECA (Epidemiologic Catchment Area), esses números mudaram: eram 50 a 100 vezes maiores do que se pensava. A prevalência para toda a vida encontrada no estudo referido foi de 2,5% em média (1,9% a 3,3%), e, para 6 meses, de 1,6% em média (0,7% a 2,2%) (KARNO, GOLDING, SORENSON et al., 1988). Um estudo posterior replicou o ECA em sete países e encontrou uma prevalência para toda a vida de 1,9% a 2,5% e, para o período de 1 ano, de 1,1% a 1,8% (WEISSMAN, BLAND, CANINO et al., 1994).

Estudos de base populacional encontraram, na região de Baltimore, uma prevalência de obsessões e compulsões em adultos de 1,5% (NESTADT, SAMUELS, ROMANOSKI et al., 1994), e, no norte da Alemanha, uma prevalência para toda a vida de 0,5% para o TOC clínico e de 2% para o TOC subclínico (GRABE, MEYER, HAPKE et al., 2000).

Algumas críticas foram feitas à metodologia empregada no ECA: ao instrumento utilizado, ao uso de entrevistadores leigos, à dificuldade destes avaliadores em avaliar o grau de prejuízo causado pela doença, à tendência em superestimar a interferência dos sintomas psiquiátricos na vida diária, em rotular impropriamente preocupações e medos como obsessões e à dificuldade observada em pessoas de idade e com um menor grau de instrução em caracterizar o início dos sintomas (STEIN, FORDE, ANDERSON et al., 1997). Reavaliações dos casos do ECA teriam chegado a cifras de prevalência do transtorno bem inferiores, próximos a 0,5% (STEIN, FORDE, ANDERSON et al., 1997; NELSON e RICE, 1997; NESTADT, BIENVENU, CAI et al., 1998).

A prevalência do TOC varia em função da idade. Em 10.438 crianças da Inglaterra entre 5 e 15 anos de idade, HEYMAN, FOMBONNE, SIMMONS et al. (2001) encontraram uma cifra de 0,25%. Os autores verificaram, ainda, que ela crescia exponencialmente com a idade. A prevalência em adolescentes parece ser um pouco mais elevada do que na população em geral. MAGGINI, AMPOLLINI, GARIBOLDI et al. (2001), utilizando um questionário auto-respondido, estudaram uma amostra de 2.877 estudantes e verificaram que 4,1% apresentavam sintomas obsessivo-compulsivos suficientemente graves para interferir nas atividades diárias.

Em nosso meio, um estudo epidemiológico sobre morbidade psiquiátrica foi realizado em três grandes cidades do Brasil: Brasília, São Paulo e Porto Alegre. O TOC apresentou uma prevalência de 0,7% a 2,1% (ALMEIDA FILHO, MARI, COUTINHO et al., 1992). Embora exista ainda uma discordância entre as diferentes estimativas de prevalência do TOC, pode-se afirmar que o transtorno continua subdiagnosticado e subtratado, especialmente em crianças (HEYMAN, FOMBONNE, SIMMONS et al., 2001).

## **Gênero**

A prevalência do TOC em relação aos sexos é bastante variável nos diferentes estudos. No estudo de WEISSMAN, BLAND, CANINO et al. (1994), a prevalência em razão do gênero apresentou uma variação bastante ampla, de 0,8 a 3,8 na proporção feminino/masculino. RASMUSSEN e EISEN (1992b) estimaram, em pacientes adultos, uma prevalência levemente maior em mulheres em relação aos homens, de 53%:47%, ou seja, 1:1,3. Num estudo de base populacional realizado no norte da Alemanha, levantando a prevalência do transtorno para toda a vida em 4.075 pessoas adultas, foi encontrada uma proporção de mulheres para homens com TOC de 5,7, e para TOC subclínico, de 1,2 (GRABE, MEYER, HAPKE et al., 2000). O primeiro e o último estudo sugerem diferenças regionais interessantes, eventualmente de ordem cultural, que mereceriam estudos adicionais.

Aparentemente, na infância, a incidência é levemente maior nos meninos: 1:1,3; no pico da incidência para ambos os sexos, entre os 16 e os 25 anos, a proporção é de 1:1; após os 25 anos, a incidência é maior em mulheres (NOSHIRVANI, KASVISKIS, MARKS et al., 1991; RASMUSSEN e EISEN, 1992b).

Alguns estudos verificaram a associação entre algumas características clínicas do TOC e o gênero. No sexo masculino, o TOC está aparentemente associado a um início mais precoce, duração maior dos sintomas, maior presença de tiques associados, maior ocorrência de início insidioso, curso crônico, sintomas mais graves, traumas perinatais, frequência maior de ruminações, obsessões de conteúdo sexual ou envolvendo exatidão e simetria, rituais estranhos ou verificações, e uma maior chance de os portadores nunca terem sido casados. Em contraposição, no sexo feminino, o TOC aparentemente está associado a um início mais tardio, duração menor, maior frequência de um curso flutuante, maior chance de ter o início associado a um fator estressor, maior frequência de rituais de lavagem e ocorrência de transtorno de pânico como comorbidade, bem como maior probabilidade de estar casada (NOSHIRVANI, KASVISKIS, MARKS et al., 1991; LENSI, CASSANO, CORREDDU et al., 1996).

Um outro estudo encontrou outras características do TOC relacionadas com o gênero: os homens com TOC apresentam um início mais precoce, com menor impacto de fatores desencadeantes e curso crônico, e com maior frequência comorbidades como fobias ou transtornos de tiques em comparação com as mulheres (BOGETTO, VENTURELLO, ALBERT et al., 1999).

### **Curso e prognóstico**

Na maioria das vezes, os sintomas obsessivo-compulsivos acompanham os indivíduos ao longo de toda a vida, ocupando boa parte do seu tempo e raramente desaparecendo espontaneamente. Um estudo naturalístico acompanhando 144 portadores do transtorno ao longo de 40 anos verificou que apenas 20% haviam tido uma remissão completa no período (SKOOG e SKOOG, 1999).

Quanto ao curso, aproximadamente 10% dos casos podem evoluir para uma deterioração progressiva, tornando o paciente gravemente incapacitado (LENSI, CASSANO, CORREDDU et al., 1996). Num estudo com 560 pacientes, RASMUSSEN e EISEN (1992b) identificaram que 85% de seus pacientes apresentavam curso crônico, com sintomas desaparecendo e retornando, 10% tinham curso deteriorante e 2% tinham curso episódico, com remissões que duravam, no mínimo, 6 meses. Num outro estudo, o curso da doença foi classificado como episódico em 26% dos casos, crônico em 64%, e crônico acompanhado de deterioração em 9% dos casos (LENSI, CASSANO, CORREDDU et al., 1996).

Estudos têm demonstrado que, mesmo em tratamento, o prognóstico dos pacientes é reservado e que a remissão completa dos sintomas ainda é rara. O usual é os pacientes, mesmo depois do tratamento, apresentarem ainda os sintomas de forma crônica e estes se manterem ao longo do tempo (MATAIX-COLS, RAUCH, BAER et al., 2002). No seguimento de 54 crianças e adolescentes que haviam realizado tratamento com clomipramina, num período de 2 a 7 anos mais tarde, foi observado que, embora o grupo como um todo apresentasse melhoras, 43% ainda preenchiam critérios para TOC, 19% continuavam com os sintomas inalterados ou piorados, apenas 6% tinham tido remissão completa, e 70% continuavam tomando drogas psicoativas. O curso pior estava relacionado com a gravidade dos sintomas após 5 semanas de tratamento, com história de tiques ao longo da vida e pais com transtorno psiquiátrico em eixo I (LEONARD, SWEDO, LENANE et al., 1993).

### **O início da doença**

O TOC costuma iniciar antes dos 25 anos de idade, freqüentemente na infância ou na adolescência, havendo inclusive o relato de sintomas em crianças com 2 anos de idade. Menos de 15% têm o início da doença depois dos 35 anos. O pico se situa entre os 16 e os 25 anos para ambos os sexos (RASMUSSEN e EISEN, 1992b). O início insidioso é o mais comum, ocorrendo em 72% dos casos (LENSI, CASSANO, CORREDDU et al., 1996). Pelo menos um estudo (RAVIZZA, MAINA e BOGETTRA, 1997) sugere que o TOC de início abrupto constitui um subgrupo distinto do transtorno cujo início foi insidioso.

No que se refere à associação entre os fatores desencadeantes e o início dos sintomas, os resultados dos estudos são variáveis. No estudo de LENSÍ, CASSANO, CORREDDU et al. (1996), 64% dos pacientes relataram eventos vitais antecedendo o início da doença, tanto eventos desejáveis, como nascimento de filhos, casamento, ingresso no trabalho, quanto eventos indesejáveis, como separação, luto, doenças graves ou dificuldades financeiras. Estes últimos foram mais freqüentes nos homens. Diferentemente, num estudo anterior com 200 pacientes, apenas 29% relataram que um fator precipitante desencadeara a doença. Os mais comuns haviam sido aumento de responsabilidade, como o nascimento de um filho, ou perdas significativas, como morte na família (RASMUSSEN e EISEN, 1988).

## **OS CUSTOS SOCIAIS DO TOC, O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA E NA FAMÍLIA**

O TOC é, na maioria das vezes, uma doença crônica, que acarreta grande sofrimento aos seus portadores, eventualmente incapacitando-os por toda a vida. As famílias, por sua vez, são obrigadas a acomodar-se aos sintomas, mudar suas rotinas e hábitos para evitar conflitos maiores, e a sociedade é obrigada a arcar com elevados custos diretos, na área da saúde, ou indiretos, em decorrência do comprometimento do desempenho no trabalho e na escola.

O TOC foi considerado uma doença mental grave pelo National Advisory Mental Health Council (DUPONT, RICE, SHIRAKI et al., 1995). Acomete, em geral, indivíduos jovens ao final da adolescência, acompanhando-os, na maioria das vezes, ao longo de toda a vida. Em um levantamento realizado pela OMS tendo como base o ano de 1990, o TOC foi incluído entre as 10 maiores causas de incapacitação. Além disso, o TOC está entre as 10 doenças que acarretam maiores custos para os indivíduos e para a sociedade se apenas mulheres na faixa dos 15 aos 44 anos de idade forem consideradas (WHO, 2002).

### **Os custos sociais**

Os custos do TOC para o ano de 1990 foram estimados em US\$ 8,4 bilhões, representando 5,7% do total de US\$ 147,8 bilhões gastos com todas as doenças mentais nos Estados Unidos naquele ano. Os custos indiretos, refletindo a perda de produtividade em razão do transtorno, foram estimados em US\$ 6,2 bilhões (DUPONT, RICE, SHIRAKI et al., 1995). Foi estimado, ainda, que os portadores do transtorno perdem, em média, 3 anos completos de salário ao longo da vida (HOLLANDER, 1997).

### **Impacto na qualidade de vida**

Os sintomas obsessivo-compulsivos, como ocorre em outras doenças crônicas, comprometem o desempenho dos indivíduos no seu trabalho e na vida acadêmica. Muitas tarefas são executadas de forma excessivamente lenta, exigindo repetições ou verificações que implicam atrasos e diminuição da eficiência. Muitos lugares, objetos e até mesmo pessoas são sistematicamente evitados em razão de medos, o que restringe de forma significativa o acesso a locais e o convívio social, causando um elevado grau de sofrimento psíquico e comprometendo o que se convencionou chamar de qualidade de vida.

Apesar de não haver uma definição de "qualidade de vida" universalmente aceita, este conceito, quando se refere à saúde, inclui diversas áreas, como o funcionamento físico, o desempenho social, as relações interpessoais, o bem-estar mental, a percepção da própria saúde e o grau de dor física (KORAN, THIENEMANN e DAVENPORT, 1996).

Os portadores de TOC namoram menos, apresentam menos casamentos estáveis ou não casam e estão mais freqüentemente desempregados do que a população em geral. O grau de comprometimento é proporcional à gravidade dos sintomas (RASMUSSEN e EISEN, 1992b; LENSÍ, CASSANO, CORREDDU et al., 1996; KORAN, THIENEMANN e DAVENPORT, 1996; STEKETEE, 1997).

Na comparação com a incapacitação provocada por outros transtornos, alguns estudos recentes verificaram que os pacientes com TOC podem apresentar incapacitação funcional grave e crônica para o trabalho e para as tarefas diárias, semelhantemente ao que ocorre com esquizofrênicos e com mais intensidade do que o que ocorre com pacientes deprimidos, exigindo serviços extensivos de apoio e reabilitação (CALVOCORESSI, LIBMAN, VEGSO et al., 1998). Um outro estudo mostrou que os pacientes com TOC grave têm um grau de comprometimento da qualidade de vida semelhante ao de pacientes esquizofrênicos, embora possam ter uma melhora maior com o tratamento, especialmente no desempenho social e na independência (BYSTRITSKY, LIBERMAN, HWANG et al., 2001). Os portadores do TOC apresentam escores de qualidade de vida inferiores aos de pacientes deprimidos e dependentes de heroína e, em relação aos esquizofrênicos, apresentam escores semelhantes nas áreas de saúde mental e superiores nas áreas de saúde física (BOBES, GONZALEZ, BASCARAN et al., 2001).



## **Impacto na família**

As doenças psiquiátricas têm importantes repercussões sobre a família dos pacientes. Vários estudos mostraram que indivíduos com TOC apresentam mais facilmente transtornos e estresses familiares, incluindo uma prevalência maior de separações e divórcios (CALVOCORESSI, MCDOUGLE, HARRIS et al., 1995; BLACK, GAFFNEY, SCHLOSSER et al., 1998). Em razão da dificuldade em resistir aos sintomas, acabam exigindo a participação dos familiares nos rituais, restringindo o acesso a cômodos da casa que eventualmente ficam ocupados por objetos inúteis, evitando o contato com membros “contaminados”, interferindo nos momentos de férias, lazer e compromissos de trabalho, criando desarmonia, raiva ou angústia. Para evitar conflitos, os demais membros acabam se acomodando aos sintomas e às exigências dos pacientes e até mesmo oferecendo apoio na realização dos rituais, como forma de aliviar medos infundados (CALVOCORESSI, MCDOUGLE, HARRIS et al., 1995). A imposição dos rituais é particularmente importante quando o indivíduo afetado ocupa uma posição de poder dentro do grupo familiar ou quando permanece durante muito tempo em contato com os demais membros, como ocorre habitualmente com a mãe, em nosso meio.

CALVOCORESSI, MCDOUGLE, HARRIS et al. (1995) entrevistaram 37 pacientes e seus familiares e verificaram que aproximadamente um terço deles freqüentemente apoiava os pacientes, participava dos rituais e assumia responsabilidades por eles. Mais de 40% dos membros haviam modificado as rotinas da família, e quando o paciente era o esposo, 88,2% das esposas tinham se acomodado aos sintomas dos maridos. Essas acomodações, na maioria das vezes, pareciam ocorrer em resposta a reações de raiva, correlacionadas com um funcionamento familiar pobre, rejeição e estresse familiar. Num outro estudo, os autores verificaram que a maioria dos familiares (70%) experimentava algum grau de desconforto com tais acomodações e não acreditava que elas melhorassem a situação do paciente. O grau de acomodação da família correlacionava-se com a gravidade dos sintomas, com interações familiares disfuncionais, com estresse e com o ônus que os sintomas representavam para a família (CALVOCORESSI, MAZURE, KASL et al., 1999).

As atitudes da família em relação aos sintomas, a hostilidade, a rejeição, o apoio ou a tolerância para com o paciente podem interferir nos resultados do tratamento, encorajar ou não sua busca, influenciar a adesão ou até provocar abandonos. Às vezes, os familiares, por não tolerar o sofrimento de uma pessoa querida, prisioneira de rituais exaustivos,

apóiam sua realização com o objetivo de proporcionar alívio imediato, reforçando o transtorno (STEKETEE e PIGOTT, 1999). Por esses motivos, alguns autores incluem os familiares no tratamento (VAN NOPPEN, STEKETEE, MCCORKLE et al., 1997).

## **ETIOLOGIA DO TOC: FATORES BIOLÓGICOS**

Sintomas obsessivo-compulsivos têm sido observados no curso de várias doenças neurológicas: em infecções cerebrais, como, por exemplo, a encefalite letárgica, em traumatismos cranianos, acidentes vasculares cerebrais (especialmente isquemias ou infartos de gânglios basais), e também como resultado do efeito de drogas que atuam no cérebro, como a risperidona, a clozapina e a olanzapina, entre outras. SWEDO, RAPOPORT, CHESLOW et al. (1989) já haviam relatado a associação entre Coréia de Sydenham e sintomas obsessivo-compulsivos, levantando a suspeita do comprometimento dos GB. Esses estudos iniciais foram confirmados mais recentemente (ASBAHR, GENTIL, ZANETTA et al., 1998).

Diversas anormalidades neurológicas leves, motoras e sensoriais têm sido descritas em portadores de TOC: incoordenação motora, movimentos involuntários, entre outras. Embora sugestivas de uma disfunção neurológica, nenhuma dessas anormalidades é consistente ou patognomônica do TOC (HOLLANDER, SCHIFFMAN, COHEN et al., 1990).

Esses estudos e observações representam fortes evidências no sentido de que o TOC seja considerado uma doença neuropsiquiátrica, ao contrário do que se considerava até recentemente, a saber, que o TOC era um transtorno de natureza eminentemente psicológica. Estudos de neuroimagem, estudos funcionais do cérebro, da neuroquímica cerebral relacionada com o TOC, genéticos, além da resposta aos tratamentos farmacológicos, acrescentaram novas evidências a essa conclusão, permitindo inclusive a proposição de um modelo neurobiológico para os sintomas obsessivo-compulsivos, que será descrito a seguir.

### **Alterações morfológicas**

Estudos utilizando tomografia computadorizada e ressonância magnética encontraram anormalidades no cérebro de pacientes com TOC. Em comparação com indivíduos normais,

os pacientes com TOC têm significativamente menos substância branca total e maiores volumes do neocórtex. Entretanto, quando comparados com controles, não foi observada nenhuma diferença nos volumes do giro cíngulo anterior, do giro órbita-frontal e do opérculo cortical (JENIKE, BREITER, BAER et al., 1996; Grachev et al., 1998). Outros estudos encontraram anormalidades no volume e na conformação de estruturas cerebrais, como o núcleo caudado, o estriado e o lobo frontal, aumento do terceiro ventrículo ou assimetrias entre o neocórtex frontal direito e a área semelhante esquerda (ROSENBERG, KESHAVAN, O'HEARN et al., 1997; GRACHEV, BREITER, RAUCH et al., 1998). Especula-se sobre a possibilidade de estas alterações estarem ou não relacionadas com o comprometimento da memória não-verbal de evocação imediata, observado em portadores do transtorno (SAVAGE, KEUTHLEN, JENIKE et al., 1996), mas os resultados têm sido inconsistentes e contraditórios, devendo ser considerados ainda preliminares (LACERDA, DALGALARRONDO e CAMARGO, 2001). Até o presente momento, não foi efetivamente comprovada a hipótese de que existam anormalidades morfológicas específicas no cérebro de portadores do TOC. Em compensação, os estudos funcionais chegaram a resultados mais consistentes.

### **Alterações funcionais**

Outras formas de estabelecer as regiões cerebrais e circuitos neuronais envolvidos no TOC incluem a tomografia computadorizada por emissão de fóton único (SPECT) e a tomografia por emissão de pósitrons (PET). Estudos utilizando essas técnicas possibilitaram a identificação de regiões do cérebro mais ativas tanto durante o repouso como por ocasião da provocação dos sintomas, bem como a observação do efeito de tratamentos medicamentosos e psicoterápicos sobre esta hiperatividade.

Usando a SPECT, foi verificado um aumento do fluxo sanguíneo cerebral no córtex parietal dorsal bilateral, no córtex frontal posterior esquerdo e no córtex frontal bilateral de portadores do TOC (RUBIN, VILLANUEVA-MEYER, ANANTH et al., 1992). Estudos com PET mostraram que o circuito do córtex pré-frontal-estriato-tálamo desses pacientes apresenta um aumento absoluto do metabolismo da glicose. Foi observada, ainda, naqueles que responderam ao tratamento com terapia comportamental e também com ISRS, uma redução significativa da hiperatividade do lobo frontal, das regiões órbita-frontais bilaterais, do núcleo caudado e do giro cíngulo. Antes do tratamento, foram observadas correlações significativas de atividade do cérebro no hemisfério direito, entre os giros orbitais e a cabeça

do núcleo de caudado, e os giros orbitais e o tálamo. Essas correlações diminuíram significativamente depois de tratamento efetivo. A redução do metabolismo foi proporcional à resposta ao tratamento e não foi verificada nos pacientes que não responderam (BAXTER, SCHWARTZ, BERGMAN et al., 1992; BAXTER, 1994; SCHWARTZ, STOESSEL, BAXTER et al., 1996). Esses estudos ficaram conhecidos pelo fato de terem sido provavelmente os primeiros a documentar as alterações neuroquímicas induzidas por tratamentos de natureza psicológica.

Esses resultados sugerem que certas anormalidades – como excesso de atividade nos lobos frontais e gânglios basais – ocorrem em um grande número de pacientes com TOC. Não se sabe, entretanto, se elas representam simplesmente um estado ou se são uma verdadeira patologia cerebral (traço), que predispõe o paciente a apresentar sintomas obsessivo-compulsivos e, eventualmente, déficits de memória, especialmente a memória de procedimentos ou habilidades, adquirida de forma não-consciente, por ensaio e erro e em consequência da prática (RAUCH e SAVAGE, 2000). Tais déficits têm sido descritos nesses pacientes, e supõe-se que estejam relacionados com determinados padrões cognitivo-comportamentais, como a necessidade de confirmação e as estratégias de neutralização (OTTO, 1992; SAVAGE, KEUTHLEN, JENIKE et al., 1996). A hipótese alternativa é de que essas anormalidades sejam, na verdade, mais estado do que traço, ou seja, de que a ansiedade e os sintomas de TOC provocam a hiperatividade dos lobos frontais e gânglios basais, e que tratamentos bem-sucedidos normalizariam essas regiões, independentemente de o tratamento ser terapia comportamental ou medicação.

#### *Estudos de provocação de sintomas*

A técnica de provocação de sintomas obsessivo-compulsivos foi utilizada mediante a exposição dos pacientes aos estímulos mais temidos e o registro concomitante das alterações do metabolismo cerebral, como forma de identificar as regiões envolvidas. De fato, um aumento significativo do fluxo sanguíneo cerebral foi observado durante a provocação dos sintomas no núcleo caudado direito, no córtex cingulado esquerdo e no córtex órbito-frontal bilateral quando comparado com o estado de repouso, e um aumento que não chegou a ser significativo foi observado no tálamo esquerdo (RAUCH, JENIKE, ALPERT et al., 1994). Esses resultados são consistentes com os primeiros estudos funcionais do cérebro no TOC utilizando a SPECT e a PET. Em seu conjunto, eles indicam que os sintomas obsessivo-compulsivos estão associados a um aumento do metabolismo no córtex órbito-frontal, núcleo caudado, tálamo e giro cíngulo anterior e sugerem que essas

estruturas – ou, como é conhecido, o circuito córtico-estriato-tálamo-cortical – estão implicadas na patofisiologia do TOC (SAXENA, BRODY, SCHWARTZ et al., 1998).

### **O circuito córtico-estriato-tálamo-cortical do TOC**

Os estudos funcionais do cérebro no TOC trouxeram evidências envolvendo essencialmente o córtex frontal e pré-frontal e os chamados gânglios da base (GB). Uma outra evidência do comprometimento das regiões corticais advém das já conhecidas funções dessas estruturas no processamento de informações e no controle dos movimentos. O lobo frontal está envolvido na filtragem, priorização e organização da informação recebida pelo cérebro, na supressão e no retardo das respostas a estímulos sem importância, em funções de tomada de decisão baseadas em lógica e priorização e na regulação e controle fino de movimentos e comportamentos complexos ativados pelos GB. Essas funções são críticas para a espontaneidade, a expressão de emoções, o controle de impulsos, a modulação de movimentos, habilidades que geralmente estão comprometidas em algum grau em portadores de TOC. Este é, portanto, mais um motivo para supor que o córtex frontal/pré-frontal desempenha um importante papel no aparecimento dos sintomas obsessivo-compulsivos (STEKETEE e PIGOTT, 1999).

### **Os gânglios da base**

Os gânglios da base (GB) são estruturas constituídas por núcleos de substância cinzenta subcorticais interconectados. Incluem o núcleo caudado, o putâmen (formando o corpo estriado), o globo pálido, a substância negra e os núcleos subtalâmicos. Até a pouco relacionados primordialmente com a execução motora, esses núcleos são, na atualidade, associados com aspectos mais sofisticados do comportamento, como controle do início do movimento, sua modulação, planejamento da seqüência do movimento, aprendizagem por ensaio e erro e direcionamento cognitivo e motivacional. Essa diversidade de papéis decorre da existência de múltiplos circuitos neuronais responsáveis pelo processamento da informação a partir do córtex, passando pelo estriado e pelo pálido. Funções adicionais incluem o processamento e a filtragem da informação que é enviada de volta ao córtex (via tálamo), auxílio no controle do comportamento e em atividades cognitivas. Através de cada um desses circuitos córtico-estriatais paralelos e independentes, diferentes porções dos GB recebem projeções específicas do córtex cerebral, ficando em posição estratégica para

influenciar e modular o seu funcionamento. Além disso, trata-se de uma zona do cérebro muito rica em neurotransmissores e múltiplos receptores (RAUCH e SAVAGE, 2000; VALENTE JR e BUSATTO FILHO, 2001).

A suspeita do envolvimento dos GB no TOC surgiu da observação de que em vários transtornos neurológicos com comprometimento dos GB, como na Coreia de Sydenham, no TT, na doença de Huntington ou em casos de lesões (infartos isquêmicos, atrofia após TCE ou encefalopatias), é comum o surgimento de sintomas obsessivo-compulsivos. A partir disso, a presença de sintomas obsessivo-compulsivos foi demonstrada em casos de intoxicação por monóxido de gás carbônico ou após picadas de vespas. Pacientes com doença de Parkinson ou de Huntington, que são decorrentes da deterioração de células nervosas dentro dos GB, também têm um risco aumentado de desenvolver sintomas obsessivo-compulsivos (SWEDO, RAPOPORT, CHESLOW et al., 1989; HOLLANDER, SCHIFFMAN, COHEN et al., 1990).

Outras evidências do comprometimento dos GB no TOC são os resultados dos estudos de SPECT e PET, já mencionados anteriormente, nos quais se verificou um aumento do metabolismo dos GB tanto em repouso como durante a provocação dos sintomas. Estudos de neuroimagem estrutural, ressonância magnética e, mais recentemente, uma nova tecnologia, a morfometria baseada no voxel, comparando pacientes com TOC e voluntários normais, têm constatado diferentes anormalidades no núcleo caudado e no putâmen. É possível que, no futuro, lesões definidas possam ser correlacionadas com subtipos específicos de TOC (ROSENBERG, KESHAVAN, O'HEARN et al., 1997; ROBINSON, WU, MUNNE et al., 1995; VALENTE JR e BUSATTO FILHO, 2001).

### **Um modelo neurofisiológico do TOC**

De acordo com o modelo clássico, entre o tálamo e córtex existiriam duas vias paralelas – uma direta e outra indireta. Os impulsos transmitidos pela via direta tenderiam a ativar o sistema, tendo como resultado uma liberação de comportamentos; do lado oposto, as transmissões pela via indireta passariam pelo estriado, eventualmente pelos núcleos subtalâmicos (antes de alcançar o tálamo), e tenderiam a suprimir esta liberação. Essas ações recíprocas podem estar envolvidas nos atos de iniciar e cessar comportamentos, mas detalhes dos mecanismos subjacentes ainda são desconhecidos. O tônus dessas duas vias opostas normalmente está em equilíbrio dinâmico, permitindo transmissão nervosa entre as regiões corticais, passando pelo sistema límbico e pelos GB. Se este balanço for

perturbado, pode ocorrer desequilíbrio em uma via em relação à outra, provocando o surgimento de doenças neurológicas que envolvem distúrbios motores, como a Coreia de Huntington, a doença de Parkinson, o TT, a Coreia de Sydenham, entre outras (RAUCH e SAVAGE, 2000; BAXTER, ACKERMAN, SWEERDLOW et al., 2000).

Por analogia com este modelo clássico dos transtornos neurológicos do movimento, foi proposto um modelo funcional para explicar a origem dos sintomas obsessivos. No TOC, o circuito do córtex frontal, especialmente a região periorbital e as áreas subcorticais, é crítico. Informações recebidas dos GB pelo núcleo caudado são filtradas e transmitidas ao córtex órbito-frontal para interpretação e possível ativação das respostas apropriadas. Quando o circuito está funcionando adequadamente, a porção que se origina dos GB e se projeta sobre o córtex tem um efeito inibitório, ou seja, com o aumento da atividade na via córtex órbito-frontal e nos núcleos da base, ocorreria o envio de um retorno pela via descendente do circuito, o qual teria um efeito supressor, prevenindo comportamentos excessivos ou supérfluos. Postula-se que a inadequada filtragem de estímulos vindos de fora e relacionados com ansiedade, mais especificamente preocupações territoriais e sociais, centrando-se em temas como violência, higiene ou sexualidade, ativariam de forma excessiva a via direta – córtex órbito-frontal/tálamo – em relação à via indireta – córtex órbito-frontal/núcleo caudado/tálamo –, dando início a comportamentos excessivos, como os rituais. Da mesma forma, um funcionamento deficiente do circuito de retorno inibidor poderia determinar um excesso de ativação de comportamentos ou uma redução da capacidade de inibi-los, redundando em comportamentos excessivos e fora do controle, como verificações, lavagens repetidas, etc. (BAXTER, SCHWARTZ, BERGMAN et al., 1992; BAXTER, ACKERMAN, SWEERDLOW et al., 2000; RAUCH e SAVAGE, 2000).

## **Neurocirurgia**

Outra evidência do envolvimento do circuito córtico-estriato-tálamo no TOC é a redução dos sintomas obsessivo-compulsivos com a neurocirurgia. Diferentes modalidades de neurocirurgia (cingulotomia, capsulotomia, tractotomia subcaudado, leucotomia límbica) têm sido utilizadas. Mais recentemente, está sendo desenvolvida e testada uma técnica não-invasiva de neurocirurgia que dispensa a craniotomia: trata-se da faca de raios gama ou radiocirurgia, cujos primeiros resultados parecem promissores (LIPITZ, MINDUS, MEYERSON et al., 1999). A neurocirurgia tem sido indicada para pacientes refratários, e uma redução de até 40% nos sintomas obsessivo-compulsivos tem sido relatada com esses



procedimentos (JENIKE, BAER, BALLANTINE et al., 1991; DOUGHERTY, BAER, COSGROVE et al., 2002). Os resultados reforçam os achados de neuroimagem e o modelo que vem sendo proposto para a neurofisiologia do TOC

### **A hipótese serotoninérgica do TOC**

Como foi visto, os estudos de neuroanatomia funcional sugeriram anormalidades nos circuitos neurais que conectam o lobo frontal aos GB em portadores do TOC. Coincidentemente, a serotonina e a dopamina são os neurotransmissores mais atuantes nessas vias. Entretanto, a maior evidência em favor da hipótese de que estes neurotransmissores podem ter um importante papel no TOC advém da observação de que drogas inibidoras de sua recaptação reduzem a intensidade dos sintomas obsessivo-compulsivos.

Os efeitos da serotonina são mediados por vários subtipos de receptores, com distintos padrões de distribuição regional e localização pré e pós-sináptica. Eles pertencem à superfamília da proteína G, ligando-se à adenilciclase (5-HT<sub>1,4,5,6,7</sub>) ou à fosfolipase C (5-HT<sub>2</sub>), ou, ainda, à superfamília dos íons de canais (5HT<sub>3</sub>). Estudos genéticos investigaram possíveis variantes dos genes do sistema serotoninérgico: as variantes do gene 5-HT<sub>2A</sub> e 5HT<sub>2C</sub> parecem não estar associadas com o TOC, enquanto que resultados mistos foram obtidos com o receptor 5HT<sub>1Dβ</sub> (MUNDO, RICHTER, MACCIARDI et al., 2000), coincidindo com os resultados obtidos em estudos de provocação de sintomas com o uso do sumatriptano, um agonista seletivo 5-HT<sub>1D</sub> (STEIN, VAN HEERDEN, WESSELS et al., 1999; KORAN, PALLANTI, QUERCIOLO, 2001). Contudo, as drogas que atuam nesses receptores modulam vários aspectos do comportamento social cooperativo, bem como a latência de respostas envolvendo a impulsividade, numa variedade de modelos experimentais de ansiedade e depressão. É possível que a eficácia clínica dos ISRS em transtornos caracterizados por déficit no controle de impulsos, como bulimia nervosa, TOC, comportamento suicida ou homicida violento, possa estar relacionada à sua ação em uma ou mais dessas famílias de receptores (BAUMGARTEN e GROZDANOVIC, 1995).

#### *Estudos de desafio farmacológico*

Devido ao fato de os ISRS, após o uso prolongado, reduzirem a sensibilidade dos receptores 5HT<sub>1B/1D</sub> em relação aos seus agonistas, levantou-se a hipótese de que este tipo

de receptor estaria supersensível no TOC. Como consequência, haveria uma menor liberação de 5HT na via serotoninérgica mesoestriatal, com a redução de sua concentração no estriado, resultando na ativação do circuito caudado-tálamo-córtex frontal, responsável pelo agravamento das manifestações do TOC. Esta hipótese ganhou importante apoio farmacológico recentemente, com a constatação de que agonistas serotoninérgicos podem agravar os sintomas obsessivo-compulsivos.

Um agonista parcial serotoninérgico, a m-clorofenil-piperazina (m-CPP), agrava os sintomas obsessivo-compulsivos em alguns pacientes com TOC. Este efeito é abolido com o uso de clomipramina. Além disso, foi verificado que os pacientes que respondem à m-CPP com exacerbação dos sintomas também apresentam aumento da perfusão cortical global (18,1%), enquanto que os que não respondem à m-CPP não apresentam nenhuma mudança. Esses resultados sugerem que a exacerbação dos sintomas pela m-CPP esteja associada ao aumento do fluxo sanguíneo cortical (ZOHAR e INSEL, 1987; ZOHAR, INSEL, ZOHAR-KADOUCH et al., 1988; HOLLANDER, DECARIA, NITESCU et al., 1992; HOLLANDER, PROHOVNIK e STEIN, 1995).

Mais recentemente, foi constatado que o sumatriptano, um agonista seletivo 5HT<sub>1D</sub>, quando administrado aos pacientes, também agrava os sintomas obsessivo-compulsivos. Além disso, uma associação significativa foi observada entre a exacerbação dos sintomas e a diminuição da atividade cerebral em áreas frontais, bem como entre atividade diminuída na área frontal inferior e uma pior resposta ao tratamento. Da mesma forma, os pacientes que apresentaram agravamento dos sintomas depois da administração do sumatriptano tiveram uma pior resposta ao tratamento posterior com ISRS (STEIN, VAN HEERDEN, WESSELS et al., 1999).

Apesar das evidências a favor de uma alteração da função serotoninérgica no TOC, algumas inconsistências persistem: o agravamento dos sintomas com a administração de agonistas não ocorre em todos os pacientes e vários estudos apresentam resultados negativos. Por outro lado, a redução da intensidade dos sintomas com o uso de ISRS ou clomipramina (CMI), na maioria das vezes, é parcial e, eventualmente, nula ou insignificante. Tratamentos que não envolvem o uso de medicamentos serotoninérgicos, como a terapia cognitivo-comportamental (TCC), podem eliminar por completo os sintomas da doença, e estudos de marcadores periféricos da função serotoninérgica no sangue e no liquor têm sido inconclusivos em comprovar anormalidades.

Na verdade, os benefícios obtidos com o aumento da neurotransmissão serotoninérgica não provam necessariamente que eventuais anormalidades neste sistema seriam a causa

dos sintomas obsessivo-compulsivos, pois os neurônios serotoninérgicos modulam as funções de vários outros sistemas, onde a verdadeira causa pode estar localizada. Uma evidência neste sentido está na não-resposta aos ISRS por pacientes com TOC e comorbidades associadas, como TT, tiques, personalidade esquizotípica, etc., que acabam respondendo aos neurolépticos – isso sugere que a dopamina também possa desempenhar algum papel nesses quadros. É importante lembrar, ainda, que anormalidades envolvendo a serotonina foram encontradas em outros transtornos como depressão, pânico, transtornos alimentares e esquizofrenia.

### **O papel da genética**

As evidências em favor de um fator genético que contribua para o surgimento do TOC são provenientes de dois tipos de estudos: comparação da incidência do transtorno em familiares de portadores com a incidência em controles ou na população em geral, e comparação da incidência em gêmeos monozigóticos e dizigóticos. O primeiro tipo de estudo tem como limitação o fato de não discriminar a influência de fatores genéticos de influências ambientais. É, entretanto, de fácil realização e permite a constituição de amostras maiores e, portanto, mais representativas.

#### *Incidência do TOC em familiares de portadores do transtorno*

Vários estudos constataram uma maior incidência de TOC em familiares de portadores do TOC: SWEDO, RAPOPORT, CHESLOW et al. (1989) verificaram que 25% dos indivíduos de sua amostra tinham um familiar de primeiro grau com TOC; LENANE, SWEDO, LEONARD et al. (1990) verificaram que 25% dos pais e 9% das mães de 46 crianças e adolescentes apresentavam o transtorno; por fim, RIDDLE, SCAHILL, KING et al. (1990) verificaram que 9,5% dos familiares de crianças portadoras de TOC apresentavam TOC clínico, e 26,2% apresentavam TOC subclínico. BLACK, NOYES, GOLDSTEIN et al. (1992) encontraram 16% de risco para o TOC entre os familiares de portadores e apenas 3% de risco entre os controles. As amostras desses estudos, em geral, eram pequenas, e os métodos de diagnóstico eventualmente deixavam dúvidas quanto aos critérios utilizados para identificar os casos. Mais recentemente, outros estudos foram realizados com amostras maiores e com uma metodologia mais elaborada, conforme será descrito a seguir.

PAULS, ALSOBROOK, GOODMAN et al. (1995) verificaram que 10,3% dos familiares de portadores de TOC apresentavam TOC clínico e 7,9% apresentavam TOC subclínico, índices significativamente maiores do que aqueles observados em controles – 1,9% e 2%, respectivamente. Além disso, os familiares dos portadores de TOC de início precoce (antes de 12 anos de idade) apresentavam alto risco para tiques. Dezoito dos 373 (5%) parentes de primeiro grau dos pacientes com TOC de início precoce foram diagnosticados como portadores de um transtorno crônico de tiques, comparados com apenas um entre os 113 (0,9%) familiares dos controles. O risco de apresentar tiques entre parentes de portadores de TOC que também apresentavam tiques estava aumentado em comparação com o risco entre familiares de portadores que não apresentavam tiques (10,6% vs. 3,2%), mas não no que se refere a apresentar TOC (17,7% vs. 18,3%) (PAULS, ALSOBROOK, GOODMAN et al., 1995). Esses resultados confirmam os achados de estudos anteriores (PAULS, TOWBIN, LECKMAN et al., 1986; PAULS, 1992).

Um estudo mais recente, da Johns Hopkins, também chegou a conclusões semelhantes: uma incidência maior de tiques, especialmente de tiques de maior gravidade, foi encontrada em pacientes com TOC e seus familiares do que em controles. O início precoce e, possivelmente, o fato de pertencer ao gênero masculino, estavam associados com uma maior incidência de transtornos de tiques em familiares, sugerindo que esse transtorno possa ser uma expressão alternativa do fenótipo familiar do TOC (GRADOS, RIDDLE, SAMUELS et al., 2001).

NESTADT, SAMUELS, RIDDLE et al. (2000) compararam os familiares de 343 portadores de TOC com os familiares de 300 controles e verificaram que a prevalência de TOC nos familiares de pacientes era bem mais elevada do que nos familiares dos controles (11,7% vs. 2,7%). Verificaram, ainda, que a idade de início estava fortemente relacionada com a incidência familiar de TOC. Nenhum caso foi detectado em familiares de pacientes cujo TOC tinha iniciado após os 18 anos. Contrariando estudos anteriores, não foi observada uma probabilidade maior de haver familiar com TOC entre portadores com tiques ou personalidade obsessivo-compulsiva do que em portadores que não apresentavam estas comorbidades.

Finalmente, um estudo de meta-análise agregando os resultados de cinco estudos genéticos sobre o TOC concluiu que a razão das chances de se tornar um portador de TOC em 1.209 familiares de primeiro grau de portadores era quatro vezes maior do que em familiares de controles. O risco estimado nos familiares de primeiro grau foi de 8,2%; nos 741 controles, esse índice foi de 2% (HETTEMA, NEALE e KENDLER et al., 2001).

No Brasil, uma prevalência de 6,9% de TOC foi observada em 173 parentes de primeiro grau de portadores de TOC; nos controles, o resultado foi de 1,4%. Foi observada, ainda, uma prevalência de 19,1% de sintomas obsessivo-compulsivos entre parentes de pacientes com TOC e de 3,2% entre os controles (GONZÁLES, 2001). Vemos, portanto, que, embora as cifras dos vários estudos apresentem diferenças, existe uma incidência maior de TOC clínico nos familiares de portadores, variando entre três e cinco vezes mais nos casos do que nos controles. Se for computada a presença de sintomas obsessivo-compulsivos que não preenchem os critérios para o diagnóstico de TOC, esta incidência poderá ser nove vezes maior do que na população geral.

### **Estudos de gêmeos e modos de transmissão**

A maioria dos estudos de gêmeos com TOC encontrados na literatura são relatos de caso. Numa única série com 30 pares, foi verificada uma concordância de 87% para os 15 pares de gêmeos monozigóticos e de 47% para os demais 15 pares de gêmeos dizigóticos (CAREY e GOTTESMAN, 1981). Inexistem estudos com gêmeos adotivos, semelhantes aos realizados na esquizofrenia e que permitiriam definitivamente separar os fatores genéticos dos fatores ambientais.

Estudos recentes tentam definir o tipo de herança e o gene principal envolvido na transmissão genética do TOC. A partir de análises complexas de segregação e utilizando estratificação por sexo em 153 famílias (80 casos e 73 controles), NESTADT, LAN, SAMUELS et al. (2000) concluíram a favor da existência de um gene principal e um modelo de transmissão mendeliana, dominante, com efeitos significativos sobre o sexo e residuais sobre a família. Outros autores chegaram a conclusões divergentes, propondo genes e modos de transmissão distintos.

Diversos estudos têm sido realizados para verificar a associação entre genes, particularmente os relacionados com a serotonina, a dopamina e polimorfismos, comparando portadores de TOC com não-portadores. Os estudos, entretanto, não têm sido conclusivos. Como exemplo, MUNDO, RICHTER, MACCIARDI et al. (2000), estudando 67 portadores de TOC e suas famílias, encontraram evidências de uma transmissão preferencial do alelo G, responsável pelo receptor 5HT<sub>1Dβ</sub>, em portadores do TOC, sugerindo que este gene pudesse estar implicado na patogenia do TOC. Uma revisão mais ampla do tema pode ser encontrada em GONZÁLES (2001).

## **ETIOLOGIA DO TOC: FATORES PSICOSSOCIAIS**

Os estudos funcionais, neuroquímicos e genéticos, bem como a resposta aos medicamentos, acumularam evidências em favor da contribuição de fatores de ordem biológica na etiopatogenia do TOC. Permitiram, ainda, a formulação de modelos que sugerem disfunções no circuito córtico-estriato-tálamo-cortical subjacentes aos sintomas. Acumulam-se, entretanto, evidências de que fatores de natureza psicológica ou psicossocial também têm importante papel na gênese e manutenção dos sintomas obsessivo-compulsivos. Diferentes teorias e modelos propuseram explicações para seu surgimento. Dentro da teoria psicodinâmica, os sintomas foram compreendidos como a expressão de conflitos inconscientes. Já os autores ligados à teoria comportamental sugeriram que aprendizagens distorcidas eram as responsáveis por sua origem e manutenção, e que sintomas aprendidos poderiam ser desaprendidos (HOGDSON e RACHMAN, 1972; HOGDSON, RACHMAN e MARKS, 1972; RÖPER, RACHMAN e HOGDSON, 1973; RACHMAN, DE SILVA e RÖPER, 1976; RACHMAN e DE SILVA, 1978; MARKS, HODGSON e RACHMAN, 1975). Esses autores verificaram, ainda, a possibilidade de eliminar os sintomas rapidamente através de técnicas comportamentais de exposição e prevenção da resposta (EPR). Mais recentemente, foi dada uma atenção à alta prevalência de crenças disfuncionais no TOC, e, da mesma forma, foram sugeridos modelos nos quais tais crenças desempenhariam um papel relevante na origem e manutenção dos sintomas obsessivo-compulsivos. Coerentes com tal modelo, técnicas cognitivas para sua correção têm sido propostas e estão sendo testadas.

A seguir serão apresentados e discutidos os diferentes modelos que pressupõem fatores de natureza psicológica na etiopatogenia do TOC.

## O MODELO PSICODINÂMICO

O modelo psicodinâmico parte do pressuposto de que os sintomas obsessivo-compulsivos são a expressão de conflitos inconscientes situados na fase anal do desenvolvimento psicosexual e não adequadamente resolvidos.

### *O homem dos ratos*

Em 1909, Freud tratara um jovem de educação universitária que apresentava obsessões desde sua infância e com maior intensidade nos últimos 4 anos de vida. A experiência que determinara a primeira consulta do paciente ocorrera quando estava em manobras em uma unidade militar. Um oficial descrevera uma forma de tortura na qual o prisioneiro ficava sentado, nu, amarrado sobre um recipiente contendo ratos, que buscavam escavar o ânus do prisioneiro em busca de uma saída. Após ouvir o relato, a imagem da cena passara a invadir a mente do paciente sem que ele fosse capaz de evitá-la, o que lhe causava grande aflição. Imaginava a mesma cena acontecendo com uma jovem de quem gostava e com seu pai. Como forma de evitar essa obsessão, empregava uma fórmula particular, pronunciando a palavra "Mas", acompanhado de um gesto de repulsa, dizendo para si mesmo logo após: "O que é que você está pensando?". Além disso, sua mente era invadida por impulsos de natureza agressiva – como cortar a própria garganta com uma lâmina – ou por temores de que algo ruim acontecesse ao pai ou à jovem que admirava. Ao tropeçar numa pedra, ocorria-lhe que talvez alguém pudesse se acidentar com a referida pedra e, em função disso, sentia-se compelido a voltar e recolocá-la na posição original. Passara muitos anos combatendo essas e outras idéias, perdendo muito tempo de sua vida e realizando vários tratamentos sem resultado (FREUD, 1909).

A análise foi centrada na ambivalência do paciente para com seu pai e para com a jovem pela qual estava interessado. Na opinião de Freud, a ambivalência se originava em sua sexualidade precoce e intensa e em sentimentos antigos de raiva contra o pai, que

havia sido severamente reprimidos. O símbolo do rato levou Freud e o paciente a uma série de associações que incluíam erotismo anal, o fato de ter sido espancado pelo pai aos 4 anos de idade depois de ter mordido uma pessoa, problemas antigos do pai com o jogo (em alemão, um jogador é chamado de *spielratte*, ou “rato do jogo”), a idéia infantil do parto anal e a própria experiência real de haver tido verminose quando criança. Após 1 ano de análise, o paciente curou-se dos sintomas e, nas palavras de Freud, "o delírio dos ratos desapareceu" (FREUD, 1909).

De acordo com Freud, a função primária de uma obsessão ou ritual é o controle da ansiedade, postulando que o fenômeno fundamental da neurose obsessivo-compulsiva é uma regressão da fase edípica para a fase anal-sádica do desenvolvimento psicosssexual. Diante dos estímulos que excitam a libido edípica e provocam ansiedade (conflito relativo aos impulsos genitais), o indivíduo com neurose obsessivo-compulsiva regride da fase edípica para a fase anal, regressão esta freqüentemente auxiliada pela presença de fixações anais.

Para a teoria psicanalítica, o erotismo anal se refere ao prazer de reter ou expelir as fezes, enquanto que o sadismo anal se refere à expressão de impulsos agressivos deslocados para as fezes. Os conflitos típicos relacionados à fase anal se centram na mudança da passividade para a atividade, em conflitos com os pais tendo como tema o seu controle através da retenção ou expulsão das fezes, além de conflitos envolvendo separação, individuação e independência. As defesas mais características da fase são a intelectualização (uso excessivo de processos intelectuais para evitar experimentar ou expressar afetos), o isolamento (separar os afetos de idéias e/ou impulsos inaceitáveis), a anulação (realização de compulsões para neutralizar idéias ou impulsos agressivos), o deslocamento (de uma emoção ou sentimento ligado a um objeto ou pessoa para outro objeto ou pessoa) e a formação reativa (adoção de traços de caráter opostos aos impulsos temidos). Essas defesas se expressam sob a forma de traços de caráter, como preocupação com ordem e limpeza, obstinação, parcimônia, frugalidade, teimosia, inflexibilidade, que, eventualmente, podem se tornar patológicos, além de ambivalência, meticulosidade, preocupação com limpeza e sujeira ou tendências sadomasoquistas excessivas (GABBARD, 2000).

Freud fez descrições clínicas muito precisas e ricas em detalhes dos sintomas obsessivo-compulsivos que até hoje se mantêm e continuam sendo consideradas modelo. Embora a explicação para o transtorno seja coerente com a teoria do desenvolvimento psicosssexual, os resultados dos tratamentos do TOC baseados na teoria psicanalítica, como



a psicanálise ou psicoterapia de orientação analítica, sempre foram insatisfatórios. Além disso, o modelo psicodinâmico não separa traços de caráter (personalidade) da neurose obsessivo-compulsiva (TOC), supondo um *continuum* entre eles, o que não se sustenta diante dos atuais conhecimentos que evidenciam disfunções neuroquímicas e neurofisiológicas pelo menos em determinados subgrupos do TOC. A resposta dos pacientes aos psicofármacos ISRS e à terapia comportamental que não aborda conflitos de natureza inconsciente, com a eliminação dos sintomas, contradiz um pressuposto central da teoria psicodinâmica. Por não ter se revelado útil tanto na proposição de hipóteses válidas como no auxílio aos pacientes, e em razão dos fatos novos que foram acrescentados, o modelo psicodinâmico do TOC e a terapia de orientação analítica vêm sendo paulatinamente abandonados na sua abordagem.

## **O MODELO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

A partir dos anos 60, alguns autores pensaram em tratar os sintomas obsessivo-compulsivos utilizando técnicas comportamentais que estavam sendo testadas por Wolpe para o tratamento de fobias, baseadas na exposição gradual e na dessensibilização. MEYER (1966), influenciado pelas idéias de Bandura e Wolpe, tratou com sucesso dois pacientes graves que apresentavam rituais e obsessões, usando um método que ele chamou de mudança de expectativas. Na prática, os pacientes eram expostos a estímulos que provocavam suas obsessões e, então, impedidos de realizar suas compulsões ou ações de neutralização – daí o nome prevenção da resposta. Numa época em que a escola psicodinâmica ainda era hegemônica, este experimento não teve repercussão maior.

### **A relação funcional entre obsessões e compulsões**

Algumas observações empíricas realizadas por autores ingleses no início da década de 70 modificaram as concepções que até então prevaleciam sobre o TOC. Esses autores realizaram um experimento interessante: solicitaram a pacientes que apresentavam obsessões de sujeira ou contaminação seguidas de rituais de limpeza ou dúvidas seguidas da necessidade de realizar verificações, que se abstivessem de realizar os referidos rituais. Eles observaram que o impulso de executar verificações ou lavações desaparecia espontaneamente depois de um período que variava de 15 a 180 minutos caso realmente se abstivessem de realizar os rituais (HOGDSON e RACHMAN, 1972; HOGDSON, RACHMAN e MARKS, 1972; RÖPER, RACHMAN e HOGDSON, 1973; RÖPER e RACHMAN, 1976; RACHMAN, DE SILVA e RÖPER, 1976; RACHMAN e DE SILVA, 1978). Com base nessas observações, os autores formularam uma hipótese que oferecia uma nova compreensão para os fenômenos obsessivos: de que existia uma relação funcional entre rituais e obsessões. Em outras palavras, eles propuseram que a função dos rituais era a de reduzir a ansiedade e o desconforto provocado pelas obsessões; esta seria a razão da sua existência (HOGDSON e RACHMAN, 1972; RACHMAN, MARKS, HOGDSON et al., 1973; RÖPER,

RACHMAN e HOGDSON, 1973; RÖPER e RACHMAN, 1976). Foi observado, ainda, um declínio na amplitude da resposta como resultado de repetidas exposições ao mesmo estímulo, fenômeno designado de habituação e que passou a ser a base da terapia de exposição e prevenção da resposta (EPR). A habituação deve ser diferenciada do fenômeno de extinção, que se refere ao declínio de uma resposta aprendida em consequência de repetidas evocações não acompanhadas de reforço (RACHMAN e SHAFRAN, 2000).

Efetivamente, em dois ensaios clínicos pioneiros utilizando a EPR em ambiente hospitalar, foi observada a redução dos sintomas obsessivos em poucas semanas (MEYER et al. apud JENIKE, BAER e MINICHIELLO, 1990, p.208; MARKS, HODGSON e RACHMAN, 1975). Os pacientes continuavam assintomáticos vários anos depois do tratamento, tendo sido comprovada definitivamente a possibilidade de eliminar obsessões e compulsões com técnicas comportamentais relativamente breves, que passaram, desde então, a constituir um dos tratamentos de escolha para o TOC.

### **O modelo comportamental**

A resposta à terapia comportamental teve como consequência a proposição de um modelo explicativo para os fenômenos obsessivos, baseado na teoria da aprendizagem e no modelo comportamental da ansiedade (MOWRER, 1939), contrapondo-se à explicação psicodinâmica prevalente até então.

O modelo comportamental considera a ansiedade e o medo patológicos como resultado de aprendizagens errôneas que podem ser desaprendidas. Os sintomas obsessivo-compulsivos teriam origem em aprendizagens defeituosas que ocorreriam em dois estágios: num primeiro estágio, o medo ou a aflição, em consequência de experiências de natureza traumática, seriam associados a estímulos internos – pensamentos intrusivos até então neutros (obsessões) – através do **condicionamento clássico**. Seriam, portanto, medos “condicionados”. Tais medos se generalizariam para objetos, situações ou mesmo outros pensamentos que tivessem alguma associação com o estímulo original. Num segundo estágio, através de tentativas de ensaio e erro, o indivíduo descobriria estratégias efetivas para neutralizar ou eliminar tais medos, como a execução de rituais, comportamentos evitativos e a busca de reassuramentos. A eficácia em produzir alívio aumentaria a frequência do uso dessas estratégias, tornando tais comportamentos estereotipados, repetitivos e freqüentes (rituais): **condicionamento operante** (SALKOSVKIS, FORRESTER e RICHARDS, 1998; SALKOSVKIS, 1999; RACHMAN e

SHAFRAN, 2000). Em resumo, a função das compulsões e da esquiva, de acordo com o modelo, seria a de interromper ou impedir a exposição a estímulos que, por algum motivo, passaram a ser temidos, eliminando a ansiedade associada ou impedindo seu surgimento. Por evitarem a exposição, as compulsões impediriam a extinção espontânea dos medos através do mecanismo natural, que é a habituação. O resultado seria a sua perpetuação, bem como das estratégias usadas para neutralizá-los. Desta forma, o TOC se consolidaria. Uma conclusão resultante do modelo é a suposição de que o comportamento compulsivo persiste porque tem sucesso em reduzir a ansiedade, como foi demonstrado em laboratório. Uma segunda conclusão é a de que o medo condicionado (aprendido) pode ser desaprendido, e que o efeito de eliminar a ansiedade deve ser bloqueado, quebrado ou substituído.

A crítica ao modelo diz respeito ao fato de ele não explicar os motivos pelos quais muitas pessoas têm o impulso de executar rituais sem que alguma cognição (obsessão) os preceda, à semelhança do que ocorre com tiques ou no TT. O modelo também não explica por que, na maioria das vezes, o início dos sintomas não está relacionado a nenhuma experiência traumática que pudesse ter resultado em condicionamento, como a teoria pressupõe (JONES e MENZIES, 1998). E, efetivamente, na maioria das vezes, o início do TOC é insidioso e não associado a nenhum estressor ou fator desencadeante (RASMUSSEN e EISEN, 1992b; LENSÍ, CASSANO, CORREDDU et al., 1996). Também não inclui os fatores de ordem biológica, cujo papel no TOC tem se tornado cada vez mais evidente; desconsidera o papel das crenças disfuncionais freqüentes em portadores do TOC e seu provável papel de moduladores da necessidade de executar ou não rituais. Este último aspecto foi parcialmente superado com a proposição de um modelo integrado, cognitivo-comportamental, que valoriza o papel das crenças e interpretações distorcidas, particularmente as relacionadas com responsabilidade e risco, no surgimento e manutenção dos sintomas obsessivos (SALKOVSKIS, 1985; SALKOVSKIS e WESTBROOK, 1989). De qualquer forma, mostrou-se consistente na medida em que sua aplicação prática possibilitou a eliminação dos sintomas em um grande número de pacientes de forma rápida através da terapia de EPR, tornando-se este um dos métodos de escolha no tratamento do TOC.

### **O modelo cognitivo do TOC**

Pensamentos, imagens, idéias, dúvidas e impulsos que irrompem na consciência fazem parte da atividade cognitiva normal das pessoas. Em geral, são neutros, redundando

eventualmente em criatividade e até mesmo em aumento de produtividade. Ocorrem como um processo automático, involuntário, provavelmente ligado às preocupações do indivíduo naquele momento, e são um fenômeno universal (RACHMAN e DE SILVA, 1978; RACHMAN, 1997). O modelo cognitivo propõe que interpretações distorcidas e avaliações errôneas dessas intrusões ou do seu conteúdo sejam as responsáveis pelo fato de determinados pensamentos (que poderiam ser normais e desaparecer espontaneamente) assumirem um significado especial para o indivíduo, expressando-se sob a forma de pensamentos automáticos de natureza negativa ou catastrófica e emoções desagradáveis: medo, desconforto, ansiedade e depressão. O fato de assumirem um significado especial faz com que aumentem de frequência, compelindo o indivíduo a adotar estratégias para neutralizá-los: aumentar a vigilância, realizar atos voluntários (rituais, evitações, reasseguramentos) para afastá-los ou para evitar os desfechos catastróficos imaginados. O sucesso momentâneo de tais estratégias leva o indivíduo a repeti-las, perpetuando o transtorno (SALKOVSKIS, 1985 e 1999; SALKOVSKIS e WESTBROOK, 1989; SALKOVSKIS, FORRESTER e RICHARDS, 1998; RACHMAN, 1997).

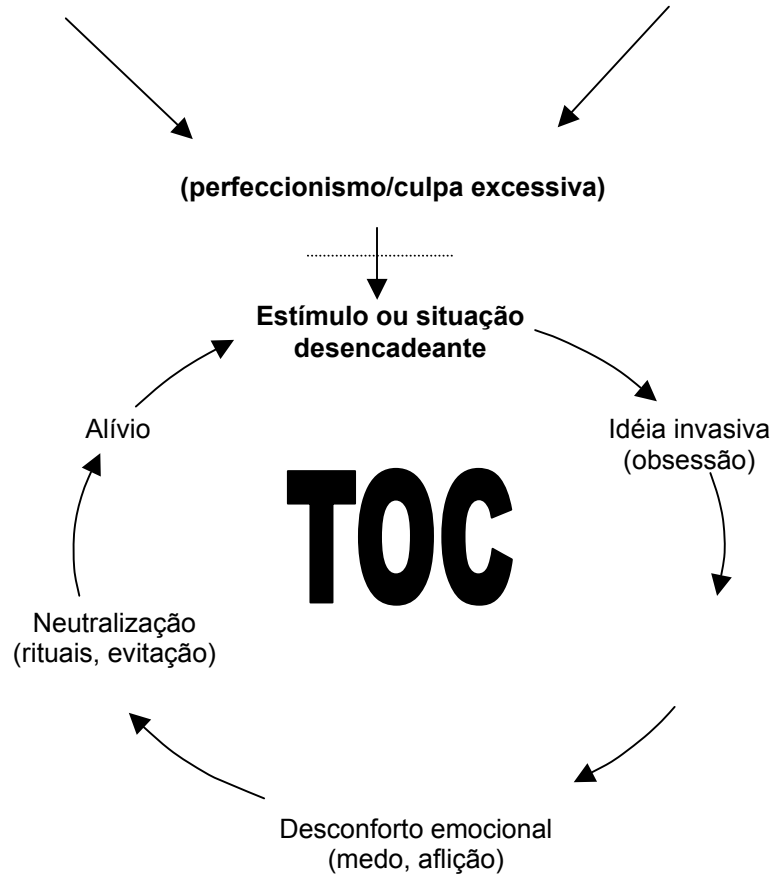


Figura 1. O modelo cognitivo do TOC (adaptado de Salkovskis, 1998, e Rachman, 1997)

### **Crenças disfuncionais no TOC**

Também foram descritas crenças disfuncionais em portadores do TOC que, embora não específicas, poderiam contribuir para o agravamento e a manutenção dos sintomas (SALKOVSKIS, 1985 e 1999; SALKOVSKIS e WESTBROOK, 1989; SALKOVSKIS, FORRESTER e RICHARDS, 1998; RACHMAN, 1997). Tais crenças envolveriam seis domínios: tendência a superestimar o risco, a responsabilidade, o poder do pensamento e a necessidade de controlá-lo, necessidade de ter certeza e perfeccionismo (OCCWG, 1997). E, de fato, estudos experimentais têm demonstrado uma correlação entre a intensidade das crenças e a intensidade dos sintomas obsessivo-compulsivos (NEZIROGLU, STEVENS e YARYURA-TOBIAS, 1999).

Entretanto, é importante salientar que nem sempre os rituais são precedidos de alguma emoção desagradável ou cognições de natureza negativa ou catastrófica. Alguns rituais, como movimentos repetitivos, alinhamentos e simetrias, incluem-se nesta categoria e lembram tiques. A presença de comorbidades, como tiques ou TT, além de outras anormalidades neurológicas predominantemente motoras, a resposta aos medicamentos, etc., são evidências do comprometimento cerebral ou, pelo menos, de uma anormalidade funcional cerebral. Parece bastante evidente que os portadores do TOC são indivíduos particularmente sensíveis à responsabilidade, à possibilidade de falhar ou correr riscos. A relação desta sensibilidade maior dos portadores com as disfunções encontradas no cérebro e com a genética são questões intrigantes e ainda não esclarecidas.

Um aprofundamento deste tema está presente no primeiro artigo desta tese (Artigo 1): “Crenças disfuncionais e o modelo cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo”, publicado na *Revista do Hospital de Clínicas de São Paulo*.

## **O TRATAMENTO DO TOC**

Até meados dos anos 70, o tratamento proposto para o TOC era a psicanálise e as psicoterapias de orientação analítica, que, embora estivessem baseadas num modelo amplamente aceito, eram ineficazes. A partir deste período, foi introduzida a terapia de exposição e prevenção da resposta baseada no modelo comportamental, que paulatinamente se impôs devido à sua eficácia. Simultaneamente foram sendo testados diversos psicofármacos, tendo se destacado, pela sua eficácia, aqueles que bloqueavam a recaptação da serotonina, como a clomipramina e, posteriormente, os ISRS.

### **A farmacoterapia do TOC**

Até meados dos anos 80, existiam relatos isolados sobre a utilização da clomipramina (CMI) para o tratamento dos sintomas do transtorno. Sua eficácia ficou bem estabelecida a partir de um ensaio clínico multicêntrico, com algumas centenas de pacientes, no início dos anos 90 (THE CLOMIPRAMINE COLLABORATIVE STUDY GROUP, 1991). Também foi demonstrado que medicamentos que não bloqueavam a recaptação da serotonina não reduziam os sintomas obsessivo-compulsivos. À medida que iam sendo lançados no mercado os ISRS, seguiam-se inúmeros ensaios clínicos que comprovaram sua eficácia em reduzir os sintomas obsessivo-compulsivos, passando, junto com a terapia de exposição e prevenção da resposta (EPR), a ser considerados os tratamentos de primeira linha no TOC (MARCH, FRANCES, CARPENTER et al., 1997).

As doses de CMI e ISRS utilizadas geralmente são maiores do que as utilizadas no tratamento da depressão, e os efeitos podem demorar até 3 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.



Embora a CMI pareça ter uma eficácia superior aos ISRS (PICINELLI, PINI, BELLANTUONO et al., 1995; ABRAMOVITZ, 1997), este achado ainda é controverso, pois a eventual vantagem desaparece nas comparações isoladas da CMI com os demais ISRS.

O entusiasmo com os resultados obtidos com uso da CMI e, posteriormente, com os ISRS nos primeiros ensaios deu lugar, na atualidade, a uma visão menos otimista em relação à eficácia dessas drogas no TOC. À medida que os ensaios clínicos foram se repetindo, percebeu-se que a eficácia era baixa na maioria das vezes. Como regra, a redução da intensidade dos sintomas é parcial, ao redor de 40% em média, variando entre 20% e 60%, e apenas 20% dos pacientes conseguem uma remissão completa (THE CLOMIPRAMINE COLLABORATIVE STUDY GROUP, 1991; PICINELLI, PINI, BELLANTUONO et al., 1995; EISEN, GOODMAN, KELLER et al., 1999; PIGOTT e SEAY, 2000). Infelizmente, um grande número de pacientes, embora tendo utilizado as doses preconizadas ou mesmo as doses máximas por tempo prolongado, continuam com sintomas ainda em nível considerado grave após o uso de inibidores da recaptação da serotonina.

Foi concluído que pacientes que apresentam comorbidades associadas como tiques crônicos, transtorno do humor, transtornos cerebrais orgânicos, abuso de drogas ou psicoses (MCDOUGLE, EPPERSON e PRICE, 2000), obsessões somáticas, pouco *insight* sobre a doença (ERZEGOVESI, CAVALLINI, CAVEDINI et al., 2001) e cujo TOC foi de início precoce respondem menos aos medicamentos (CAMPOS, LECKMAN, MERCADANTE et al., 2001; ERZEGOVESI, CAVALLINI, CAVEDINI et al., 2001). Outras questões relacionadas com o uso de medicamentos são as recaídas freqüentes após a interrupção (PATO, ZOHAR e ZOHAR, 1988), a intolerância aos efeitos adversos, bem como a não-aceitação ou abandono do tratamento, que podem chegar a 20% (PIGOTT e SEAY, 2000). Por outro lado, a manutenção do medicamento antiobsessivo parece exercer um efeito protetor para recaídas, especialmente se for usado em doses elevadas e por longo prazo (ROMANO, GOODMAN e TOMURA, 2001).

## **AS PSICOTERAPIAS NO TOC**

### **A terapia comportamental de exposição e prevenção da resposta**

A terapia comportamental de EPR é eficaz em mais de 70% dos pacientes que aderem ao tratamento (MARKS, HODGSON e RACHMAN, 1975; FOA e GOLDSTEIN, 1978). Uma eficácia semelhante ou levemente superior da terapia comportamental em relação aos ISRS foi verificada em ensaios clínicos (MAWSON, MARKS e RAMM, 1982; MARKS e O'SULLIVAN, 1988) e em diversas meta-análises (VAN BALKOM, VAN OPPEN, VERMEULEN et al., 1994; ABRAMOVITZ, 1997; KOBAK, GREIST, JEFFERSON et al., 1998). As recaídas aparentemente são menos freqüentes e ocorrem mais tarde com a terapia comportamental do que com os medicamentos (O'SULLIVAN, NOSHIRVANI, MARKS et al., 1991; FOA, 1979; FOA, GRAYSON, STEKETEE et al., 1983; FOA, STEKETEE, GRAYSON et al., 1983; FOA, KOZAK e STEKETEE 1992), embora este achado não esteja bem estabelecido. Por outra parte, é alto o índice de não-adesão e abandono, os quais, somados, podem chegar a 30% (MARKS e O'SULLIVAN, 1988; MARKS, 2002), tornando o tratamento ineficaz, na prática, em aproximadamente metade de todos os que iniciam e em 1/4 dos que completam o tratamento (SPIEGEL, 2000). As características dos pacientes que não se beneficiam da terapia comportamental e que os distinguem daqueles que o conseguem são questões ainda não bem esclarecidas. Em princípio, aproveitam menos os pacientes que apresentam sintomas graves, predominantemente obsessões, com comorbidades associadas, como depressão grave, psicoses, transtorno de personalidade esquizotípica, tiques ou TT, transtorno bipolar, abuso de álcool ou drogas, idéias supervalorizadas sobre obsessões ou baixa adesão ao tratamento (FOA, GRAYSON, STEKETEE et al., 1983; MINICHIELLO, BAER e JENIKE, 1988; JENIKE, BAER e MINICHIELLO, 1990).

Outro problema da terapia comportamental é o custo elevado do tratamento em comparação com os medicamentos se apenas o período de tratamento agudo for

considerado, e não a manutenção em longo prazo, que tende a ser maior com os medicamentos. Além disso, na prática, a terapia comportamental continua sendo uma modalidade de tratamento pouco disponível à população, pois são relativamente raros os psiquiatras que a utilizam em seus consultórios (BAER e GREIST, 1997).

Uma descrição mais detalhada da TCC no TOC está apresentada no Artigo 2: “Terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo”, capítulo do livro *Terapia cognitivo-comportamental na prática*, organizado por Paulo W. Knapp, a ser editado pela Editora Artmed, Porto Alegre.

### **A terapia cognitiva**

Pacientes com predomínio de obsessões ou com convicções muito rígidas sobre suas crenças eram pouco acessíveis à terapia de EPR. Suas crenças e temores restringiam a adesão ao tratamento e às tarefas de casa, fator crucial para a eficácia desta modalidade de terapia (ARAÚJO, ITO e MARKS, 1996). Além disso, a identificação de crenças disfuncionais subjacentes aos sintomas obsessivos (SALKOVSKIS, 1985; SALKOVSKIS e WESTBROOK, 1989) e os resultados favoráveis de ensaios iniciais (EMMELKAMPF e BEENS, 1991; VAN OPPEN, DE HAAN, VAN BALKON et al., 1995) levaram alguns autores a propor técnicas cognitivas associadas ou não à terapia de EPR (SALKOVSKIS, 1985 e 1999; SALKOVSKIS e WESTBROOK, 1989; VAN OPPEN e ARNTZ, 1994; FREESTON, RHÉAUME e LADOUCEUR, 1996). E, de fato, a eficácia da terapia cognitiva tem sido comprovada tanto em pacientes com predomínio de obsessões, considerados refratários à terapia de EPR (FREESTON, LADOUCEUR, GAGNON et al., 1997), como em pacientes com obsessões e compulsões (VAN OPPEN, DE HAAN, VAN BALKON et al., 1995; COTTRAUX, NOTE, SAI et al., 2001). Um dos estudos observou uma eficácia superior da terapia cognitiva comparada à terapia comportamental em reduzir os sintomas depressivos em portadores de TOC – uma comorbidade relativamente freqüente, embora a eficácia em reduzir os sintomas obsessivo-compulsivos fosse semelhante (COTTRAUX, NOTE, SAI et al. 2001). Não está comprovado, entretanto, se o acréscimo de técnicas cognitivas à terapia de EPR no tratamento de pacientes de TOC em geral aumenta sua eficácia tanto a curto como a longo prazo. É bem provável que, para determinados subgrupos, este acréscimo seja particularmente útil.

Embora possa haver alguma disputa entre o modelo comportamental, que propõe a exposição e prevenção da resposta, e o modelo cognitivo, que propõe a correção das

crenças disfuncionais no tratamento dos sintomas obsessivo-compulsivos, a tendência é que os dois modelos sejam vistos como complementares e que as duas modalidades de intervenção sejam utilizadas em conjunto sob a forma de TCC. Também é usual a associação de TCC com os medicamentos ISRS.

### **A terapia cognitivo-comportamental em grupo**

A falta de disponibilidade da terapia de EPR, bem como seu custo elevado, particularmente em serviços públicos de saúde e para as populações menos favorecidas, fez com que surgisse a idéia de se propor a técnica sob a forma de terapia em grupo. Supunha-se que o enfoque grupal pudesse melhorar a adesão ao tratamento, uma limitação importante da TCC (FALLS-STEWART, MARKS, SCHAFER et al., 1993; VAN NOPPEN, STEKETEE, MCCORKLE et al., 1997; VAN NOPPEN, PATO, MARSLAND et al., 1998) e que os chamados fatores grupais pudessem influenciar os resultados (YALOM, 1985). Em princípio, a terapia de EPR em grupo tem uma eficácia semelhante à terapia individual, embora, até o momento, exista apenas um ensaio clínico controlado fazendo esta comparação (FALLS-STEWART, MARKS, SCHAFER et al., 1993). A TCC em grupo apresenta uma relação custo/benefício mais favorável, com custos cinco vezes menores do que os da terapia individual (VAN NOPPEN, STEKETEE, MCCORKLE et al., 1997; VAN NOPPEN, PATO, MARSLAND et al., 1998), além de disponibilizar o tratamento a um número maior de pessoas.

Apenas um ensaio clínico randomizado comparando a terapia cognitiva em grupo com a terapia de EPR em grupo foi encontrado na literatura, o qual constatou uma eficácia semelhante dos dois métodos (MCLEAN, WHITTAL, THORDARSON et al., 2001). Não foram encontrados estudos controlados verificando a eficácia da TCC em grupo, e este é justamente um dos objetivos dos ensaios clínicos que compõem a presente tese.

A seguir será feita uma breve revisão dos estudos realizados sobre o uso de terapias de grupo no tratamento dos sintomas obsessivo-compulsivos.

### **Ensaio clínico de terapia em grupo no TOC**

HAND e TICHATZKY (1979), num estudo não-controlado, trataram 17 pacientes portadores de TOC em grupo, com duas sessões semanais. Nas sessões, realizavam

exercícios de exposição *in vivo*, prescreviam tarefas para casa, estimulavam a interação social e a habilidade de resolver problemas. Além das sessões em grupo, os terapeutas realizavam visitas domiciliares e encontros com os familiares, num programa que durou 30 semanas, envolvendo de 122 a 147 horas por parte dos profissionais. Foi observada uma redução na intensidade dos sintomas obsessivo-compulsivos e da ansiedade. Contudo, pelo número de horas envolvidas, a terapia proposta se mostrou demasiadamente onerosa, e suas eventuais vantagens deixaram de existir.

ESPIE (1986) tratou, durante 10 semanas, com sessões de 1,5 hora, um grupo de cinco pacientes que haviam feito terapia comportamental individual e haviam recaído. O autor observou uma considerável redução na intensidade das obsessões e compulsões, que se manteve até 1 ano depois do tratamento. Neste estudo, o pequeno número de pacientes tratados impediu a generalização dos resultados.

ENRIGHT (1991) realizou um estudo aberto com 24 pacientes portadores de TOC que realizaram um total de nove sessões semanais de 1 hora e meia de terapia de grupo. Os grupos eram predominantemente informativos sobre aspectos demográficos e teorias quanto à etiologia do TOC. Eram ensinadas estratégias de exposição e prevenção da resposta, auto-afirmação, manejo de estresse, entre outras. Foi observada uma pequena redução na intensidade dos sintomas do TOC e uma importante melhora no humor, no medo e nas preocupações características desses pacientes. O próprio autor reconheceu que foi dedicado pouco tempo à realização das tarefas de exposição e prevenção da resposta e que "os problemas continuavam os mesmos, embora as preocupações e os medos tivessem diminuído".

KRONE, HIMLE e NESS (1991) trataram 36 pacientes portadores de TOC em encontros semanais de 2 horas durante 7 semanas. Os autores utilizaram psicoeducação, exercícios de EPR em grupo orientados pelos terapeutas e prescritos para serem realizados em domicílio. Foi observada uma redução significativa nos sintomas obsessivo-compulsivos, independentemente do uso ou não de medicamentos.

Usando uma amostragem maior do que a dos estudos anteriores, FALLS-STEWART, MARKS, SCHAFER et al. (1993) realizaram um estudo controlado no qual foram incluídos 93 pacientes alocados aleatoriamente para terapia comportamental individual, terapia comportamental em grupo e sessões de relaxação muscular. Todos realizaram 24 sessões durante um período de 12 semanas. As sessões de grupo duravam 2 horas, enquanto que as individuais duravam apenas 1 hora, o que ensejou posteriores críticas na literatura – o grupo de terapia individual teria sido exposto à metade do tempo de terapia ao qual foram

expostos os pacientes da terapia em grupo. Tanto o tratamento individual quanto o tratamento em grupo se mostraram eficazes em reduzir os sintomas de TOC, e os ganhos foram mantidos por, no mínimo, 6 meses.

Mais recentemente, VAN NOPPEN, STEKETEE, MCCORKLE et al. (1997) utilizaram a terapia comportamental em grupo para o tratamento de pacientes com TOC (GBT) e para familiares e pacientes simultaneamente (Multifamily Behavioral Treatment - MFBT). Os autores trataram um total de 17 pacientes em três grupos, com 10 a 12 sessões de 2 horas utilizando psicoeducação, demonstrações, realização de exercícios de EPR no grupo e no domicílio, além de estimular a coesão grupal, discussões, sugestões e apoios recíprocos. Os ganhos observados foram comparáveis aos descritos na literatura para a terapia individual, tanto nos grupos exclusivos de pacientes como nos grupos de pacientes e familiares.

Num novo estudo, VAN NOPPEN, PATO, MARSLAND et al. (1998) utilizaram a TCC em grupo com tempo limitado em 10 sessões, tendo tratado um total de 90 pacientes, com exposição e prevenção da resposta, modelagem participante e reestruturação cognitiva. Foi observada uma redução significativa nos escores da escala Y-BOCS. Os autores consideraram a TCC em grupo efetiva no que se refere à relação custo/benefício, estimando que os terapeutas despenderam 1/5 do tempo que gastariam para tratar o mesmo número de pacientes com a terapia comportamental individual (VAN NOPPEN, PATO, MARSLAND et al., 1998).

Finalmente, num estudo recente, McLean et al. compararam os efeitos da terapia cognitiva em grupo com a terapia de EPR em grupo de 12 sessões semanais de 2,5 horas. Ambas as abordagens foram equivalentes ao final do tratamento em termos de eficácia. Contudo, os resultados foram levemente superiores com a abordagem comportamental (EPR), tanto ao final do tratamento como no período de acompanhamento, 3 meses após (MCLEAN, WHITTAL, THORDARSON et al., 2001).

A maioria dos estudos tem caráter aberto, e os mais recentes contam com um número maior de pacientes e sugerem a eficácia da terapia de grupo para o TOC. Apenas dois estudos controlados foram encontrados: um deles comparando a terapia de EPR (24 sessões) com a terapia de EPR individual e outro comparando a terapia cognitiva em grupo com a terapia de EPR em grupo (FALLS-STEWART, MARKS e SCHAFER, 1993; MCLEAN, WHITTAL, THORDARSON et al., 2001). Não foram encontrados estudos controlados utilizando ambas as técnicas (EPR e técnicas cognitivas em grupo). Também é desconhecido se os ganhos terapêuticos obtidos com esta modalidade de tratamento são

consistentes e se mantêm no longo prazo. Além disso, ao que se sabe, a eficácia da TCC em grupo no tratamento do TOC ainda não foi testada em nosso meio, com a nossa população, que apresenta características socioeconômicas, culturais e educacionais distintas das populações onde as técnicas foram testadas. O desenvolvimento de um protocolo adaptado à linguagem, cultura e nível educacional dos nossos pacientes e a verificação de sua eficácia seria de grande interesse institucional, pois possibilitaria o atendimento de um maior número de pacientes, atualmente praticamente sem possibilidades de acesso, especialmente nos serviços destinados ao atendimento da população. Com este propósito, foram planejados e realizados dois estudos:

- 1) um ensaio clínico não-controlado para o desenvolvimento e testagem de um protocolo de TCC em grupo (Artigos 3A e 3B);
- 2) um ensaio clínico randomizado para a verificação da eficácia da TCC em grupo realizada de acordo com o protocolo previamente desenvolvido (Artigos 4A e 4B).

Estes dois estudos serão apresentados a seguir.

## **HIPÓTESE**

A terapia cognitivo-comportamental em grupo é mais eficaz do que a lista de espera em:

- reduzir os sintomas do transtorno obsessivo-compulsivo;
- reduzir a intensidade das idéias supervalorizadas observadas em portadores do transtorno obsessivo-compulsivo;
- melhorar qualidade de vida dos pacientes.



## **CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

Os objetivos desta tese foram desenvolvidos em dois projetos de pesquisa: um ensaio clínico não-controlado e um ensaio clínico randomizado. Os respectivos projetos (nº 99/395 e 00/014) foram previamente aprovados pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação - Comissão Científica e Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Todos os pacientes assinaram um termo de consentimento pós-informação (Anexo 1).

## BIBLIOGRAFIA

- ABRAMOWITZ, J.S. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 65, p. 44-52, 1997.
- ALLEN, A.J.; LEONARD, H.L.; SWEDO, S.E. Case study: a new infection-triggered, autoimmune subtype of pediatric OCD and Tourette syndrome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 34, p. 307-211, 1995.
- ALMEIDA FILHO, N.; MARI, J.J.; COUTINHO, E. et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Revista ABP-APAL*, v. 14, n. 3, p. 93-104, 1992.
- APA - American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM IV)*. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.
- ARAÚJO, L.A.; ITO, L.M.; MARKS, I.M. Early compliance and other factors predicting outcome of exposure for obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, v. 169, p. 747-752, 1996.
- ASBAHR, N.A.B.; GENTIL, V.; ZANETTA, D.M.Y. et al. Obsessive-compulsive and related symptoms in children and adolescents with rheumatic fever with and without chorea: a prospective 6-month study. *American Journal of Psychiatry*, v. 155, p. 1122-1124, 1998.
- BAER, L. Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 55, suppl., p. 18-23, 1994.
- BAER, L.; GREIST, J. An interactive computer-administered self-assessment and self-help program for behavior therapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 58, suppl. 12, p. 23-28, 1997.

- BAUMGARTEN, H.G.; GROZDANOVIC, Z. Psychopharmacology of central serotonergic systems. *Pharmacopsychiatry*, v. 28, suppl. 2, p. 73-79, 1995.
- BAXTER, L. Jr. Positron emission tomography studies of cerebral glucose metabolism in obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 55, suppl., p. 54-59, 1994.
- BAXTER, L. Jr.; ACKERMAN, R.F.; SWEERDLOW, N.F. et al. Specific brain system mediation of obsessive-compulsive disorder responsive either medication or behavior therapy. In: GOODMAN, W.K.; RUDORFER, M.V.; MASER, J.D. *Obsessive-compulsive disorder: contemporary issues in treatment*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Ass. Publ., 2000. cap. 28, p. 573-610.
- BAXTER, L.R. Jr.; SCHWARTZ, J.M.; BERGMAN, K.S. et al. Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, v. 49, n. 9, p. 681-689, 1992.
- BLACK, D.W.; GAFFNEY, G.; SCHLOSSER, S. et al. The impact of obsessive-compulsive disorder on the family: preliminary findings. *Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 186, p. 440-442, 1998.
- BLACK, D.W.; NOYES, R. Jr.; GOLDSTEIN, R.B. et al. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, v. 49, n. 5, p. 362-368, 1992.
- BOBES, J.; GONZALEZ, M.P.; BASCARAN, M.T. et al. Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, v. 16, n. 4, p. 239-245, 2001.
- BOGETTO, F.; VENTURELLO, S.; ALBERT, U. et al. Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, v. 14, n. 8, p. 434-441, 1999.
- BYSTRITSKY, A.; LIBERMAN, R.P.; HWANG, S. et al. Social functioning and quality of life comparisons between obsessive-compulsive and schizophrenic disorders. *Depression and Anxiety*, v. 14, n. 4, p. 214-218, 2001.
- CALVOCORESSI, L.; LIBMAN, D.; VEGSO, S.J. et al. Global functioning of inpatients with obsessive-compulsive disorder, schizophrenia, and major depression. *Psychiatric Services*, v. 49, n. 3, p. 379-381, 1998.

- CALVOCORESSI, L.; MAZURE, C.M.; KASL, S.V. et al. Family accommodation of obsessive-compulsive symptoms: instrument development and assessment of family behavior. *Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 187, n. 10, p. 636-642, 1999.
- CALVOCORESSI, L.; MCDOUGLE, C.I.; HARRIS, M. et al. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, v. 152, p. 441-443, 1995.
- CAMPOS, M.C.R.; LECKMAN, J.F.; MERCADANTE, M.T. et al. Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, v. 158, p. 1899-1903, 2001.
- CAREY, G.; GOTTESMAN, I.I. Twin and family studies of anxiety, phobic and obsessive disorders. In: LKIEN, D.F.; RABKIN (eds.). *Anxiety: new research and changing concepts*. New York: Raven Press, 1981. p. 117-131.
- CORDIOLI, A.V. A terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo. In: KNAPP, P.W. (org.). *A terapia cognitiva na prática*. Porto Alegre: Artmed. No prelo.
- CORDIOLI, A.V.; BOCHI, D.B.; HELDT, E. et al. Crenças disfuncionais e o modelo cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 28, n. 4, p. 197-206, 2001.
- CORDIOLI, A.V.; HELDT, E.; BOCHI, D.B. et al. Terapia cognitivo-comportamental em grupo no transtorno obsessivo-compulsivo: um ensaio clínico não controlado. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 24, n. 3, p. 113-120, 2002.
- CORDIOLI, A.V.; HELDT, E.; BOCHI, D.B. et al. Cognitive-behavioral group therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. Submetido para publicação (no prelo).
- COTTRAUX, J.; NOTE, I.; SAI, N.Y. et al. A randomized controlled trial of cognitive therapy versus intensive behavior therapy in obsessive-compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, v. 70, p. 288-297, 2001.
- DOUGHERTY, D.D.; BAER, L.; COSGROVE, G.R. et al. Prospective long-term follow-up of 44 patients who received cingulotomy for treatment-refractory obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, v. 159, n. 2, p. 269-275, 2002.
- DUPONT, R.L.; RICE, D.P.; SHIRAKI, S. et al. Economic costs of obsessive-compulsive disorder. *Medical Interface*, v. 8, p. 102-109, 1995.

- EISEN, J.L.; GOODMAN, W.K.; KELLER, M.B. et al. Patterns of remission and relapse in obsessive-compulsive disorder: a 2-year prospective study. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 60, p. 346-351, 1999.
- EMMELKAMPF, P.M.G.; BEENS, G. Cognitive therapy with obsessive-compulsive disorder: a comparative evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, v. 29, n. 3, p. 293-300, 1991.
- ESPIE, C.A. The group treatment of obsessive-compulsive ritualisers: behavioural management of identified patterns of relapse. *Behavioural Psychotherapy*, v. 14, p. 21-33, 1986.
- ENRIGHT, S.J. Group treatment for obsessive-compulsive disorder: an evaluation. *Behavioural Psychotherapy*, v. 19, p. 183-192, 1991.
- ERZEGOVEZI, S.; CAVALLINI, M.C.; CAVEDINI, P. et al. Clinical predictors of drug response in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, v. 21, p. 488-492, 2001.
- FALLS-STEWART, W.; MARKS, A.P.; SCHAFER, J. A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 181, p. 189-193, 1993.
- FOA, E.B. Failures in treating obsessive-compulsives. *Behaviour Research and Therapy*, v. 17, p. 169-176, 1979.
- FOA, E.B.; GOLDSTEIN, A. Continuous exposure and complete response prevention in the treatment of obsessive-compulsive neurosis. *Behavioural Therapy*, v. 9, p. 821-829, 1978.
- FOA, E.B.; GRAYSON, J.B.; STEKETEE, G.S. et al. Success and failure in the behavioral treatment of obsessive-compulsives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 51, p. 287-297, 1983.
- FOA, E.B.; KOZAK, M.J.; GOODMAN, W.K. et al. DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, v. 152, n. 4, p. 90-96, 1995.
- FOA, E.B.; KOZAK, M.; STEKETEE, G.S. et al. Treatment of obsessive-compulsive symptoms in OCD by imipramine and behaviour therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, v. 31, p. 279-292, 1992.

- FOA, E.B.; STEKETEE, G.S.; GRAYSON, J.B. et al. Treatment of obsessive-compulsives: When do we fail? In: FOA, E.B.; EMMELKAMP, P.M.G. (eds.). *Failures in behavior therapy*. New York: Wiley, 1983.
- FREUD, S. (1909) Duas histórias clínicas: o "pequeno Hans" e o "homem dos ratos"). In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, s.d. v. X.
- FREESTON, M.H.; LADOUCEUR, R.; GAGNON, F. et al. Cognitive-behavioral therapy treatment of obsessive-compulsive thoughts: a controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 65, p. 405-413, 1997.
- FREESTON, M.H.; RHÉAUME, J.; LADOUCEUR, R. Correcting faulty appraisal of obsessional thoughts . *Behaviour Research and Therapy*, v. 34, p. 433-46, 1996.
- GABBARD, G.O. Theories of personality and psychopathology - psychoanalysis. In: SADOCK, B.; SADOCK, V. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 7<sup>a</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000. cap. 6.1, p. 563-607.
- GONZÁLES, CH. Aspectos genéticos do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 23, supl. 2, p. 38-41, 2001.
- GRABE, H.J.; MEYER, C.; HAPKE, U. et al. Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, v. 250, n. 5, p. 262-268, 2000.
- GRACHEV, I.D.; BREITER, H.C.; RAUCH, S.L. et al. Structural abnormalities of frontal neocortex in obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, v. 55, n. 2, p. 181-182, 1998.
- GRADOS, M.A.; RIDDLE, M.A.; SAMUELS, J.F. et al. The familial phenotype of obsessive-compulsive disorder in relation to tic disorders: the Hopkins OCD family study. *Biological Psychiatry*, v. 50, n. 8, p. 559-565, 2001.
- HAND, I.; TICHATZKY, M. Behavioral group therapy for obsessions and compulsions: first results of a pilot study. In: SJODEN, P.O.; BATES, D.; DOCKENS, W.S. (eds.). *Trends in behavior therapy*. New York: Academic Press, 1979. p. 269-297.
- HETTEMA, J.M.; NEALE, M.C.; KENDLER, K.S. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, v. 158, n. 10, p. 1568-1578, 2001.

- HEYMAN, I.; FOMBONNE, E.; SIMMONS, H. et al. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *British Journal of Psychiatry*, v. 179, p. 324-329, 2001.
- HOGDSON, R.; RACHMAN, S.J. The effects of contamination and washing in obsessional patients. *Behaviour Research and Therapy*, v. 10, p. 111-117, 1972.
- HOGDSON, R.; RACHMAN, S.J.; MARKS, I.M. The treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis: follow-up and further findings. *Behaviour Research and Therapy*, v. 10, p. 181-189, 1972.
- HOLLANDER, E. Obsessive-compulsive disorder: the hidden epidemic. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 58, suppl. 12, p. 3-6, 1997.
- HOLLANDER, E.; DECARIA, C.M.; NITESCU, A. et al. Serotonergic function in obsessive-compulsive disorder. Behavioral and neuroendocrine responses to oral m-chlorophenylpiperazine and fenfluramine in patients and healthy volunteers. *Archives of General Psychiatry*, v. 49, n. 1, p. 21-28, 1992.
- HOLLANDER, E.; PROHOVNIK, I.; STEIN, D.J. Increased cerebral blood flow during m-CPP exacerbation of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, v. 7, n. 4, p. 485-490, 1995.
- HOLLANDER, E.; SCHIFFMAN, E.; COHEN, B. et al. Signs of central nervous system dysfunction in obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, v. 47, p. 27-32, 1990.
- JENIKE, M.A.; BAER, L.; BALLANTINE, T. et al. Cingulotomy for refractory obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, v. 48, p. 548-555, 1991.
- JENIKE, M.A.; BAER, L.; MINICHIELLO, W.E. *Obsessive-compulsive disorders: theory and management*. 2<sup>a</sup> ed. Chicago: Year Book Medical Publ., 1990.
- JENIKE, M.A.; BREITER, H.C.; BAER, L. et al. Cerebral structural abnormalities in obsessive-compulsive disorder. A quantitative morphometric magnetic resonance imaging study. *Archives of General Psychiatry*, v. 53, n. 7, p. 625-632, 1996.
- JONES, M.K.; MENZIES, R.G. Danger ideation reduction therapy (DIRT) for obsessive-compulsive washers. A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, v. 36, p. 959-970, 1998.

- KARNO, M.; GOLDING, J.M.; SORENSON, S.B. et al. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, v. 45, p. 1094-1099, 1988.
- KOBAK, K.A.; GREIST, J.H.; JEFFERSON, J.W. et al. Behavior versus pharmacological treatments of obsessive-compulsive disorder. *Psychopharmacology*, v. 136, p. 205-216, 1998.
- KORAN, L.M.; PALLANTI, S.; QUERCIOLO, L. Sumatriptan, 5-HT(1D) receptors and obsessive-compulsive disorder. *European Neuropsychopharmacology*, v. 11, n. 2, p. 169-172, 2001.
- KORAN, L.M.; THIENEMANN, M.L.; DAVENPORT, R. Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, v. 153, n. 6, p. 783-788, 1996.
- KRONE, K.P.; HIMLE, J.A.; NESS, R.M. A standardized behavioral group treatment program for obsessive-compulsive disorder: preliminary outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, v. 29, p. 627-663, 1991.
- LACERDA, A.L.T.; DALGALARRONDO, P.; CAMARGO, E.E. Achados de neuroimagem no transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 23, supl. 2, p. 24-27, 2001.
- LECKMAN, J.F.; GRICE, D.E.; BOARDMAN, J. et al. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, v. 154, p. 911-917, 1997.
- LECKMAN, J.F.; MCDOUGLE, C.J.; PAULS, D.L. et al. Tic-related versus tic non-related obsessive compulsive disorder. In: GOODMAN, W.K.; RUDORFER, M.V.; MASER, J.D. *Obsessive-compulsive disorder: contemporary issues in treatment*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Ass Publ., 2000. p. 43-68.
- LENANE, M.C.; SWEDO, S.E.; LEONARD, H. et al. Psychiatric disorders in first degree relatives of children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 29, n. 3, p. 407-412, 1990.
- LENSI, P.; CASSANO, G.B.; CORREDDU, G. et al. Obsessive-compulsive disorder. Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *British Journal of Psychiatry*, v. 169, n. 1, p. 101-107, 1996.



- LEONARD, H.L.; SWEDO, S.E.; LENANE, M.C. et al. A 2- to 7-year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, v. 50, p. 429-39, 1993.
- LIPPITZ, B.E.; MINDUS, P.; MEYERSON, B.A. et al. Lesion topography and outcome after thermocapsulotomy or gamma knife capsulotomy for obsessive-compulsive disorder: Relevance of the right hemisphere. *Neurosurgery*, v. 44, n. 3, p. 452-458, 1999.
- MAGGINI, C.; AMPOLLINI, P.; GARIBOLDI, S. et al. The Parma High School Epidemiological Survey: obsessive-compulsive symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 103, p. 441-446, 2001.
- MARCH, J.S.; FRANCES, A.; CARPENTER, D. et al. The Expert Consensus Guidelines: treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 58, suppl. 4, p. 3-72, 1997.
- MARKS, I.M. The maturing of therapy: some brief psychotherapies help anxiety/depressive disorders but mechanisms of action are unclear. *British Journal of Psychiatry*, p. 200-204, 2002.
- MARKS, I.M.; HODGSON, R.; RACHMAN, S. Treatment of chronic obsessive-compulsive *Psychiatry*, v. 127, p. 349-364, 1975.
- MARKS, I.M.; O'SULLIVAN, G. Drugs and psychological treatments for agoraphobia/panic and obsessive-compulsive disorders - a review. *British Journal of Psychiatry*, v. 153, p. 650-658, 1988.
- MATAIX-COLS, D.; MARKS, I.M.; GREIST, J.H.; KOBAK, K.A.; BAER, L. Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy: results from a controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, v. 71, n. 5, p. 255-262, 2002.
- MATAIX-COLS, D.; RAUCH, S.L.; BAER, L. et al. Symptom stability in adult obsessive-compulsive disorder: data from a naturalistic two-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, v. 159, n. 2, p. 263-268, 2002.
- MAWSON, D.; MARKS, I.M.; RAMM, L. Clomipramine and exposure for chronic obsessive-compulsive rituals: III. Two year follow-up and further findings. *British Journal of Psychiatry*, v. 140, p. 11-18, 1982.
- MCDUGLE, C.J.; GOODMAN, W.K.; LECKMAN, J.F. et al. Haloperidol addition in fluvoxamine refractory obsessive-compulsive disorder: a double-blind placebo-controlled

- study in patients with and without tics. *Archives of General Psychiatry*, v. 51, p. 302-308, 1994.
- MCDOUGLE, C.J.; FLEISHMANN, R.L.; EPPERSON, C.N. et al. Risperidone addition in fluvoxamine-refractory obsessive-compulsive disorder: a case series. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 56, p. 526-528, 1995.
- MCDOUGLE, C.J.; EPPERSON, C.N.; PRICE, L.H. The role of neuroleptics in treatment-refractory obsessive-compulsive disorder. In: GOODMAN, W.K.; RUDORFER, M.V.; MASER, J.D. *Obsessive-compulsive disorder - contemporary issues in treatment*. London: Lawrence Erlbaum Associates Publ., 2000. p. 371-392.
- MCLEAN, P.D.; WHITTAL, M.L.; THORDARSON, D.S. et al. Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 69, p. 205-214, 2001.
- MERCADANTE, M.T. Transtorno obsessivo-compulsivo: aspectos neuroimunológicos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 23, supl. 2, p. 31-34, 2001.
- MEYER, V. Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy*, v. 4, p. 273-280, 1966.
- MIGUEL, E.C.; BAER, L.; COFFEY, B.J. et al. Phenomenology of intentional repetitive behaviors in obsessive-compulsive disorder and Tourette's disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 56, p. 246-255, 1995.
- MIGUEL, E.C.; BAER, L.; COFFEY, B.J. et al. Phenomenological differences appearing with repetitive behaviors in obsessive-compulsive disorder and Gilles de la Tourette syndrome. *British Journal of Psychiatry*, v. 170, p. 140-145, 1997.
- MIGUEL, E.C.; ROSARIO-CAMPOS, M.C.; PRADO, H.S. et al. Sensory phenomena in obsessive-compulsive disorder and Tourette's disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 61, p. 150-156, 2000.
- MINICHELLO, W.E.; BAER, L.; JENIKE, M.A. Schizotypal personality disorder: a poor prognostic indicator for behaviour therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, v. 1, p. 273-276, 1988.
- MOWRER, O.H. A stimulus-response theory of anxiety. *Psychological Review*, v. 46, p. 553-566, 1939.

- MUNDO, E.; RICHTER, M.A.; MACCIARDI, F. et al. Is the 5HT<sub>1Dβ</sub> receptor gene implicated in the pathogenesis of obsessive-compulsive disorder? *American Journal of Psychiatry*, v. 157, p. 1160-1161, 2000.
- MURPHY, M.L.; PICHICHERO, M.E. Prospective identification and treatment of children with pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with group A streptococcal infection (PANDAS). *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, v. 156, n. 4, p. 356-361, 2002.
- NELSON, E.; RICE, J. Stability of diagnosis of obsessive-compulsive disorder in the epidemiologic catchment area study. *American Journal of Psychiatry*, v. 154, p. 826-831, 1997.
- NESTADT, G.; BIENVENU, O.J.; CAI, G. et al. Incidence of obsessive-compulsive disorder in adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 186, p. 401-406, 1998.
- NESTADT, G.; LAN, T.; SAMUELS, J. et al. Complex segregation analysis provides compelling evidence for a major gene underlying obsessive-compulsive disorder and for heterogeneity by sex. *American Journal of Human Genetics*, v. 67, n. 6, p. 1611-1616, 2000.
- NESTADT, G.; SAMUELS, J.; RIDDLE, M. et al. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, v. 57, n. 4, p. 358-363, 2000.
- NESTADT, G.; SAMUELS, J.F.; ROMANOSKI, A.J. et al. Obsessions and compulsions in the community. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 89, n. 4, p. 219-224, 1994.
- NEZIROGLU, F.A.; STEVENS, K.P.; YARYURA-TOBIAS, J.A. Overvalued ideas and their impact on treatment outcome. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 21, n. 4, p. 209-216, 1999.
- NOSHIRVANI, H.F.; KASVISKIS, Y.; MARKS, I.M. et al. Gender-divergent aetiological factors in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, v. 158, p. 260-263, 1991.
- OCCWG - Obsessive Compulsive Cognitions Working Group - Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, v. 9, p. 237-247, 1997.
- OMS. Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento da CID 10. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

- O'SULLIVAN, G.; NOSHIRVANI, H.; MARKS, I. et al. Six year follow-up after exposure and clomipramine therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 52, p. 150-155, 1991.
- OTTO, M.W. Normal and abnormal information processing. A neuropsychological perspective on obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, v. 15, n. 4, p. 825-848, 1992.
- PATO, M.T.; ZOHAR, K.M.; ZOHAR, R. Return of symptoms after discontinuation of clomipramine in patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, v. 145, p. 521-525, 1988.
- PAULS, D.L. The genetics of obsessive-compulsive disorder and Gilles de la Tourette Syndrome. *Psychiatric Clinics of North America*, v. 15, n. 4, p. 759-766, 1992.
- PAULS, D.L.; ALSOBROOK, J.P.; GOODMAN, W.K. et al. A family study of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, v. 152, p. 76-84, 1995.
- PAULS, D.L.; TOWBIN, K.E.; LECKMAN, J.F. et al. Gilles de la Tourette's and obsessive-compulsive disorder. Evidence supporting a genetic relationship. *Archives of General Psychiatry*, v. 43, p. 1180-1182, 1986.
- PICINELLI, M.; PINI, S.; BELLANTUONO, C. et al. Efficacy of drug treatment in obsessive-compulsive disorder - a meta-analytic review. *British Journal of Psychiatry*, v. 166, p. 424-443, 1995.
- PIGOTT, T.; SEAY, S. Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder: overview and treatment-refractory strategies. In: GOODMAN, W.K.; RUDORFER, M.V.; MASER, J.D. *Obsessive-compulsive disorder - contemporary issues in treatment*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publ., 2000. p. 277-282.
- RACHMAN, S.J. A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, v. 35, n. 9, p. 793-802, 1997.
- RACHMAN, S.A. Cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, v. 36, p. 385-401, 1998.
- RACHMAN, S.J.; DE SILVA, P. Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, v. 16, p. 233-248, 1978.
- RACHMAN, S.J.; DE SILVA, P.; RÖPER, G. The spontaneous decay of compulsive urges. *Behaviour Research and Therapy*, v. 14, p. 445-453, 1976.

- RACHMAN, S.J.; MARKS, I.M.; HOGDSON, R. The treatment of obsessive-compulsive neurotics by modeling and flooding *in vivo*. *Behaviour Research and Therapy*, v. 11, p. 463-471, 1973.
- RACHMAN, S.J.; SHAFRAN, R. The mechanisms of behavioral treatment and the problem of therapeutic failures. In: GOODMAN, W.K.; RUDORFER, M.V.; MASER, J.D. *Obsessive-compulsive disorder: contemporary issues in treatment*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Ass Publ., 2000. p. 533-549.
- RASMUSSEN, S.A.; EISEN, J.L. Clinical and epidemiologic findings of significance to neuropharmacologic trials in OCD. *Psychopharmacological Bulletin*, v. 24, n. 3, p. 466-470, 1988.
- RASMUSSEN, A.S.; EISEN, J.L. Epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 53, suppl., p. 4-10, 1992a.
- RASMUSSEN, A.S.; EISEN, J.L. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, v. 15, n. 4, p. 743-758, 1992b.
- RASMUSSEN, A.S.; EISEN, J.L. Epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 55, suppl. 10, p. 5-10, 1994.
- RAUCH, S.L.; JENIKE, M.A.; ALPERT, N.M. et al. Regional cerebral blood flow measured during symptom provocation in obsessive-compulsive disorder using oxygen 15-labeled carbon dioxide and positron emission tomography. *Archives of General Psychiatry*, v. 51, n. 1, p. 62-70, 1994.
- RAUCH, S.L.; SAVAGE, C.R. Investigating cortico-striatal pathway in obsessive-compulsive disorders: procedural learning and imaging. In: GOODMAN, W.K.; RUDORFER, M.V.; MASER, J.D. *Obsessive-compulsive disorder - contemporary issues in treatment*. London: Lawrence Erlbaum Associates Publ., 2000. p. 133-156.
- RAVIZZA, L.; MAINA, G.; BOGETTRA, F. Episodic and chronic obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, v. 6, p. 154-158, 1997.
- RIDDEL, M.A.; SCAHILL, L.; KING, R. et al. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: phenomenology and family history. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 29, p. 766-772, 1990.
- ROBINSON, D.; WU, H.; MUNNE, R.A. et al. Reduced caudate nucleus volume in obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, v. 52, n. 5, p. 393-398, 1995.

- ROMANO, S.; GOODMAN, W.; TOMURA, R. et al. Long-term treatment of obsessive-compulsive disorder after an acute response: a comparison of fluoxetine versus placebo. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, v. 21, p. 46-52, 2001.
- RÖPER, G.; RACHMAN, S. Obsessional-compulsive checking: experimental replication and development. *Behaviour Research and Therapy*, v. 14, n. 1, p. 25-32, 1976.
- RÖPER, G.; RACHMAN, S.; HOGDSON, R. An experiment on obsessional checking. *Behaviour Research and Therapy*, v. 11, p. 271-277, 1973.
- ROSENBERG, D.R.; KESHAVAN, M.S.; O'HEARN, K.M. et al. Frontostriatal measurement in treatment-naive children with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, v. 54, n. 9, p. 824-830, 1997.
- RUBIN, R.T.; VILLANUEVA-MEYER, J.; ANANTH, J. et al. Regional xenon 133 cerebral blood flow and cerebral technetium 99m NAPO uptake in unmedicated patients with obsessive-compulsive disorder and matched normal control subjects. Determination by high resolution single photon emission computed tomography. *Archives of General Psychiatry*, v. 49, p. 695-702, 1992.
- SALKOVSKIS, P.M. Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, v. 23, n. 5, p. 571-583, 1985.
- SALKOVSKIS, P.M. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, v. 37, p. S29-S52, 1999.
- SALKOVSKIS, P.M.; FORRESTER, E.; RICHARDS, C. Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *British Journal of Psychiatry*, v. 173, suppl. 35, p. 53-53, 1998.
- SALKOVSKIS, P.M.; WESTBROOK, D. Behavior therapy and obsessional ruminations: can failure be turned into success? *Behaviour Research and Therapy*, v. 27, n. 2, p. 149-160, 1989.
- SAVAGE, C.R.; KEUTHLEN, N.J.; JENIKE, M.A. et al. Recall and recognition memory in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Neuropsychiatry*, v. 8, p. 99-103, 1996.
- SAXENA, S.; BRODY, A.L.; SCHWARTZ et al. Neuroimaging and frontal-subcortical circuitry in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, v. 173, suppl. 35, p. 26-37, 1998.
- SCHWARTZ, J.M.; STOESSEL, P.W.; BAXTER, L.R. Jr. et al. Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after successful behavior modification treatment of

- obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, v. 53, n. 2, p. 109-113, 1996.
- SKOOG, G.; SKOOG, I. A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, v. 56, p. 121-127, 1999.
- SPIEGEL, D.A. Combined drugs and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder: early findings. In: GOODMAN, W.K.; RUDORFER, M.V.; MASER, J.D. *Obsessive-compulsive disorder - contemporary issues in treatment*. London: Lawrence Erlbaum Associates Publ., 2000. p. 485-499.
- STEIN, M.B.; FORDE, D.R.; ANDERSON, G. et al. Obsessive-compulsive disorder in the community: an epidemiologic survey with clinical reappraisal. *American Journal of Psychiatry*, v. 154, p. 1120-1126, 1997.
- STEIN, D.J.; VAN HEERDEN, B.; WESSELS, C.J. et al. Single photon emission computed tomography of the brain with Tc-99m HMPAO during sumatriptan challenge in obsessive-compulsive disorder: investigating the functional role of the serotonin auto-receptor. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, v. 23, n. 6, p. 1079-1099, 1999.
- STEKETEE, G. Disability and family burden in obsessive-compulsive disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, v. 42, p. 919-928, 1997.
- STEKETEE, G.; PIGOTT, T. *Obsessive-compulsive disorder - the latest assessment and treatment strategies*. Kansas City: Compact Clinicals, 1999.
- SWEDO, S.E.; LEONARD, H.L.; GARVEY, M et al. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: clinical description of the first 50 cases. *American Journal of Psychiatry*, v. 155, n. 2, p. 264-271, 1998.
- SWEDO, S.E.; RAPOPORT, J.L.; CHESLOW, D.L. et al. High prevalence of obsessive-compulsive symptoms in patients with Sydenham's Chorea. *American Journal of Psychiatry*, v. 146, p. 246-249, 1989.
- SWEDO, S.E.; RAPOPORT, J.L.; LEONARD, H. et al. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Archives of General Psychiatry*, v. 46, n. 4, p. 335-341, 1989.
- THE CLOMIPRAMINE COLABORATIVE STUDY GROUP. Clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, v. 48, p. 730-738, 1991.

- VALENTE Jr., A.A.; BUSATTO FILHO, G. Aspectos neurorradiológicos do transtorno obsessivo-compulsivo e o papel dos gânglios da base. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 23, supl. 2, p. 42-45, 2001.
- VAN BALKOM, A.J.L.M.; VAN OPPEN, P.; VERMEULEN, A.W.A. et al. A meta-analysis on the treatment of obsessive-compulsive disorder: a comparison of antidepressants, behavior and cognitive therapy. *Clinical Psychology Review*, v. 14, p. 359-381, 1994.
- VAN OPPEN, P.; ARNTZ, A. Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, v. 33, p. 79-87, 1994.
- VAN OPPEN, P.; DE HAAN, E.; VAN BALKON, A.J.L. et al. Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, v. 33, p. 379-390, 1995.
- VAN NOPPEN, B.; PATO, M.; MARSLAND, R. et al. A time-limited behavioral group for treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, v. 7, p. 272-280, 1998.
- VAN NOPPEN, B.; STEKETEE, G.; MCCORKLE, M.A. et al. Group and multifamily behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: a pilot study. *Journal of Anxiety Disorders*, v. 11, p. 431-346, 1997.
- WEISSMAN, M.M.; BLAND, R.C.; CANINO, G.J. et al. The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 53, suppl. 3, p. 5-10, 1994.
- WHO. The Global Burden. Section 3. Disability: The Invisible Burden <http://www.hsph.harvard.edu/organizations/bdu/summary.html>. Acessado em abril de 2002.
- YALOM, I. *Theory and practice of group therapy*. 3ª ed. New York: Basic Books, 1985.
- ZOHAR, J.; INSEL, T.R. Obsessive-compulsive disorder: psychobiological approaches to diagnosis, treatment, and pathophysiology. *Biological Psychiatry*, v. 22, n. 6, p. 667-687, 1987.
- ZOHAR, J.; INSEL, T.R.; ZOHAR-KADOUCHE, R.C. et al. Serotonergic responsivity in obsessive-compulsive disorder. Effects of chronic clomipramine treatment. *Archives of General Psychiatry*, v. 45, n. 2, p. 167-172, 1988.



## **ARTIGOS**

### **Artigo 1**

**“Crenças disfuncionais e o modelo cognitivo-comportamental no transtorno  
obsessivo-compulsivo”**

***(Revista de Psiquiatria Clínica, v. 28, n. 4, p. 197-206, 2001)***























## **Artigo 2**

**“Terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo”**

**(capítulo do livro KNAPP, P. (org.). *Terapia cognitiva na prática*. Porto Alegre:  
Artes Médicas. No prelo.)**

## **TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO**

Aristides Volpato Cordioli

### **INTRODUÇÃO**

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) caracteriza-se por pensamentos, frases, palavras, cenas ou impulsos que invadem a consciência, involuntários ou impróprios persistentes e recorrentes – as obsessões –, geralmente acompanhados de aflição ou medo e tentativas de ignorar, suprimir ou neutralizá-los através da realização de atos repetitivos e estereotipados – as compulsões ou rituais. Pelo tempo que tomam, pelo desconforto que provocam ou pelo que levam o paciente a executar ou a evitar, comprometem as rotinas diárias, o desempenho profissional e as relações interpessoais (DSM IV, 1994).

O TOC é um transtorno heterogêneo, geralmente crônico, cujas causas podem envolver fatores de ordem biológica e psicossocial, constituindo prováveis subtipos no que se refere a etiologia, apresentação clínica, curso, prognóstico e resposta a tratamentos. Considerado raro até bem pouco tempo, na verdade é bastante comum, com uma prevalência em torno de 2,5% na população ao longo da vida (Karno et al., 1988). Acomete, em geral, pessoas jovens ao final da adolescência, sendo comum o início ainda na infância. Na maioria das vezes, os sintomas acompanham os indivíduos ao longo de toda a vida, evoluindo para uma progressiva deterioração em aproximadamente 10% dos casos (Lensi et al., 1996). É também grande o seu impacto sobre a família, pois os sintomas interferem nas rotinas e na vida social dos pacientes.

Não obstante o fato de suas causas não terem sido esclarecidas, nestas últimas três décadas foram desenvolvidos métodos de tratamento que conseguem reduzir os sintomas em mais de 70% dos casos: o uso de inibidores seletivos da recaptção da serotonina, a clomipramina, e a terapia comportamental de exposição e prevenção da resposta (EPR). Com

os medicamentos, o usual é uma redução entre 20 e 60% dos sintomas, 40% em média. Entretanto, a remissão completa é rara – ao redor de 20% (The Clomipramine Collaborative Study Group, 1991; Pigott & Seay, 2000). São comuns as recaídas após a interrupção, e a intolerância aos efeitos adversos é uma causa freqüente de abandono (Pato et al., 1988; Pigott & Seay, 2000). A terapia de EPR foi introduzida na década de 70 e considerada eficaz em mais de 70% dos pacientes (Marks et al., 1975; Abramowitz, 1997). Não respondem ou respondem parcialmente ao tratamento os pacientes que apresentam obsessões não acompanhadas de rituais, ou convicções muito intensas e cristalizadas sobre seu conteúdo. São freqüentes o abandono e a não-adesão ao tratamento, os quais, somados, podem chegar a 30% (Marks et al., 1988), reduzindo, na prática, sua eficácia para aproximadamente 50% (Salkovskis et al., 2000). Por outra parte, parece ser eficaz em pacientes que não respondem ou respondem parcialmente ao tratamento com psicofármacos (Simpson et al., 1999).

A partir da descrição de crenças disfuncionais subjacentes aos sintomas obsessivos, contribuindo para sua gênese e manutenção (Salkovskis, 1985, 1989; OCCWG, 1997), vem sendo proposta a terapia cognitiva como uma alternativa para o tratamento do TOC (Emmelkamp et al., 1988; Van Oppen et al., 1995, Freeston et al., 1996), em especial para pacientes com obsessões não acompanhadas de rituais (Freeston et al., 1997), tendo, em princípio, uma eficácia semelhante à EPR (Cottraux et al., 2001). O usual, entretanto, é associar técnicas cognitivas à terapia de EPR e designar este novo modelo de terapia cognitivo-comportamental (TCC). O presente capítulo descreve a TCC do TOC, seus fundamentos, o modelo cognitivo-comportamental do TOC, a avaliação dos pacientes, indicações e contra-indicações, as técnicas comportamentais e cognitivas mais utilizadas, além da alta e a prevenção de recaídas.

## **OS FUNDAMENTOS DA TCC DO TOC**

### **A terapia de exposição e prevenção de resposta (EPR)**

As primeiras tentativas de uso da EPR no TOC foram influenciadas pelas teorias da aprendizagem social de Bandura e pelos experimentos de dessensibilização sistemática de Wolpe no tratamento de fobias. Com base nesses experimentos, Meyer (1966), utilizando exposição e prevenção de resposta, tratou com sucesso dois pacientes que apresentavam

rituais e obsessões. O investigador atribuiu as mudanças à modificação de expectativas decorrentes do teste de realidade e da comprovação de que as expectativas catastróficas não se concretizavam. Estudos mais sistemáticos foram feitos somente no início da década de 70. A partir de observações empíricas com pacientes que apresentavam obsessões de limpeza e rituais de lavagem, ou obsessões de dúvida seguidos de rituais de verificação, diversos autores formularam a hipótese da existência de uma relação funcional entre rituais e obsessões: os rituais reduziram a ansiedade e o desconforto provocado pelas obsessões e esta era a razão da sua existência (Hogson & Rachman, 1972; Roper et al., 1973; Roper & Rachman, 1976). Observaram, ainda, que o impulso de executar verificações ou lavações desaparecia espontaneamente depois de um período entre 15 e 180 minutos caso fosse solicitado aos pacientes que se abstivessem de realizar os rituais ou permanecessem em contato com os objetos ou situações evitados. Também foi observado que, a cada exercício, a intensidade dos sintomas era menor, chegando ao desaparecimento completo com as repetições (Roper et al., 1973; Rachman et al., 1976; Lickierman & Rachman, 1980). Este fenômeno natural ficou conhecido como habituação e passou a ser a base da terapia de EPR.

Nesta mesma época, dois ensaios clínicos pioneiros foram realizados utilizando a exposição e a prevenção de resposta em ambiente hospitalar, observando-se a redução dos sintomas obsessivos em poucas semanas (Meyer et al., 1974, *apud* Jenike et al., 1990, p.208; Marks et al., 1975). Os pacientes continuavam assintomáticos vários anos depois, tendo sido definitivamente comprovada a possibilidade de se eliminar obsessões e compulsões com técnicas comportamentais relativamente breves, que passaram, desde então, a ser um dos tratamentos de escolha para o TOC.

### **O modelo comportamental**

A resposta à terapia comportamental fez com fosse proposto um modelo explicativo para os fenômenos obsessivos, com base na teoria da aprendizagem e no modelo comportamental da ansiedade (Mowrer, 1939), contrapondo-se à explicação psicodinâmica até então prevalente. O modelo comportamental considera a ansiedade e o medo patológicos como resultantes de aprendizagens errôneas, podendo ser desaprendidos. Os sintomas obsessivo-compulsivos seriam resultantes de aprendizagens defeituosas que ocorreriam em

dois estágios. Num primeiro estágio, o medo e a aflição seriam associados a estímulos internos – pensamentos intrusivos até então neutros (obsessões): **condicionamento clássico** em consequência de experiências de natureza traumática. Tais medos seriam generalizados para objetos, situações ou mesmo pensamentos que tivessem alguma associação com o estímulo original. Num segundo momento, através de tentativas de ensaio e erro, o indivíduo descobriria táticas que neutralizariam ou eliminariam tais medos: execução de rituais, comportamentos evitativos, reassuramentos. A eficácia em produzir alívio aumentaria a frequência do uso dessas estratégias, tornando tais comportamentos estereotipados, repetitivos e frequentes (rituais): **condicionamento operante** (Salkovskis et al., 1998; Salkovskis, 1999). Em resumo, a função das compulsões e da evitação, de acordo com o modelo, seria de interromper ou impedir a exposição a estímulos que, por algum motivo, passaram a ser temidos, eliminar a ansiedade associada ou impedir seu surgimento. Por impedirem a exposição, impedem a extinção natural e espontânea dos medos através da habituação. O resultado é a sua perpetuação, bem como das estratégias usadas para neutralizá-los, consolidando-se, dessa forma, o TOC.

O argumento mais forte a favor deste modelo é o grande aumento da aflição observado sempre que os pacientes deixam de executar os rituais ou entram em contato com as situações ou objetos evitados. Ainda a favor estão a observação de que a ansiedade se extingue espontaneamente quando os rituais não são executados e o sucesso da terapia de EPR.

A crítica ao modelo é que ele não explica o motivo pelo qual muitas pessoas têm o impulso de executar rituais mesmo sem que tenha ocorrido alguma cognição (obsessão), à semelhança do que ocorre com os tiques no transtorno de Tourette. O modelo também não explica porque, na maioria das vezes, o início dos sintomas não está relacionado a nenhuma experiência traumática (condicionamento clássico) (Jones & Menzies, 1998), não inclui os fatores de ordem biológica, desconsidera o papel das crenças disfuncionais frequentes em portadores do TOC e seu provável papel de moduladoras da necessidade de executar ou não rituais. Este último aspecto foi em parte superado com a proposição de um modelo cognitivo-comportamental para o TOC, que valoriza o papel das crenças e interpretações errôneas, particularmente aquelas relacionadas com a responsabilidade e o risco, no surgimento e manutenção dos sintomas obsessivos (Salkovskis, 1985, 1989).



## **O modelo cognitivo do TOC**

Pensamentos, imagens, idéias, dúvidas, impulsos que irrompem na consciência fazem parte da atividade cognitiva normal das pessoas. Em geral são neutros, redundando eventualmente em criatividade e produtividade. Ocorrem como um processo automático, involuntário, provavelmente ligado às preocupações do indivíduo naquele momento, e são um fenômeno universal (Rachman & de Silva, 1978). O modelo cognitivo propõe que interpretações distorcidas são as responsáveis pelo fato de determinados pensamentos intrusivos assumirem um significado especial para o indivíduo, ativando pensamentos automáticos de natureza negativa ou catastrófica e emoções desagradáveis: medo, desconforto, ansiedade e depressão. Em consequência dessas interpretações distorcidas, tais pensamentos assumem um significado especial, o que faz com que aumentem de frequência, compelindo o indivíduo a adotar estratégias para neutralizá-los: aumentar a vigilância, realizar atos voluntários (rituais, evitações, reassuramentos) para afastá-los ou para evitar os desfechos catastróficos imaginados. O sucesso momentâneo de tais estratégias acaba perpetuando o transtorno (Salkovskis, 1985, 1989, 1999; Salkovskis et al., 1998; Rachman, 1997).

## **Crenças disfuncionais no TOC**

Foram descritas crenças disfuncionais em portadores do TOC que, embora não sejam específicas, poderiam contribuir para o agravamento e a manutenção dos sintomas obsessivo-compulsivos (Salkovskis, 1985, 1989, 1999; Salkovskis et al., 1998; Rachman, 1997). Tais crenças disfuncionais envolveriam seis domínios: tendência a superestimar o risco, a responsabilidade, o poder do pensamento, a necessidade de controlá-lo, a necessidade de ter certeza e o perfeccionismo (OCCWG, 1997). De fato, estudos experimentais têm demonstrado uma correlação entre a intensidade das crenças e os sintomas obsessivo-compulsivos (Neziroglu et al., 1999).

A partir da descrição das crenças disfuncionais, técnicas cognitivas foram propostas para sua correção e vêm sendo incorporadas no tratamento dos sintomas obsessivo-compulsivos (Van Oppen e Arntz, 1994; Freeston et al., 1996; Salkovskis, 1985, 1999;

Salkovskis et al., 1998) associadas à terapia de EPR. Essas técnicas serão descritas mais adiante.

## **TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: DESCRIÇÃO DA TÉCNICA**

A TCC no TOC é um tratamento geralmente breve e segue as seguintes etapas:

- avaliação do paciente e indicação do tratamento;
- motivação do paciente, informações psicoeducativas e estabelecimento da relação terapêutica;
- treinamento na identificação dos sintomas;
- listagem e hierarquização dos sintomas pelo grau de aflição associada;
- sessões da terapia;
- técnicas comportamentais de exposição e prevenção de resposta;
- modelação;
- estratégias especiais para o tratamento de obsessões;
- técnicas cognitivas para a correção de pensamentos e crenças disfuncionais;
- prevenção de recaída, a alta e a terapia de manutenção.

### **Avaliação do paciente e indicação da TCC**

A avaliação do paciente é realizada mediante uma entrevista semi-estruturada que tem por objetivo identificar os sintomas obsessivo-compulsivos e manifestações do TOC: obsessões, rituais, rituais mentais, comportamentos associados (esquiva, identificação obsessiva, postergação, busca de reassuramentos, ruminações), pensamentos automáticos e crenças disfuncionais, além de estabelecer o diagnóstico positivo de TOC, bem como os diagnósticos associados ou comorbidades. Deve incluir uma boa história psiquiátrica, identificando as situações, locais ou objetos que provocam os sintomas; esclarecer seu início, se insidioso ou abrupto, se precoce (ainda na infância ou adolescência) ou tardio (na idade

adulta); se os sintomas são estáveis ou se apresentam flutuações; se estão associados ou não a alguma doença física (infecções de garganta, tiques, problemas neurológicos, traumatismos cranianos, acidente vascular cerebral) ou agente estressor importante; se são desencadeados ou agravados por conflitos familiares ou de outra natureza; o grau de incapacitação e de interferência no trabalho, na família, nas atividades sociais; e se existem outros familiares com o mesmo problema (fator genético ou ambiental). É importante, ainda, um levantamento de tratamentos já realizados (medicamentos ou psicoterapia) e o grau de sucesso ou insucesso alcançado. Além da entrevista psiquiátrica usual, podem ser utilizados instrumentos padronizados (MINI, SCID) para o levantamento de comorbidades, e escalas (Y-BOCS, NIHH- OC, CGI) para avaliar a gravidade dos sintomas.

### **Comorbidades**

Tanto obsessões como compulsões e evitações podem ocorrer em outros transtornos psiquiátricos além do TOC, como transtornos de impulsos, transtornos alimentares, depressão, parafilias, estresse pós-traumático, etc. É importante investigá-los, pois caso o paciente os apresente, a abordagem terapêutica deverá ser distinta. É muito comum a presença associada de depressão, fobia social, ansiedade generalizada ou mesmo transtornos mais graves, como psicoses ou transtorno bipolar, que, eventualmente, representam contra-indicações à TCC. Os sintomas depressivos e, da mesma forma, os decorrentes de outros transtornos de ansiedade podem interferir na capacidade do paciente de realizar as tarefas da terapia comportamental. É possível, ainda, que recaídas ocorram, exigindo, em geral, o uso associado de medicamentos. É comum também a presença de transtornos do chamado espectro obsessivo-compulsivo, como o transtorno de Gilles de la Tourette (TGT), caracterizado por tiques vocais e motores ou somente tiques, a tricotilomania (arrancar cabelos), a compulsão por se beliscar, comprar compulsivamente, que podem exigir outras abordagens. Da mesma forma, transtornos de tiques ou TGT, ou, ainda, febre reumática, podem apontar para um diferente subtipo de TOC, que pode ter uma menor resposta à TCC.

### **Contra-indicações da TCC e fatores preditivos de má resposta**

Ainda constitui uma questão em aberto quais as características pessoais dos pacientes que melhor respondem à TCC. Embora nem sempre concordantes, as pesquisas sugerem que a resposta à TCC pode ser limitada ou inexistente nas seguintes situações:

- a) *Depressão moderada ou intensa*: aparentemente não desenvolvem a habituação com a exposição e mantêm níveis elevados de ansiedade, apesar da exposição prolongada (Foa, 1979; Basoglu et al., 1988). Nesses casos, deve-se associar psicofármacos.
- b) *Convicção quase delirante ou supervalorizada sobre idéias obsessivas*: aderem pouco às tarefas de EPR (Foa, 1979; Neziroglu et al., 1999).
- c) *Sintomas muito graves*: em geral a adesão às tarefas de EPR é pobre. O ideal é iniciar com antiobsessivos e introduzir a TCC de forma gradual.
- d) *Ansiedade intensa*: são pacientes com diferentes comorbidades (ansiedade generalizada, pânico, fobias, transtornos somatoformes) que poderão não tolerar o aumento adicional da ansiedade e necessitar do uso associado de psicofármacos.
- e) *Psicoses*: esses pacientes têm dificuldade de estabelecer um vínculo terapêutico e levar adiante as tarefas. Existe ainda a possibilidade de recaídas durante o tratamento e a necessidade do uso adicional de antipsicóticos.
- f) *Transtorno do humor bipolar*: pode-se indicar a TCC caso o transtorno esteja controlado com medicamentos. Deve-se, entretanto, ficar atento para eventuais recaídas e, se for o caso, dar preferência ao controle dos sintomas do transtorno do humor através de medicamentos.
- g) *Tiques ou transtorno de Tourette*: nesses pacientes, considerados portadores de um subtipo distinto do TOC, muitas vezes fenômenos compulsivos não são acompanhados de obsessões ou, pelo menos, da ansiedade comum dos pacientes com TOC. Sem ansiedades ou vivências obsessivas desencadeadas pela prevenção da resposta, tais pacientes respondem menos à terapia de EPR (Miguel et al., 1995). Observou-se que pacientes com TOC e tiques associados melhoram de forma mais efetiva quando há associação entre inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) e neurolépticos do que quando apenas ISRS são utilizados.

- h) *Transtorno de personalidade esquizotípico*: não respondem bem à terapia de EPR (Jenike et al., 1990).
- i) *Transtorno de personalidade do tipo histriônico ou borderline*: nesses casos, a TCC é, em princípio, contra-indicada, devido a baixa tolerância à frustração, pouca persistência nas tarefas e dificuldades de se vincular ao terapeuta.
- j) *Falta de motivação ao tratamento e de adesão às tarefas*: a adesão às tarefas é talvez o fator mais crítico para a eficácia da terapia de EPR (Ito et al., 1995).

### **Informações psicoeducativas, motivação do paciente para o tratamento e estabelecimento da relação terapêutica**

A entrevista inicial também tem a finalidade de motivar o paciente, avaliar sua capacidade para tolerar ansiedade e de certificar-se de sua efetiva adesão ao tratamento. São naturais as dúvidas e a ambivalência, mas é fundamental resolvê-las antes de se iniciar a terapia, para evitar desistências e abandonos, problemas críticos da TCC. Não se pode deixar de avaliar a disponibilidade de tempo do paciente para comparecer às sessões e para a realização dos exercícios (em geral, um mínimo de 20 horas é necessário), bem como condições de arcar com os custos caso o tratamento for pago.

Os primeiros contatos são cruciais para o estabelecimento de um bom vínculo com terapeuta e da chamada aliança de trabalho. Embora dependa muito de aspectos pessoais do próprio paciente (transferência), o estabelecimento do vínculo depende também da pessoa do terapeuta, sua capacidade de empatia, cordialidade, calor humano, interesse genuíno em ajudar e facilidade de se relacionar. É indispensável que o paciente sinta confiança na competência profissional do terapeuta para aceitar uma proposta que implica eventualmente um aumento imediato de sua aflição e sofrimento.

Com o objetivo de motivar o paciente para o tratamento, o primeiro passo é dar informações básicas sobre o TOC e os fundamentos da terapia cognitivo-comportamental. Questões a serem esclarecidas com o paciente e, eventualmente, com os familiares, tendo em vista motivá-lo para o tratamento, envolvem os assuntos a seguir:

- 1) O que é o TOC, o que são obsessões, compulsões e evitações, suas possíveis causas, curso e prognóstico; seu custo em termos de comprometimento do desempenho profissional, interferência nas relações interpessoais e familiares e os tratamentos disponíveis.
- 2) Familiarização com o modelo cognitivo-comportamental: a influência de pensamentos e crenças sobre a conduta (rituais e evitações); a relação funcional entre obsessões e rituais; as estratégias de neutralização que, embora provoquem um alívio imediato, perpetuam o TOC; as crenças distorcidas subjacentes aos sintomas.
- 3) Como a terapia cognitivo-comportamental pode provocar a redução dos sintomas: sua base no fenômeno da habituação mediante a exposição *in vivo* de forma repetida e em níveis crescentes – porém suportáveis – de ansiedade e a correção de crenças distorcidas por técnicas cognitivas.
- 4) Como são as sessões da TCC: agenda, monitoramento dos sintomas, revisão de tarefas semanais, registros, exercícios de EPR e de correção de pensamentos e crenças disfuncionais, nas sessões e a domicílio; o incremento inicial da ansiedade e o desaparecimento posterior tanto da necessidade de executar rituais como das obsessões e medos; o que é esperado do paciente, a realização de tarefas em casa nos intervalos entre as sessões, o tempo necessário para a realização dos exercícios, registros, duração da terapia, etc.
- 5) Criar expectativas positivas de mudança. Pacientes com depressão associada, descrentes da possibilidade de mudanças em função da duração da doença, de tratamentos anteriores malsucedidos, ou com crenças demasiadamente intensas e cristalizadas sobre as obsessões, têm dificuldade em acreditar na possibilidade de mudar padrões de comportamento. Expectativas negativas em relação à própria capacidade de tolerar o aumento da aflição decorrente dos exercícios de EPR devem ser identificadas e abordadas. O terapeuta poderá, inicialmente, referir resultados de pesquisas ou de outros tratamentos, esclarecer as dúvidas que efetivamente se dissiparão quando o próprio paciente realizar as atividades e obtiver sucesso, descobrindo que é capaz de suportar o desconforto associado. É importante salientar que o sucesso depende essencialmente da adesão aos exercícios: tempo dedicado e frequência com que são realizados.

Os familiares podem ser importantes aliados na TCC ou, eventualmente, dificultá-la, se não compreenderem o que é o TOC e a base racional do tratamento. É conveniente que as mesmas explicações sejam dadas também a eles, em conjunto com o paciente, para que compreendam o que é o transtorno, esclareçam suas dúvidas e sejam orientados em relação às atitudes mais adequadas, como, por exemplo, não reforçar rituais, não oferecer reassuramentos, mesmo em momentos de grande ansiedade, ou evitar críticas caso ocorram lapsos ou recaídas. Ao final da entrevista, é importante que o paciente expresse de forma explícita sua decisão de realizar tratamento.

### **Identificação dos sintomas e elaboração da lista hierárquica**

Uma vez aceita a terapia, a tarefa seguinte é habilitar o paciente a reconhecer obsessões, compulsões ou rituais, compulsões mentais e comportamentos associados ao TOC, tais como evitações, ruminações e postergações, distinguindo esses fenômenos de pensamentos e comportamentos “normais”. A partir de exemplos do próprio paciente, deve-se explicar o que são esses fenômenos, verificando se efetivamente consegue reconhecê-los e distingui-los de outros pensamentos e comportamentos e prescrevendo para casa exercícios semelhantes. Para não sobrecarregar o paciente com informações demasiadas, convém deixar para um segundo momento (terceira ou quarta sessão) uma explanação mais detalhada sobre o modelo cognitivo, crenças disfuncionais, sua identificação e o treino em exercícios de correção.

Uma vez estando habilitado a reconhecer os sintomas, o passo seguinte é a elaboração da lista, o mais completa possível, das obsessões, rituais, compulsões mentais e evitações. Esta lista pode ser iniciada ainda na consulta e completada como tarefa de casa. Podem ser utilizados instrumentos auxiliares, como a *Y-BOCS check-list* e a lista de comportamentos evitativos (disponíveis no site [www.ufrgs.br/toc](http://www.ufrgs.br/toc)). Pode-se, ainda, solicitar o auxílio de familiares mais próximos, que muitas vezes observam comportamentos que passam despercebidos ao próprio paciente.

Uma vez elaborada a lista dos sintomas, hierarquizados mediante a atribuição dos escores 0 (nenhum), 2,5 (fraco), 5 (médio), 7,5 (forte) ou 10 (extremo) em relação ao grau de aflição ou desconforto que é sentido quando a mente é invadida por uma obsessão específica

ou quando o paciente deixa de executar um determinado ritual ou tocar em objetos evitados. Exemplo: “Qual o grau de aflição sentindo quando sua mente é invadida por um pensamento ‘horrrível’, ou quando um amigo seu chega da rua e se senta na sua cama?”. Uma forma simples de hierarquização é solicitar ao paciente que classifique os sintomas pelo grau de dificuldade (extrema, muito grande, média, fraca ou nenhuma) que sente ao se expor ou se abster de executar um ritual específico. É importante, ainda, quantificar o número de vezes que o paciente executa um ritual (número de vezes que lavou as mãos pela manhã, ou número de verificações da porta que executou antes de deitar), o tempo gasto para se arrumar antes de sair de casa (lentidão obsessiva), o número de minutos ou horas por dia em que a mente fica ocupada com uma determinada obsessão, etc. A lista é útil para definir os primeiros exercícios de EPR, ou para analisar o grau de dificuldade e, assim, para fazer a escolha, iniciando pelos exercícios que o paciente considera mais fáceis de realizar e nos quais acredita ter maiores chances de ter sucesso. Também pode ser proposto que se inicie pelo sintoma que mais causa transtornos para si ou seus familiares e cuja eliminação representaria um grande alívio a todos. É importante que o paciente tenha um elevado grau de confiança em sua capacidade de executar as tarefas escolhidas, que as escolhas sejam suas e que ele não se sinta forçado pelo terapeuta.

### **As sessões da terapia**

As sessões da TCC para o TOC, como na terapia cognitiva em geral, são estruturadas, focadas nos problemas e sintomas, colaborativas e envolvem demonstrações, exercícios e tarefas de casa, uso de registros, instrumentos de automonitoramento e, eventualmente, a realização de tarefas junto com o terapeuta. A sessão é iniciada com a revisão ou checagem dos sintomas (intensidade, frequência) e do humor; segue-se a revisão das tarefas de casa, com a utilização dos registros para esta finalidade, a discussão das dificuldades em sua realização, exercícios de correção de pensamentos e crenças disfuncionais, finalizando com o estabelecimento e discussão das metas e exercícios para a semana seguinte e, ao final, a avaliação da sessão. O tratamento em geral é breve – entre 3 e 6 meses, com sessões semanais durando em torno de uma hora, no início. À medida que os sintomas forem diminuindo, os intervalos entre as consultas podem ser maiores. São recomendadas sessões periódicas de reforço, durante algum tempo, após o término do tratamento.



Os objetivos devem ser claros e operacionais: não lavar as mãos ao chegar em casa da rua, verificar a porta apenas uma vez antes de deitar, demorar no máximo 10 minutos no banho, sentar diariamente durante 30 minutos na cama com a roupa da rua. O ideal é selecionar três ou quatro tarefas para cada intervalo entre sessões, solicitando o registro dos exercícios num caderno específico e propondo a frequência e o tempo que o paciente deverá dedicar a elas. Recomenda-se, ainda, que as tarefas sejam repetidas o maior número de vezes possível. Quando a tarefa consiste em entrar em contato com objetos contaminados ou “sujos”, recomenda-se que o contato seja mantido até a ansiedade desaparecer por completo (habituação na sessão), lembrando que a ansiedade desencadeada será menor a cada exercício (habituação entre as sessões). Os exercícios de exposição devem ter, no mínimo, 15 a 30 minutos de duração, podendo durar até 3 horas (quando se trata de prevenção de resposta) ou até o paciente não sentir mais nenhuma aflição ou impulso para executar rituais. A cada sessão, as tarefas de casa são revisadas. Aquelas que forem consideradas plenamente dominadas são substituídas por outras inicialmente classificadas como tendo um grau maior de dificuldade e assim sucessivamente, até que toda a lista de sintomas tenha sido percorrida. A escala Y-BOCS pode ser utilizada para avaliar a progressão do tratamento.

## **TÉCNICAS COMPORTAMENTAIS**

A TCC no tratamento do TOC utiliza intervenções comportamentais como a exposição, a prevenção da resposta ou dos rituais, a modelação, técnicas de automonitoramento, uso de registros, diários, escalas e técnicas cognitivas de correção de pensamentos e crenças disfuncionais (questionamento socrático, explicações alternativas, experimentos comportamentais, lembretes, entre outras). Dentre estas, as técnicas comportamentais de exposição e prevenção da resposta continuam sendo consideradas intervenções cruciais. A seguir é apresentada uma breve descrição das intervenções mais comuns.

### **Exposição**

É o contato direto e prolongado com situações, lugares ou objetos que o paciente evita em função de suas obsessões. Provoca um aumento da ansiedade que desaparece

espontaneamente num período entre 15 minutos e 3 horas (habituação) (Roper et al., 1973). exposição também pode ser feita a obsessões ou a pensamentos “ruins” ou “horrríveis”. Para tanto, deve-se evocá-los intencionalmente, mantê-los na mente sem tentar afastá-los e não utilizar nenhuma estratégia para evitá-los (hipervigilância) ou para neutralizá-los (rituais mentais).

### **Prevenção da resposta**

É a abstenção, por parte do paciente, da realização de rituais ou da adoção de comportamentos evitativos, sejam eles manifestos ou encobertos (rituais mentais), ou quaisquer outras manobras destinadas a aliviar ou neutralizar medos associados às obsessões. Exemplos: abster-se de verificar, lavar excessivamente as mãos, alinhar objetos, fazer contagens, repetir perguntas, fazer as coisas numa certa ordem, não afastar pensamentos “ruins”, etc. Da mesma forma que ocorre com a exposição, a prevenção da resposta provoca um incremento inicial da ansiedade, que desaparece espontaneamente com o passar do tempo, reduzindo a intensidade do impulso a realizar rituais e, conseqüentemente, sua freqüência (Rachman et al., 1976).

### **Modelação**

É a realização, pelo terapeuta, de exercícios de demonstração de EPR diante do paciente. Sabe-se que a simples observação de outras pessoas executando tarefas consideradas de risco é uma forma de reduzir ou desaprender medos. Sabe-se também que a aflição é menor quando a exposição é realizada na presença de outra pessoa ou do terapeuta (Rachman & de Silva, 1978). Como exemplo, o terapeuta pode ter no consultório uma caixa de objetos “sujos” ou “contaminados”, como brinquedos usados, materiais de limpeza usados, seringas, esponjas, recipientes ou embalagens de produtos tóxicos, com os quais pode fazer as demonstrações. Pode, ainda, tocar na sola dos sapatos e “espalhar” a contaminação pelas roupas e o corpo, tocar em trincos de porta sem lavar as mãos posteriormente e solicitar ao paciente que repita essas ações. Os exercícios servem para ilustrar de forma didática o fenômeno da habituação, pois, em geral, a ansiedade, intensa no início, desaparece

rapidamente ainda no decorrer da sessão. Em certos casos, pode-se solicitar que o paciente aguarde na sala de espera até duas horas após a sessão, para ter uma garantia de que o impulso de executar rituais (lavar as mãos, verificar) foi superado.

### **Técnicas para o tratamento de obsessões de conteúdo impróprio ou inaceitável**

A exposição e a prevenção da resposta são de difícil aplicação em pacientes que apresentam predominantemente obsessões, acompanhadas ou não de rituais. A partir da compreensão de algumas distorções cognitivas, como o exagero da importância atribuída a certos pensamentos – a chamada fusão do pensamento e da ação (Shafran et al., 1995) –, a hipervigilância e a necessidade de controlá-los, as estratégias sugeridas para o tratamento desses sintomas mudaram. Medidas anteriormente recomendadas, como tentar afastar pensamentos (“pare de pensar”), principalmente os de conteúdo agressivo, sexual, sacrílego ou violento, tinham o efeito paradoxal de incrementar sua frequência e intensidade, e são atualmente contra-indicadas (Lavy & Van Den Hout, 1990; Baer, 2000). Pacientes que apresentam tais pensamentos são orientados no sentido de:

- não fazer nenhum esforço para afastar os pensamentos da mente;
- em nenhuma hipótese, executar rituais manifestos ou encobertos (rituais mentais) destinados a neutralizá-los (repetir frases, rezar, fazer contagens);
- evocar intencionalmente os referidos pensamentos e mantê-los na consciência durante o tempo necessário para que a aflição desapareça;
- procurar não dar importância a tais intrusões, usando lembretes do tipo “isto é apenas um pensamento!” ou “pensar não é cometer!”;
- reduzir a hipervigilância, procurando realizar tarefas que distraiam a mente.

Se a obsessão for uma cena de conteúdo agressivo ou violento, pode-se solicitar ao paciente que escreva, num pequeno texto, a cena que lhe vem à mente, ou o impulso que o atormenta da forma mais detalhada possível e da maneira mais vívida que puder: as pessoas, os detalhes da cena e a seqüência de fatos catastróficos que poderiam ocorrer. Num segundo

momento, deverá ler o texto repetidamente, várias vezes ao dia. Poderá, ainda, gravar a história em uma fita ou CD com a própria voz e ouvi-la repetidamente, realizando este exercício de três a quatro vezes ao dia, até que ele não evoque mais ansiedade alguma. É importante que nenhum pensamento neutralizador seja incluído na gravação e que nenhuma manobra de neutralização seja praticada durante as audições (como fechar os olhos, produzir uma imagem, colocar fones de ouvido, etc.). Além de provocar a habituação, o paciente poderá comprovar que pensar não equivale a cometer, ou que pensar não aumenta as chances de que desastres aconteçam. Perceberá, ainda, uma diminuição da frequência e da necessidade de controlar tais pensamentos (Salkovskis, 1983).

## **TÉCNICAS COGNITIVAS**

As técnicas cognitivas propostas para o TOC são, em geral, adaptações daquelas descritas inicialmente por Beck para o tratamento da depressão e por Clark para o tratamento da ansiedade. Por serem mais complexas para o paciente, parece conveniente que sejam introduzidas na terapia quando ele já identifica os sintomas, rituais e manobras de neutralização, distingue obsessões de pensamentos normais, etc. É necessário dedicar algum tempo para a explanação de alguns conceitos-chaves e para um treinamento inicial, com exercícios e técnicas de correção de disfunções cognitivas realizados no próprio consultório. Os seguintes tópicos devem ser explanados ao paciente:

- 1) O modelo cognitivo-comportamental do TOC (ABC): situações (A) ativam crenças disfuncionais, pensamentos automáticos negativos ou catastróficos (B); as interpretações distorcidas ou o significado atribuído (negativo, catastrófico) a essas crenças têm conseqüências (C) emocionais (ansiedade, depressão), comportamentais (rituais, evitações, busca de reassuramentos) e psicológicas (atenção seletiva, hipervigilância) que, embora reduzam a aflição, perpetuam o ciclo.
- 2) As crenças e interpretações errôneas mais comuns em portadores do TOC e seu papel no surgimento e manutenção dos sintomas. Identificação das crenças disfuncionais do paciente (fazer lavagens excessivas por supervalorizar o risco de contrair doenças; repetir tarefas por não admitir falhas, etc.).

- 3) O papel das manobras de neutralização: produzir alívio imediato ao custo de perpetuar o TOC; a hipervigilância e a tentativa de controlar os pensamentos como contraproduativas, pois aumentam sua intensidade e frequência e reforçam a crença distorcida de que quanto mais aflição um pensamento produz mais verdadeiro ele é.
- 4) Esclarecer ao paciente que a terapia é uma descoberta guiada: o que se pretende é auxiliar o paciente a substituir conclusões ilógicas e sem nenhum fundamento por pensamentos lógicos e baseados em evidências. Seus sintomas continuam, em grande parte, porque ele nunca testou certas convicções que toma como verdades e sobre as quais nunca parou para refletir. A terapia irá auxiliá-lo nesta reflexão, lançando dúvidas sobre crenças e regras que se constituíram num verdadeiro decálogo e do qual se tornou prisioneiro. Modificá-las representará um processo de libertação.

### **Técnicas cognitivas de correção de crenças disfuncionais**

Uma vez entendido o modelo, o passo seguinte é o treino do paciente na identificação de pensamentos automáticos catastróficos ou negativos que acompanham as obsessões e de crenças subjacentes aos sintomas, para posteriormente poder corrigi-los.

### **Identificação de pensamentos automáticos e crenças distorcidas**

Para este objetivo, alguns exercícios podem ser feitos no consultório como treino e prescritos para realização em domicílio. Os exercícios podem ser feitos a partir da identificação de uma situação na qual o paciente tem pensamentos intrusivos ou realiza um ritual. Algumas perguntas que auxiliam:

- Que pensamentos passaram pela sua cabeça na ocasião?
- Que tipo de emoção (medo, aflição, culpa ou depressão) você sentiu?
- Como interpretou o pensamento que invadiu sua mente (responsabilidade, perigo, medo de falhar, culpa, possibilidade de causar dano aos outros ou não preveni-lo)?
- O que foi levado a executar (ritual, evitação, manobras para neutralização)?
- E o que sentiu depois de executar o ritual ou de evitar o que temia?

- E se não tivesse realizado o ritual ou a evitação, o que sentiria e o que passaria pela sua cabeça?

### **Corrigindo crenças distorcidas: o questionamento socrático**

A estratégia central para a modificação de crenças distorcidas é o seu questionamento, também chamado de questionamento socrático em homenagem ao filósofo grego que punha em dúvida as crenças e convicções dos seus contemporâneos.

O questionamento socrático deve ser feito com os pensamentos automáticos e crenças distorcidas identificadas nos exercícios anteriores. É interessante e didático associar certas crenças específicas ao domínio geral ao qual pertencem: supervalorizar o risco e a responsabilidade, o poder do pensamento, etc. (por exemplo: ter medo de contrair doenças e evitar sentar em bancos de ônibus pertence ao domínio de supervalorizar o risco). O questionamento pode ser feito utilizando-se diferentes estratégias que foram adaptadas para o TOC (busca de evidências e explicações alternativas, torta da responsabilidade, questionamento do duplo padrão, duas teorias, questionamentos específicos para cada domínio de crenças, testes comportamentais, etc.) que serão descritos a seguir.

### **Questionando evidências e buscando explicações alternativas**

- 1) Que evidências eu tenho de que o que passa pela minha cabeça ou de que meus medos têm algum fundamento? E que evidências são contrárias?
- 2) Existe uma explicação alternativa para isso? (De que eu sou portador de um transtorno, por exemplo.)
- 3) Meus medos são baseados em alguma prova real ou ocorrem porque eu tenho TOC? O que é mais provável?
- 4) O que \_\_\_\_\_ (fulano) diria sobre meus medos?
- 5) Como a maioria das pessoas se comporta em situações semelhantes?
- 6) Qual é a crença errônea?

### **A técnica das duas teorias (A e B)**

Uma das formas de mudar uma interpretação errônea (de um sintoma, situação ou pensamento) é auxiliar a pessoa a construir e testar uma explicação alternativa coerente, menos ameaçadora e causadora de aflição, modificando a forma como o paciente interpreta a ocorrência e o conteúdo dos pensamentos e impulsos intrusivos e levando-o a encará-los de forma mais realística. Isso pode ser feito pelo terapeuta ao propor e sugerir a testagem de explicações alternativas. Exemplo prático (Salkovskis et al., 1998):

Nós temos 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 doenças e, quem sabe, pela morte de familiares.
- 2) **Teoria B:** Você é uma pessoa muito sensível a medos de ser contaminado e reage a esses medos de uma forma que compromete sua vida: fazendo um excesso de lavagens seguidas.

Qual destas duas alternativas é a mais provável? Você já tentou lidar com este problema de acordo com a segunda hipótese, ou seja, como se fosse um problema de preocupação ou medo excessivo, e não uma possibilidade real?

### **A técnica da torta ou pizza da responsabilidade e o pensamento dicotômico**

Um exercício que pode ser útil para corrigir crenças distorcidas envolvendo excesso de responsabilidade é a elaboração da chamada torta ou pizza da responsabilidade, onde cada fatia representa o percentual atribuído a si próprio e a outros (Van Oppen & Arntz, 1994; Salkovkis, 1999). Deve-se solicitar ao paciente que faça uma lista de todos os fatores que podem influir num determinado desfecho catastrófico (doença, infarto, incêndio, morte, etc.), atribuindo percentuais equivalentes aos pesos que diferentes fatores podem ter para que o desfecho presumido ocorra e incluindo, por último, uma estimativa da própria responsabilidade. Depois, a torta desenhada é analisada, juntamente com os percentuais atribuídos ao peso relativo de cada um dos prováveis fatores concorrentes e o percentual

atribuído a si próprio, em decorrência de o paciente acreditar ser o único e exclusivo responsável. Este exercício permite identificar e corrigir o pensamento dicotômico (tudo ou nada), fazer o paciente se dar conta de que diversos fatores podem concorrer em diferentes graus para um desfecho, além de que é impossível ter o controle sobre todos os fatores, eliminar todos os riscos, ter certeza de que nada de ruim irá acontecer e jamais falhar.

### **Corrigindo a tendência a exagerar a importância e o controle dos pensamentos**

O questionamento socrático pode ser útil para pacientes que acreditam demasiadamente no poder do pensamento (fusão de pensamento e ação, pensamento mágico) ou na necessidade de controlá-lo. Tais pacientes expressam o medo de se tornar o contrário: sujos, agressivos, ateus ou com algum desvio de caráter. Assim, deve-se discutir a probabilidade de tais previsões catastróficas acontecerem, especialmente se for levado em conta o fato de os portadores do TOC normalmente serem pessoas inofensivas, incapazes de agredir ou religiosas, e mostrar aos pacientes que pensamentos intrusivos, de conteúdo agressivo, obsceno ou sexual ocorrem com todas as pessoas em algum momento, sem que necessariamente elas pratiquem esses pensamentos: “Imagine se você fosse pôr em prática tudo o que lhe passa pela cabeça!” (Salkovkis, 1999). Exemplos de questionamentos:

- Pensar é o mesmo que cometer?
- Pensar algo significa que vai acontecer (raciocínio cartesiano)?
- Ter um pensamento obsceno revela um desvio de caráter?
- Ter um pensamento blasfemo significa desejar ofender a Deus?
- Sou o tipo de pessoa capaz de fazer o que me passa pela cabeça?
- Qual a probabilidade (entre 0 a 100%) de que eu venha a fazer o que me passa pela cabeça?
- Quem é perturbado por obsessões de ferir um filho, visualizar cenas violentas, dizer blasfêmias? Indivíduos normais ou portadores de TOC?



### **Questionando o duplo padrão**

Os pacientes com TOC exageram as conseqüências negativas da responsabilidade: “Se meu filho contrair câncer, a culpa será minha, todos vão me condenar, e eu não terei mais amigos”. Além disso, eles tendem a avaliar de forma distinta uma eventual falha sua quando comparada a falhas cometidas por outras pessoas, com quem são mais indulgentes. Para esse tipo de situação, pode-se aplicar a técnica do questionamento do duplo padrão de julgamento: “Se isso que você imagina acontecesse com um amigo, você o condenaria da mesma forma como condena a si mesmo?”.

### **Experimentos comportamentais**

Uma forma muito eficiente de corrigir crenças distorcidas é testando-as na prática. Pode-se solicitar ao paciente que descreva um erro (por exemplo, fazer um depósito numa conta bancária errada) e questionar as conseqüências que imagina possam ocorrer. Posteriormente, o paciente fará um experimento e a comparação entre o que aconteceu de fato e o que havia imaginado. Outros exemplos: deixar uma torneira não bem fechada durante uma hora e verificar se a casa é inundada; tomar uma decisão, como comprar uma roupa ou um eletrodoméstico, por exemplo, sem ter certeza de que está pagando o melhor preço, e, depois, descobrir se poderia ter feito um negócio melhor ou não, observando como se sente.

É particularmente difícil modificar crenças quando elas se referem a um futuro distante, como, por exemplo: “Irei para o inferno porque não consigo controlar meus pensamentos blasfemos”, ou “Meu filho poderá contrair câncer daqui a 20 anos por causa desta contaminação”. Nesses casos, a desconfirmação através de experimentos comportamentais é quase impossível, e esta estratégia se torna pouco efetiva (Salkovskis et al., 1998). O que se pode fazer nesses casos são experimentos comportamentais de exposição maciça, antecipando o desfecho na imaginação.

**Algumas regras gerais da terapia cognitiva:**

- Dar atenção particular às avaliações distorcidas relativas à responsabilidade de causar ou prevenir danos, questionando a plausibilidade ou veracidade dos conteúdos das intrusões: “Portadores de TOC normalmente são violentos ou abusadores sexuais?”.
- Mostrar que o esforço permanente para prevenir algo só leva ao aumento da preocupação e da hipervigilância – e, conseqüentemente, das próprias obsessões.
- Não tentar provar que as obsessões não são plausíveis (“Deixe eu provar que você é incapaz de ferir seu filho”) ou tentar convencê-los de que tocar em um trinco de porta não transmite doenças.
- Não discutir probabilidades: “O que eu posso garantir é que provavelmente você irá sofrer para o resto de sua vida se continuar fazendo checagens”.
- Não oferecer reassuramentos, por exemplo, dando garantias de que tal pensamento não irá se concretizar, ou de que as probabilidades de ocorrer o que o paciente receia são mínimas. Reassegurar é inútil, o alívio que produz dura pouco e não deixa de ser uma forma de neutralização. É importante lembrar que o alívio obtido com o uso de tais manobras torna tentador seu uso freqüente (Salkovskis et al., 1998).

**ALTA, ACOMPANHAMENTO E PREVENÇÃO DE RECAÍDAS**

Quando a maioria dos sintomas tiver sido eliminada, pode-se propor o espaçamento das sessões e, posteriormente, a alta. Entretanto, como o TOC é um transtorno crônico sujeito a recaídas, ao final da terapia, é conveniente dedicar algum tempo ao desenvolvimento de habilidades para preveni-las. São comuns os lapsos, ou seja, episódios isolados de realização de rituais ou evitações, de curta duração e que ocorrem por distração, descuido ou falha nas estratégias de autocontrole. Os lapsos são importantes porque podem ser interpretados como recaídas ou como fracasso de todo o tratamento, provocando, eventualmente, descrença quanto à capacidade de um dia poder eliminar por completo os sintomas – e, em função desta descrença, uma recaída. Assim, é preciso lembrar o paciente de que pequenos lapsos são comuns, particularmente na fase de mudança e especialmente quando os rituais constituíam hábitos. Ao final do tratamento, é interessante orientar o paciente e treiná-lo em estratégias de

prevenção de recaídas, que devem ser revistas e reforçadas em sessões periódicas de acompanhamento após a alta.

### **Estratégias de prevenção de recaída**

- 1) Identificar, juntamente com o paciente, as situações internas (psicológicas) ou externas (ambiente, objetos) de risco (gatilhos) para a realização de rituais ou para a ocorrência de obsessões ou comportamentos evitativos: a hora de deitar ou de sair de casa para os verificadores, a chegada em casa para os que têm obsessões por contaminação.
- 2) Preparar com antecedência estratégias de enfrentamento para 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 a que estava habituado nas situações de risco.
  - Planejar com antecedência como irá se comportar no enfrentamento das situações de risco, tendo em vista o que deve fazer em termos de exposição e prevenção da resposta: por quanto tempo, onde, de que forma (“Vou sentar na cama com a roupa da rua quando chegar em casa, durante 15 minutos”).
  - Distração: procurar se entreter, durante situações de risco, com outros pensamentos ou com atividades práticas, como forma de reduzir a aflição e o impulso a ritualizar.
  - Conversar consigo mesmo, dar ordens para si mesmo: “Você tem condições de se controlar!”, “Não vá verificar se a torneira ficou bem fechada!”, 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, que são rituais ou evitações eventuais: “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 a crença de ser fraco, de ser incapaz de se autocontrolar (tudo ou nada), de o tratamento ter fracassado, acompanhada de sentimentos de culpa, diminuição da auto-estima, depressão e tentação de desistir. Deve-se lembrar que lapso não é recaída!
- 5) Fazer revisões periódicas da lista de sintomas com o terapeuta. Caso tenham ocorrido lapsos, revisá-los: o que os provocou, pensamentos automáticos, crenças distorcidas e suas conseqüências, técnicas de correção de disfunções cognitivas.
- 6) Se estiver utilizando medicamentos, suspendê-los somente em acordo com o médico.
- 7) Participar das associações de portadores de TOC e procurar estar sempre atualizado sobre eventuais novos conhecimentos.

## COMENTÁRIOS FINAIS

O modelo cognitivo-comportamental permitiu uma melhor compreensão dos fenômenos obsessivo-compulsivos, da importância de aprendizagens errôneas e de crenças disfuncionais na sua gênese e manutenção. Permitiu, ainda, a proposição de uma variedade de técnicas e estratégias que possibilitam a redução dos sintomas para a maioria dos pacientes e até sua eliminação completa. Constitui, juntamente com os psicofármacos, um dos tratamentos de escolha para o TOC. Algumas questões, entretanto, continuam em aberto: quais pacientes se beneficiam e quais não se beneficiam com a TCC? Existem ou não subgrupos de pacientes para os quais a terapia seria a melhor escolha? Sua associação à farmacoterapia aumentaria a eficácia do tratamento? As recaídas ao longo do tempo são menores do que as observadas após a interrupção de medicamentos? Os ganhos se mantêm ao longo do tempo? A adição das técnicas cognitivas aumenta a eficácia da TCC? Reduz ou não as recaídas? Por ser uma terapia breve, com base teórica simples e de aplicação relativamente fácil, desde que garantida a adesão do paciente, a TCC vem se constituindo num importante recurso terapêutico, em especial para os pacientes que não respondem ou respondem parcialmente à farmacoterapia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMOWITZ, J.S. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. *J. Consult. Clin. Psychol.*, v.65, p.44-52, 1997.
- BAER, L. *Getting control - overcoming your obsessions and compulsions*. New York: Plume, 2000.
- BASOGLU, M.; LAX, T.; KASVISKIS, Y.; MARKS, I.M. Predictors of improvement in obsessive-compulsive disorder. *J. Anx. Dis.*, v.2, p.299-317, 1988.
- COTTRAUX, J.; NOTE, I.; SAI, N.Y.; et al. A randomized controlled trial of cognitive therapy versus intensive behavior therapy in obsessive-compulsive disorder. *Psychother. Psychosom.*, v.70, p.288-297, 2001.
- DSM IV - DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS. Fourth Edition. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
- EMMELKAMP, P.M.G.; VISSER, S.; HOEKSTRA, R. Cognitive therapy vs exposure *in vivo* in the treatment of obsessive-compulsives. *Behav. Res. Ther.*, v.12, p.103-114, 1988.
- FOA, E.B. Failures in treating obsessive-compulsives. *Behav. Res. Ther.*, v.17, p.169-176, 1979.
- FREESTON, M.H.; RHÉAUME, J.; LADOUCEUR, R. Correcting faulty appraisal of obsessional thoughts. *Behav. Res. Ther.*, v.34, p.433-446, 1996.
- FREESTON, M.H.; LADOUCEUR, R.; GAGNON; et al. Cognitive-behavioral treatment of obsessive-thought: a controlled study. *J. Cons. Clin. Psychol.*, v.65, p.405-413, 1997.
- HOGSON, R.; RACHMAN, S.J. The effects of contamination and washing in obsessional patients. *Behav. Res. Ther.*, v.10, p.111-117, 1972.
- JENIKE, M.A.; BAER, L.; MINICHELLO, W.E. *Obsessive-compulsive disorders: theory and management*. 2nd. ed. Chicago: Year Book Medical Publ. Inc., 1990.
- JONES, K.J.; MENZIES, R.G. The relevance of associative learning pathways in the development of obsessive-compulsive washing. *Behav. Res. Ther.*, v.36, p.273-283, 1998.

- ITO, L.M.; ARAÚJO, L.A.; HEMSLEY, D.R.; MARKS, I.M. Beliefs and resistance in obsessive-compulsive disorder: observations from controlled study. *J. Anx. Dis.*, v.9, p.269-281, 1995.
- KARNO, M.; GOLDING, M.J.; SORENSON, S.B.; BURNAM, A.M. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch. Gen. Psychiatry*, v.45, p.1094-1099, 1988.
- LAVY, E.; VAN DEN HOUT, M. Thought suppression induces intrusion. *Behavioral Psychotherapy*, v.18, p.251-258, 1990.
- LENSI, P.; CASSANO, G.B.; CORREDDU, G.; et al. Obsessive-compulsive disorder: familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *Br. J. Psychiatry*, v.169, p.101-107, 1996.
- LICKIERMAN, H.; RACHMAN, S.J. Spontaneous decay of compulsive urges: cumulative effects. *Behav. Res. Ther.*, v.18, p.387-394, 1980.
- MARKS, I.M.; 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*, v.127, p.349-364, 1975.
- MARKS, I.M.; O'SULLIVAN, G. Drugs and psychological treatments for agoraphobia/panic and obsessive-compulsive disorders: a review. *Brit. J. Psychiatry*, v.153, p.650-655, 1988.
- MEYER, V. Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behav. Res. Ther.*, v.4, p.273-280, 1966.
- MIGUEL, E.C.; COFFEY, B.J.; BAER, L.; et al. Phenomenology of intentional repetitive behaviours in obsessive-compulsive disorders and Tourette's disorder. *J. Clin. Psychiatry*, v.56, p.246-255, 1995.
- MOWRER, O.H. A stimulus-response theory of anxiety. *Psychol Rev*, v.46, p.553-566, 1939.
- NEZIROGLU, F.A.; STEVENS, K.P.; YARYURA-TOBIAS, J.A. Overvalued ideas and their impact on treatment outcome. *Rev. Bras. Psiq.*, v.21, p.209-216, 1999.
- OCCGWG - OBSESSIVE COMPULSIVE COGNITIONS WORKING GROUP. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder *Behav. Res. Ther.*, v.9, p.237-247, 1997.

- PATO, M.T.; ZOHAR, K.M.; ZOHAR, R. Return of symptoms after discontinuation of clorimipramine in patients with obsessive-compulsive disorder. *Amer. J. Psychiatry*, v.145, p.521-525, 1988.
- PIGOTT, T.; SEAY, S. Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder: overview and treatment-refractory strategies. In: GOODMAN, W.K.; RUDORFER, M.V.; MASER, J.D. *Obsessive-compulsive disorder - contemporary issues in treatment*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 2000. p.277-2002.
- RACHMAN, S.J. A cognitive theory of obsessions. *Behav. Res. Ther.*, v.35, p.793-802, 1997.
- RACHMAN, S.J.; de SILVA, P. Abnormal and normal obsessions *Behav. Res. Ther.*, v.16, p.233-248, 1978.
- RACHMAN, S.J.; de SILVA, P.; ROPER, G. The spontaneous decay of compulsive urges. *Behav. Res. Ther.*, v.14, p.445-453, 1976.
- ROPER, G.; RACHMAN, S.J. Obsessional-compulsive checking: experimental replication and development. *Behav. Res. Ther.*, v.14, p.25-32, 1976.
- ROPER G.; RACHMAN, S.J.; HOGDSON, R. An experiment on obsessional checking. *Behav. Res. Ther.*, v.11, p.271-277, 1973.
- SALKOVSKIS, P.M. Treatment of an obsessional patient using habituation to audio-taped ruminations. *Br. J. Clin. Psychiatry*, v.22, p.311-313, 1983.
- SALKOVSKIS, P.M. Obsessional-compulsive problems: a cognitive behavioural analysis. *Behav. Res. Ther.*, v.23, p.311-313, 1985.
- SALKOVSKIS, P.M. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems *Behav. Res. Ther.*, v.27, p.677-682, 1989.
- SALKOVSKIS P.M. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav. Res. Ther.*, v.37, p.S29-S52, 1999.
- SALKOVSKIS, P.M; FORRESTER, E.; RICHARDS, C. Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *Brit. J. Psychiatry*, v.173 (suppl.35), p.53-63, 1998.
- SALKOVSKIS, P.M.; RICHARDS, C.; FORRESTER, E. Psychological treatment of refractory obsessive-compulsive disorder and related problems. In: GOODMAN, W.K.;

- RUDORFER, M.V.; MASER, J.D. *Obsessive-compulsive disorder - contemporary issues in treatment*. London: Lawrence Erlbaum Associate Publishers; 2000. p.201-222.
- SHAFRAN, R.; THORDARSON, D.; RACHMAN, S. Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder. *J. Anx. Dis.*, v.10, p.379-392, 1995.
- SIMPSON, B. H.; GORFINKLE, K. S.; LIEBOWITZ, M. R. Cognitive-behavioral therapy as an adjunct to serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder: an open trial. *The J. Clin. Psychiatry*, v.60, p.584-590, 1999.
- VAN OPPEN, P.; ARNTZ, A.. Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behav. Res. Ther.*, v.33, p.79-87, 1994.
- VAN OPPEN, P.; DE HAAN, E.; VAN BALKON, A.J.; et al. Cognitive therapy and exposure *in vivo* in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behav. Res. Ther.*, v.33, p.379-390, 1995.
- THE CLOMIPRAMINE COLLABORATIVE STUDY GROUP. Clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, v.48, p.730-738, 1991.



**Artigo 3A**

**“Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a clinical trial”**

***(Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 24, n. 3, p. 113-120, 2002)***



















## **Artigo 3B**

**“Terapia cognitivo-comportamental em grupo no transtorno obsessivo-compulsivo: um ensaio clínico”**

**(versão em português do Artigo 3A)**

**TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO, DE  
TEMPO LIMITADO, NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO  
OBSESSIVO-COMPULSIVO: UM ENSAIO CLÍNICO NÃO  
CONTROLADO**

**Aristides Volpato Cordioli (correspondência)**

Endereço: Rua Landel de Moura, 1261

91920-150 - Porto Alegre - RS

Email: [acordioli@terra.com.br](mailto:acordioli@terra.com.br)

Telefones: (51) 3231-6255 e (51) 3249-5412

**Elizeth Heldt** - Enfermeira psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Daniela Braga Bochi** - Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica do RS

**Regina Margis** - Residente em Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Marcelo Basso de Sousa** - Residente em Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Juliano F.Tonello** - Residentes em Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Betina Teruchkin** - Residente em Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Flavio Kapczinski** - Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do RS.

**Local de realização:** Ambulatório do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre –Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS.

**Financiamento:** Recebeu apoio financeiro do Fundo de Incentivo à Pesquisa e a Eventos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

## RESUMO

**Objetivos:** Desenvolver um protocolo de terapia cognitivo-comportamental em grupo e verificar sua eficácia em reduzir os sintomas obsessivo-compulsivos.

**Método:** Foi realizado um ensaio clínico não controlado com 32 pacientes portadores de transtorno obsessivo-compulsivo, no qual foi aplicado um protocolo de terapia cognitivo-comportamental em grupo, de 12 sessões semanais de duas horas, em cinco grupos sucessivos. Os pacientes foram avaliados pelas escalas Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), Hamilton Anxiety (HamA) e Hamilton Depression (HamD). Foram acompanhados por 3 meses após o término do tratamento.

**Resultados:** Houve redução significativa nos escores das escalas: Y-BOCS, HamA HamD com o tratamento independentemente de os pacientes estarem utilizando ou não anti-obsessivos. A resposta ao tratamento (redução  $\geq 35\%$  nos escores da Y-BOCS) foi de 78,1%. Dois pacientes (6,25%) abandonaram o tratamento. O tamanho do efeito calculado para a escala Y-BOCS foi de 1,75.

**Conclusões:** O presente estudo sugere ser a terapia cognitivo-comportamental em grupo eficaz na redução dos sintomas obsessivo-compulsivos, apresentando os pacientes uma boa adesão ao tratamento.

**Descritores:** transtorno obsessivo-compulsivo; terapia cognitivo-comportamental; terapia de grupo; terapia cognitivo-comportamental em grupo; ensaio clínico não controlado.

## SUMMARY

**Aims:** To develop a cognitive-behavior group therapy protocol and verify its efficacy in reducing obsessive-compulsive symptoms.

**Methods:** An open clinical trial with 32 obsessive-compulsive patients was performed, in which a cognitive-behavior group therapy protocol of 12 week sessions of two hours, in 5 successive groups, was applied. The severity of symptoms was rated by Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), Hamilton Anxiety (HamA) and Hamilton Depression (HamD) scales. The patients were followed by 3 months after the end of the treatment.

**Results:** There was a significant reduction in the scores of Y-BOCS, HamA and HamD scales with the treatment regardless the use of anti-obsessive medications use. The rate of improved patients (reduction  $\geq 35\%$  in the scores of Y-BOCS) was 78.1%. Two patients (6.25%) dropped out from the study. The effect size for the Y-BOCS scale was of 1,75.

**Conclusions:** This study suggests that cognitive-behavior group therapy reduces obsessive-compulsive symptoms. In addition, patients presented a good compliance.

**Keywords:** obsessive-compulsive disorder; cognitive-behavior therapy; group therapy; cognitive-behavior group therapy; open clinical trial.

## INTRODUÇÃO

A terapia com os Inibidores da Recaptação da Serotonina (IRS) e a terapia de exposição e prevenção de resposta (EPR) são considerados os tratamentos de primeira escolha no Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC)<sup>1</sup>. Com o uso dos IRS é usual uma redução parcial na intensidade dos sintomas, ao redor de 40 % variando de 23% a 61 %<sup>2-3</sup> sendo rara a remissão completa<sup>4-5</sup>. Muitos não toleram seus efeitos adversos, as recaídas após a interrupção são freqüentes, e ao redor de 20% não aceitam ou abandonam o tratamento<sup>6-7</sup>. A resposta aos IRS é pobre quando existem outras comorbidades associadas como tiques crônicos, transtorno do humor, transtornos cerebrais orgânicos, abuso de drogas ou psicoses<sup>5,8</sup>.

A terapia de EPR foi introduzida de forma sistemática na década de 70<sup>9-10</sup> sendo considerada eficaz em mais de 70% dos pacientes com TOC<sup>11</sup>. Entretanto a recusa e os abandonos são comuns, que somados podem chegar a 30% não sendo eficaz em aproximadamente a metade dos pacientes que iniciam e em 1/4 dos que completam o tratamento<sup>12-13</sup>. Estudos mostraram que respondem melhor os que apresentam predominantemente rituais<sup>14-15</sup> e que precocemente aderem às tarefas de casa<sup>16</sup>. A resposta é pobre em pacientes com sintomas graves, com predomínio de obsessões, com insight pobre sobre a doença, com convicções muito rígidas ou intensas sobre o conteúdo das obsessões, ou quando existem comorbidades associadas como depressão grave, transtornos de personalidade esquizóide, esquizotípica ou tiques<sup>13,14-20</sup>. Além disso, são ainda poucos os profissionais que utilizam a terapia de EPR em seus consultórios no tratamento do TOC.

Visando superar tais limitações tem sido propostas a associação à EPR, de técnicas cognitivas<sup>21-25</sup> e a abordagem em grupo<sup>26-31</sup>. Até recentemente a influência de crenças distorcidas na origem, manutenção e na gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos não era considerada, não sendo, portanto, abordada durante o tratamento. Vários autores, entretanto, têm descrito disfunções cognitivas no TOC, embora não específicas<sup>32</sup>, técnicas cognitivas para sua correção<sup>21-25</sup>, e verificado a relação de sua intensidade com a intensidade dos sintomas e os resultados da terapia de EPR<sup>19</sup>.

A terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) parte do pressuposto de que o acréscimo de fatores grupais como o compartilhamento de informações, a descoberta da universalidade dos problemas, a aquisição de esperança pela observação dos progressos dos

demais pacientes, o desenvolvimento do altruísmo, o desejo de auxiliar outras pessoas, a correção dos erros de avaliação através da observação do comportamento dos outros e a coesão grupal, proporcionariam diferentes tipos de aprendizagens, além de um maior comprometimento com as tarefas, em função dos compromissos assumidos perante o grupo<sup>33</sup>. Tais ingredientes poderiam melhorar a eficácia e a adesão à terapia de EPR, questões críticas na abordagem individual e ainda não adequadamente solucionadas. Teria ainda como vantagens adicionais a redução de custos e possibilitar o atendimento de um número maior de pacientes, aspectos de grande interesse institucional e social<sup>30-31</sup>.

Estudos iniciais, entretanto, deixaram dúvidas sobre a eficácia da TCCG na redução de sintomas obsessivo-compulsivos<sup>26</sup>. A maioria destes estudos foram ensaios clínicos não controlados, alguns deles com amostras pequenas. Além disso as técnicas utilizadas eram muito diversas: incluindo familiares ou não; associando técnicas cognitivas ou utilizando apenas EPR; o número de sessões variando de 7 a 25<sup>26-31</sup>, de tal forma que tornou-se difícil a comparação e a generalização dos seus resultados. Foi encontrado um único ensaio clínico controlado, de 24 sessões semanais, que concluiu por uma alta eficácia da terapia de EPR em grupo<sup>28</sup>. Em nosso país, o quanto é do nosso conhecimento, não tem sido realizados trabalhos utilizando a terapia de EPR em grupo, associada ou não a intervenções cognitivas, no tratamento do TOC.

Foram objetivos do presente estudo desenvolver um protocolo de terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) e verificar sua eficácia em reduzir os sintomas obsessivo-compulsivos.

## **MATERIAL E MÉTODO**

### **Delineamento do estudo**

Foi desenvolvido e aplicado um protocolo de terapia cognitivo-comportamental em grupo, de 12 sessões semanais de 2 horas, num ensaio clínico não controlado, do qual participaram 32 pacientes, em 5 grupos sucessivos fechados, com 5 a 8 participantes. Após o término do tratamento foram realizados ainda mais 3 encontros mensais de acompanhamento.

### **Seleção da amostra e avaliação inicial dos pacientes**

Os pacientes foram recrutados junto à população, através de palestras, entrevistas em radio ou televisão e anúncios em jornal oferecendo tratamento em grupo para portadores de TOC, ou dentre os que procuraram espontaneamente o Programa de Transtornos de Ansiedade (Protan) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A avaliação inicial constou de uma entrevista por um psiquiatra experiente mediante um roteiro estruturado, com a finalidade de estabelecer o diagnóstico de TOC de acordo com os critérios do DSM IV e da aplicação do instrumento diagnóstico M.I.N.I, versão brasileira<sup>34-35</sup>, para avaliar a presença de possíveis co-morbidades, e os demais fatores de inclusão e exclusão.

### **Critérios de inclusão e exclusão**

Para serem incluídos na pesquisa os pacientes deveriam: 1) ser portadores de TOC de acordo com os critérios do DSM IV; 2) caso estivessem utilizando anti-obsessivos, estar com dose estabilizada há pelo menos três meses; 3) ter idade entre 18 e 65 anos; 4) apresentar escores na Y-BOCS  $\geq 16$ ; 5) ter motivação, disponibilidade de tempo e comprometer-se em participar de 12 sessões de terapia cognitivo-comportamental em grupo.

Dentre os 43 pacientes avaliados e portadores de TOC, foram excluídos 11 por apresentarem: 1) depressão maior grave com risco de suicídio; 2) transtorno afetivo-bipolar; 3) transtornos de personalidade grave: borderline ou esquizotípico; 4) *deficits* cognitivos: retardo mental; 5) falta de motivação para o tratamento ou de disponibilidade de tempo para comparecer às sessões; 6) recusa do *setting* grupal; e 7) sintomas leves ( $\leq$  que 15 na Y-BOCS). A amostra constituiu-se de 32 pacientes, dos quais 30 completaram o tratamento e dois abandonaram. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Todos os participantes assinaram um termo de consentimento informado antes do início da pesquisa.

### **Escalas e instrumentos de avaliação**

Para avaliar os resultados foram utilizadas as seguintes escalas aplicadas no início, após a 4ª, 8ª, e 12ª sessões e no 1º, 2º e 3º mês após o término do tratamento:



**Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS)<sup>36</sup>:** avalia a intensidade dos sintomas obsessivo-compulsivos. É dividida em duas subescalas: para compulsões e obsessões, cada uma com cinco itens que podem ser utilizadas de forma independente. O escore total varia de 0 a 40.

**Hamilton para ansiedade (HAM-A)<sup>37</sup>:** É uma escala de 14 itens que avalia a intensidade dos sintomas de ansiedade. Cada item é pontuado de 0 a 4 com um máximo de 56 pontos.

**Hamilton para Depressão (HAM-D)<sup>38</sup>:** Foi utilizada a versão de 17 itens, cujos escores podem variar de 0 a 2 ou de 0 a 4, com um máximo de 52 pontos.

**Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)<sup>34-35</sup>:** É uma entrevista diagnóstica padronizada breve, compatível com os critérios do DSM IV e CID-X, cuja validade e confiabilidade foi amplamente testada. Foi utilizada a versão brasileira 5.0.0. Foi aplicada na avaliação inicial.

### **Avaliadores independentes**

As escalas, Y-BOCS, HAM-A e HAM-D foram aplicadas por 3 avaliadores independentes, residentes em Psiquiatria, que realizaram um treinamento prévio na sua aplicação, de aproximadamente dez horas, com o uso de entrevistas gravadas e entrevistas ao vivo com pacientes, realizadas por psiquiatras experientes e que, ao final do treinamento apresentavam elevada concordância entre si, nos escores.

### **Tratamento**

#### *Elaboração do protocolo e padronização da terapia*

Seguindo as linhas gerais propostas por vários autores<sup>27-28,30-31</sup>, arbitrou-se em 12 o número de sessões, definindo-se o conteúdo informativo, os exercícios de EPR e de correção de crenças disfuncionais para cada uma delas (Anexo 1). Foi desenvolvido e padronizado um protocolo denominado "Manual da Terapia" que sofreu pequenas modificações após os 2 primeiros grupos e foi aplicado em sua forma definitiva em outros 3, num total de 5 grupos. O protocolo contém informações gerais sobre o tratamento, roteiro e temas das sessões, folhas

para registro das tarefas semanais, exercícios de EPR e de correção de crenças disfuncionais para cada um dos encontros. Contêm ainda um texto informativo sobre o TOC, vários instrumentos como a *Y-BOCS Check list*, lista de comportamentos evitativos, escala para avaliação do desconforto subjetivo, gráficos de auto-monitoração, cópias de transparências, conceitos e listas de crenças disfuncionais: superestimar o risco e a responsabilidade, supervalorizar o poder do pensamento e a necessidade de controlá-lo, necessidade de ter certeza, perfeccionismo, e exercícios para sua correção<sup>21-25,32</sup>. Um conjunto de 64 lâminas foi utilizado como apoio às explicações psicoeducativas. O manual encontra-se à disposição através do contato com os autores do presente trabalho.

Nas primeiras sessões eram feitas demonstrações e exercícios de EPR ao vivo, como tocar em objetos considerados “sujos” ou “contaminados”: trincos de portas, dinheiro, sola dos sapatos, seringas, recipientes de venenos, lixo, brinquedos usados, sem a posterior lavagem das mãos. Ao longo de toda terapia a ênfase foi no uso de técnicas de EPR com a associação de técnicas cognitivas a partir da quarta sessão. Uma lista de lembretes foi desenvolvida para auxiliar os pacientes a distinguir os fenômenos obsessivo-compulsivos de outros fenômenos mentais, interromper rituais mentais ou ruminações obsessivas, ou mesmo rituais manifestos não precedidos de obsessões.

No tratamento de obsessões “puras” e ruminações obsessivas, usou-se a exposição a pensamentos considerados inaceitáveis ou “horrríveis”, mediante a evocação intencional, evitação de manobras para afastá-los ou neutralizá-los (compulsões mentais), redação de pequenas histórias “catastróficas” ou “horrríveis”, e leituras repetidas ou audição de fitas gravadas. As sessões eram iniciadas com o estabelecimento da agenda, seguida da revisão das tarefas individuais de casa, uma breve explicação de um tópico relativo ao TOC pelo coordenador e à terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG), estabelecimento individualizado das novas tarefas de casa, e encerradas com avaliação da sessão por todos os participantes. Como complemento às informações, foi estimulada a leitura adicional de livros e a visita a sites especializados na Internet([www.ufrgs.br/toc](http://www.ufrgs.br/toc)). As técnicas cognitivas foram utilizadas simultaneamente e como apoio às tarefas de EPR.

### *Técnicas grupais*

Na condução do grupo foi incentivado a participação de todos, a troca de experiências, informações, sugestões e auxílio recíproco na realização das tarefas, funcionando tais trocas em muitos momentos, como catarse e ocasião de instilar ou adquirir esperanças de vencer os sintomas e melhorar a auto-estima. O grupo oferecia ainda uma oportunidade de observar outros indivíduos com problemas semelhantes, descobrindo a universalidade do problema; de aprender por observação estratégias bem sucedidas de enfrentar medos e de imitá-los; de revisar parâmetros de normalidade e anormalidade, cuja avaliação muitas vezes fica comprometida no TOC e de por em dúvida crenças rígidas e supervalorizadas ao interagir com outros indivíduos com crenças distintas. Um fator adicional foi o vínculo e a coesão grupal que acabava estabelecendo-se entre os participantes, provocando encontros e telefonemas de apoio fora das sessões, aumentando a motivação para a realização das tarefas de casa e para o comparecimento às sessões<sup>29-31,33</sup>. Todos os grupos foram coordenados pelo mesmo terapeuta, auxiliado por uma co-terapeuta, que procuraram manter sempre um clima de cordialidade, descontração, confidencialidade, respeito e sigilo dos temas tratados, demonstrar entusiasmo com a terapia, estabelecer um vínculo pessoal com cada um dos participantes telefonando em casos de falta, mostrando-se disponíveis mesmo fora das sessões.

### *Controle da integridade do tratamento e adesão ao protocolo*

Um observador independente verificou o cumprimento do protocolo ao longo das sessões, registrando os temas tratados, intervenções e técnicas utilizadas, e a realização dos exercícios previstos. Eventuais falhas no cumprimento da agenda de uma sessão eram compensadas nas sessões seguintes, de tal forma que ao final do tratamento, o protocolo foi cumprido na sua integralidade.

### **Análise dos resultados**

Planejou-se realizar a análise da eficácia de tratamento de 3 formas: 1) mediante testes estatísticos verificar se houve ou não diferenças no grupo de pacientes comparando os escores no início com os apresentados ao final do tratamento; 2) calculando: a) o percentual de pacientes que responderam ao tratamento, isto é: apresentaram uma redução  $\geq 35\%$  nos

escores da escala Y-BOCS<sup>2</sup>; b) percentual de pacientes com sintomas  $\geq 15$  por ocasião da alta (nível considerado subclínico); 3) calculando o tamanho do efeito do tratamento<sup>39</sup>.

### **Análise estatística**

Foram incluídos na análise os dados dos 32 pacientes que se teve a intenção de tratar. Foram arrastados para o final do tratamento os dados da última medida, dos dois pacientes que abandonaram. Foram feitas análises estatísticas utilizando os seguintes testes: 1) ANOVA para Medidas Repetidas para verificar: a) se ocorreram diferenças nos sujeitos (variância dentro) levando em conta as variâncias nas 4 medidas realizadas ao longo das 12 semanas de tratamento; b) diferenças entre as médias dos escores em duas das 4 medidas: antes e ao final do tratamento; c) possíveis diferenças ao longo do tratamento (variância entre os sujeitos), em função do uso associado de anti-obsessivos; 2) teste t para amostras pareadas para comparar as médias ao final do tratamento e 3 meses depois. Estabeleceu-se como nível de significância um  $\alpha$  de 0,05 bi-caudal. Para realização dos cálculos estatísticos foi utilizada a versão 8.0 do SPSS.

## **RESULTADOS**

### **Características demográficas e clínicas dos pacientes**

A amostra foi composta por 32 sujeitos (22 mulheres e 10 homens), com uma média de idade de 39,5 anos ( $\pm 12,8$ ), com sintomas obsessivo-compulsivos a 23,6 anos em média ( $\pm 11,2$ ) iniciando-se em média aos 15 anos ( $\pm 6,64$ ); 68,8 % referiam um início insidioso e não relacionado a qualquer fator estressor; 31,3% dos pacientes classificaram o curso de sua doença como contínuo e sem flutuações; 56,3% como contínuo com flutuações; 6,3%, contínuo com deterioração e apenas 6,3% como episódico. Trinta pacientes completaram o tratamento e dois (6,2%) abandonaram: uma paciente com gravidez complicada após a 3ª sessão, e um paciente por troca de trabalho, após sétima sessão.

Mais da metade dos pacientes (56,2%), estavam utilizando drogas anti-obsessivas em períodos variáveis - 4 meses a 9 anos, quando iniciaram o tratamento. As medicações e doses em uso foram mantidas inalteradas durante o tratamento e os 3 meses de acompanhamento.

Os medicamentos em uso eram fluoxetina: 12 pacientes - 20 a 80 mg/dia (dose média: 45mg/dia  $\pm$  20,6 mg), 4 a 96 meses; clomipramina: 5 pacientes - 75 a 150mg/dia (dose média 95 mg/dia  $\pm$  32,6 mg), 9 meses a 12 anos; sertralina: 1 paciente - 50 /dia, 36 meses; 4 pacientes usavam uma combinação de clomipramina (75mg) e doses variadas de fluoxetina. Apesar de utilizarem anti-obsessivos, estes pacientes apresentavam sintomas obsessivo-compulsivos em nível ainda clinicamente relevante (média na Y-BOCS de 24,6  $\pm$  5,6), levemente mais elevado que o dos que não utilizavam (23,4 $\pm$ 4,6).

Quanto aos sintomas a maioria apresentava obsessões e compulsões associadas de diferentes tipos. Apenas um paciente apresentou obsessões não acompanhadas de compulsões, e um outro: compulsões sem obsessões. As obsessões mais intensas relacionavam-se com sujeira ou contaminação (37,5%), agressão (22%), dúvidas (17 %) e simetria (17 %). As compulsões mais freqüentes foram de limpeza/lavagem (47 %), repetições (25%) e verificações (19 %); 62,5% apresentava comportamentos evitativos e 23% lentidão obsessiva.

A maioria dos pacientes (72%) apresentava pelo menos uma comorbidade, sendo as mais comuns: depressão maior (22%) distímia (16 %), fobia social (12%), transtorno do pânico (9,4%) e transtorno de ansiedade generalizada (6,3 %).

### **Análise estatística da melhora clínica**

Na ANOVA para Medidas Repetidas para verificação de diferenças nos sujeitos durante o tratamento nas 4 medidas realizadas (início, 4<sup>a</sup>, 8<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup> semana) os valores de F e P foram: Y-BOCS (global) F(3,31)=57,6 e P<0,001; Compulsões: F(3,31)=47,5 e P=<0,001; Obsessões: F(3,31)=86,6 e P<0,001; HamA: F(3,31)=4,06 e P=0,009, e HamD: F(3,31)=2,46 e P=0,068 (não significativo). Nas comparações entre as médias dos escores iniciais e cada um dos pontos de medida foram observadas diferenças significativas na escala Y-BOCS, nas subescalas de obsessões e compulsões já na 4<sup>a</sup> semana. Nas escalas HamA e HamD, entretanto, as diferenças foram significativas apenas nas comparações entre os escores do início e do final do tratamento. Ou seja: na comparação entre os escores antes e ao final do tratamento, as diferenças foram significativas em todas as escalas.

Foi feita ainda uma comparação mediante o teste t para amostras pareadas entre os escores ao final das 12 semanas de tratamento e 3 meses depois, não tendo sido observadas diferenças significativas em nenhuma das escalas. As médias, desvios padrões e valores de P

antes, ao final, e 3 meses após constam da tabela 1. As médias e intervalos de confiança de 95% da escala Y-BOCS ao longo do tratamento estão na Figura 1. Observa-se, na figura, que já após as quatro primeiras semanas do tratamento ocorreu uma diminuição significativa nos valores, pois não há sobreposição entre os intervalos de confiança de 95% do início, e os da 4ª semana. Observa-se ainda que a variabilidade nas quatro medidas foi muito semelhante ao longo do tratamento

INSERIR AQUI A TABELA 1 (p. 152)

INSERIR AQUI A FIGURA 1 (p. 153)

### **Influência do uso associado de anti-obsessivos.**

Mais da metade dos pacientes usava medicamentos anti-obsessivos antes e seguiu utilizando durante o tratamento. O teste da ANOVA para Medidas Repetidas mostrou que não houve diferenças significativas nos resultados em função deste uso (fator entre os sujeitos) em nenhuma das escalas. Os valores de F, graus de liberdade e P foram na Y-BOCS total:  $F(1,30)=0,411$  e  $P=0,745$ ; Obsessões:  $F(1,30)=0,324$  e  $P=0,808$ ; Compulsões:  $F(1,30)=0,317$  e  $P=0,813$ ; HamA:  $F(1,30)=0,875$  e  $P=0,466$  e HamD:  $F(1,30)=0,0560$  e  $P=0,982$ .

### **Eficácia clínica**

Um total de 25 pacientes (78,1%) responderam à TCCG conforme o critério estabelecido previamente: redução  $\geq 35\%$  nos escores da Y-BOCS. Da mesma forma, de acordo com o segundo critério, 25 (78,1%) apresentavam ao final do tratamento, escores  $\leq 15$ , nível de sintomas considerado leve ou subclínico e usado como critério de exclusão neste e em outros estudos. O tamanho do efeito calculado de acordo com a fórmula de Cohen<sup>39</sup>, foi de 1,75 para a diferença entre os escores da escala Y-BOCS antes e depois do tratamento.

## **DISCUSSÃO**

Os resultados do presente estudo sugerem que a terapia cognitivo-comportamental em grupo de curta duração é eficaz em reduzir a intensidade dos sintomas obsessivo-compulsivos,

tanto obsessões como compulsões. Foi observada ainda uma redução nos sintomas de ansiedade e depressão, provavelmente em decorrência da melhora dos sintomas obsessivo-compulsivos e das limitações deles decorrentes.

O tratamento foi eficaz em 78,1 % dos pacientes tratados, conforme critério estabelecido, maior do que os índices de 51 a 60% observado em tratamentos farmacológicos, que utilizaram critério idêntico<sup>2</sup>. O tamanho de efeito foi de 1,75 superior aos referidos em metanálise recente<sup>7</sup>: de 0.99 para a terapia de EPR e de 1.09 para EPR associada a anti-obsessivos. Também foi superior aos referidos por outros estudos usando TCCG: de 0,79<sup>27</sup> e de 1,01<sup>31</sup> porém menor que 2,69<sup>28</sup>. Chamou ainda a atenção o baixo índice de abandonos: apenas 6,25%, quando é usual um índice maior, em geral ao redor de 20% podendo chegar a 30 %<sup>7,12</sup>.

O presente estudo se diferencia em relação aos anteriores em dois aspectos: o uso intensivo de técnicas cognitivas para correção de pensamentos e crenças disfuncionais, e por ter incluído pacientes com diferentes comorbidades, inclusive depressão, e com níveis elevados de sintomas obsessivo-compulsivos, fatos que poderiam explicar as diferenças observadas.

Além destas diferenças, mais da metade dos pacientes utilizava anti-obsessivos de longa data. Paradoxalmente apresentavam médias nos escores Y-BOCS antes do início do tratamento praticamente idênticas às dos pacientes que não utilizavam, e a resposta do tratamento foi semelhante os dois grupos. Estes resultados sugerem que a TCCG possa oferecer um benefício adicional para aqueles pacientes que obtém uma resposta parcial ou não respondem aos medicamentos, conclusão semelhante à de Simpsom e colaboradores<sup>40</sup>. É razoável se supor que a redução na intensidade dos sintomas, com o uso da TCCG ocorra por uma via diferente da obtida com os medicamentos, podendo os efeitos se complementarem.

Um pequeno grupo de 7 pacientes (21.9%) ao final do tratamento ainda apresentava sintomas em níveis clínicos (escores na escala Y-BOCS  $\geq$  16. Alguns tinham dificuldades em realizar as tarefas de casa, outros apresentavam idéias supervalorizadas ou crenças muito intensas e rígidas sobre suas obsessões. Como identificar previamente tais pacientes, como motivá-los a realizar as tarefas de casa e melhorar sua adesão ao tratamento? Foram adotadas várias estratégias neste sentido: telefonemas sempre que ocorriam faltas, oferecimento de auxílio a domicílio, por parte de companheiros de grupo, etc. O que diferenciaria o grupo dos

pacientes que rapidamente melhorou dos sintomas daquele que apresentou melhoras mínimas ou não melhorou? Uma possível explicação para tais diferenças é de que o TOC seja não apenas fenotipicamente, ou em nível fenomenológico uma doença heterogênea, mas que ocorram diferenças em nível da etiologia e da vulnerabilidade biológica individual, que influem na intensidade dos sintomas, rigidez das crenças e conseqüentemente nos resultados dos tratamentos. Talvez estes últimos constituam um grupo que demandaria um tempo de tratamento mais longo. Estas são, entretanto hipóteses e portanto questões em aberto, assim como há necessidade de novas estratégias que atuem sobre tais fatores e tornem tais pacientes permeáveis a mudanças.

Um outro aspecto a comentar foi a boa adesão dos pacientes ao tratamento. O índice de abandonos de 6,25% é inferior ao geralmente referido na literatura<sup>7,12</sup>, tanto para tratamentos farmacológicos como para a terapia individual. Na avaliação final a maioria referiu estar satisfeita com o tratamento, destacando como principais benefícios além da redução dos sintomas, ter adquirido mais conhecimentos sobre o TOC, as crenças distorcidas e aprendido estratégias para modificá-las. Tais aprendizagens teriam facilitado a adesão aos exercícios de EPR, considerados pelos próprios pacientes como os ingredientes cruciais para a eliminação de obsessões e rituais. Destacaram ainda o ambiente grupal, a observação dos demais, os vínculos estabelecidos, os estímulos, sugestões e o compromisso com o grupo como elementos importantes para o comparecimento às sessões e a realização das tarefas combinadas.

Finalmente é importante destacar a possibilidade de a TCCG ser uma modalidade de tratamento de melhor relação custo/benefício, ao possibilitar o acesso ao tratamento a um número maior de pacientes a um custo menor. No período de duas horas de uma sessão de grupo eram atendidos 8 pacientes, quando na terapia individual seriam atendidos apenas 2, numa relação de 1:4 ou de 1:5, caso os grupos fossem de 10 pacientes<sup>31</sup>.

A TCCG apresenta também algumas desvantagens: em primeiro lugar a dificuldade de agrupamento dos pacientes. Embora seja um transtorno altamente prevalente, em nosso meio, boa parte da população ainda desconhece a verdadeira natureza dos sintomas e a existência de tratamento. Em nível organizacional, entretanto, esta é uma alternativa interessante desde que adequadamente divulgada. Um segundo problema é o fato de alguns pacientes que apresentam fobia social, personalidade evitativa como co-morbidades, ou portadores de sintomas dos



quais se envergonhavam, tendem a recusar o tratamento em grupo. Também não é um enfoque adequado para pacientes com depressão ou ansiedade graves, ou com comorbidades como, Transtorno de Tourette, tiques crônicos, transtorno afetivo bipolar, psicoses, dependentes químicos, transtornos de personalidade esquizotípica, *borderline*, que exigem estratégias específicas<sup>8</sup> ou demandam muita atenção individual ou causam demasiada interferência na dinâmica grupal.

Generalizações dos resultados do presente estudo devem ser feitas com cautela. Dentre as limitações, deve-se destacar o fato de ser um estudo piloto não controlado, com avaliadores embora independentes, não cegos para a condição de tratamento dos pacientes. Os ensaios clínicos não controlados geralmente apresentam um tamanho de efeito maior que os estudos controlados, razão pela qual seria recomendável a realização de ensaios clínicos controlados, como forma de confirmar ou não os resultados do presente estudo.

## **CONCLUSÕES**

O presente estudo sugere que a terapia cognitivo-comportamental em grupo é eficaz na redução dos sintomas obsessivo-compulsivos, apresentando os pacientes uma boa adesão ao tratamento. Os resultados sugerem ainda que pacientes que não respondem ao tratamento com IRS podem apresentar uma boa resposta a esta modalidade de tratamento.

## **Agradecimentos**

À Dra. Michele T. Pato por nos ter proporcionado o contato inicial com a terapia cognitivo-comportamental em grupo e estimulado a presente pesquisa; a Mário B. Wagner e Ceres de Oliveira pelo apoio na análise estatística dos dados; ao Fundo de Incentivo à Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pelo apoio financeiro.

## REFERÊNCIAS

1. March JS, Frances A, Carpenter D, Kahn DA. The Expert Consensus Guidelines: treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1997; 58 (suppl.4):3-72.
2. De Veugh-Geiss, J.; Katz, R.; Landau, P. et al. CLOMIPRAMINE COLLABORATIVE STUDY GROUP: Clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 730-38.
3. Picinelli M, Pini S, Bellantuono C, Wilkinson G. Efficacy of drug treatment in obsessive-compulsive disorder - a meta-analytic review. *Brit J Psychiatry* 1995;166: 424-43.
4. Eisen JL, Goodman WK, Keller MB, Warshaw MG, De Marco LM, Luce DD, Rasmussen SA. Patterns of remission and relapse in obsessive-compulsive disorder: a 2 years prospective study. *J Clin Psychiatry* 1999; 60:346-51.
5. Pigott T, Seay S. Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder: overview and treatment-refractory strategies. In: Goodman WK, Rudorfer MV, Maser JD. *Obsessive-compulsive disorder - contemporary issues in treatment*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 2000. p. 277-02.
6. Pato MT, Zohar KM, Zohar R. Return of symptoms after discontinuation of clorimipramine in patients with obsessive-compulsive disorder. *Amer J Psychiatry* 1988; 145: 521-25.
7. Kobak KA, Greist, JH, Jefferson JW, Katzelnik DJ, Henk HJ. Behavior versus pharmacological treatments of obsessive-compulsive disorder. *Psychopharmacology* 1998; 136:205-16.
8. McDougle CJ, Epperson CN, Price LH. The role of neuroleptics in treatment-refractory obsessive-compulsive disorder. In: Goodman WK, Rudorfer MV, Maser JD. *Obsessive-compulsive disorder - contemporary issues in treatment*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 2000. p.371-92.
9. Marks IM, Hogdson 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.

10. Foa EB, Goldstein A. Continuous exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive neurosis. *Behav Res Therapy* 1978; 8: 821-29.
11. Abramowitz JS. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65: 44-52.
12. Marks IM, O Sullivan G. Drugs and Psychological treatments for agoraphobia/panic and obsessive-compulsive disorders? A review. *Brit J Psychiatry* 1988; 153: 650-658.
13. Spiegel DA. Combined drugs and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder: early findings. In: Goodman WK, Rudorfer MV, Maser JD. *Obsessive-compulsive disorder - contemporary issues in treatment*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 2000. p.485-99.
14. Basoglu M, Lax T, Kasviskis Y, Marks IM. Predictors of improvement in obsessive-compulsive disorder. *J Anx Disord* 1988; 299-17.
15. Jenike MA. Predictors of treatment failure. In: Jenike MA, Baer L, Minichiello WE *Obsessive-compulsive disorders: theory and management*. Chicago: Year Book Medical Publ. Inc., 2. ed.; 1990.
16. Araújo LA, Ito LM, Marks IM. Early compliance and other factors predicting outcome of exposure for obsessive-compulsive disorder: results from a controlled study. *Br J Psychiatry* 1996; 169:747-52.
17. Kozak MJ, Foa EB. Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Therapy* 1994; 32:343-53.
18. Ito LI, De Araújo LA, Hemsley DR, Marks IM. Beliefs and resistance in obsessive-compulsive disorder: observations from a controlled study. *J Anx Disorders* 1995; 9: 269-81.
19. Neziroglu FA, Stevens KP, Yaryura-Tobias JA. Overvalued ideas and their impact on treatment outcome. *Rev Bras Psiquiat* 1999; 2: 209-16.
20. Ger P, Keijers, J, Cees AL, Hoggduin L, Cas P, Schaap DR. Predictors of treatment outcome in the behavioural treatment of obsessive-compulsive disorder. *Brit J Psychiatry* 1994; 165: 781-86.

21. Salkovskis PM. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1999; 37:s29-52.
22. Salkovskis PM, Richards C, Forrester E. Psychological treatment of refractory obsessive-compulsive disorder and related problems. In: Goodman WK, Rudorfer MV, Maser JD. *Obsessive-compulsive disorder - contemporary issues in treatment*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 2000. p.201-22.
23. Van Oppen P, Arntz A. Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1994; 33: 79-87.
24. Freeston MH, Rheume J, Ladouceur R. Correcting faulty appraisal of obsessional thoughts . *Behav Res Ther* 1996; 34: 433-46.
25. Freeston MH, Ladouceur R, Gagnon F, Thibodeau N, Rhéaume J, Letarte H, et al. Cognitive-behavioral therapy treatment of obsessive-compulsive thoughts: a controlled study. *J Clin Cons Psychol* 1997; 65: 405-13.
26. Enright SJ. Group treatment for obsessive-compulsive disorder: an evaluation. *Behavioral Psychother* 1991; 19:183-92.
27. Krone KP, Himle JA, Ness RM. A standardized behavioral group treatment program for obsessive-compulsive disorder: preliminary outcomes. *Behav Res Ther* 1991; 29: 627-31.
28. Falls-Stewart W, Marks AP, Schafer J. A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *The J Nerv and Mental Dis* 1993; 181: 189-93.
29. Kobak KA, Rock AL, Greist, JH. Group behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *The Journal for Specialists in Group Work* 1995; 20: 26-32.
30. Van Noppen B, Steketee G, Mc Corkle MA, Pato M. Group and multifamily behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: a pilot study. *J Anxiety Disorders* 1997; 11: 431-46.
31. Van Noppen B, Pato M, Marsland R, Rasmussen SA. A time-limited behavioral group for treatment of obsessive-compulsive disorder. *The J Psychother Practice and Res* 1998; 7: 272-80.

32. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group - Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder - *Behav Res Ther* 1997; 9: 237-47.
33. Vinogradov S, Yalom ID. *Concise guide to group psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press, Inc; 1989.
34. Sheehan D, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janvas P, Weiller E, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview (MINI) for DSM IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(suppl 20):22-33.
35. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 22:106-15.
36. 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.
37. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959; 32: 50-5.
38. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurology Neurosurgery and Psychiatry* 1960; 23: 56-61.
39. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates;1988.
40. Simpsom BH, Gorfinkle KS, Liebowitz MR. Cognitive-behavioral therapy as and adjunct to serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder: an open trial. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 584-90.

## **ANEXO 1. ROTEIRO DAS SESSÕES da TCCG**

### **Sessão 1 - apresentação do programa e dos participantes; identificação dos sintomas do TOC**

Apresentação dos objetivos da TCCG, dos participantes, da equipe e entrega do material (Manual, folheto). Sintomas, epidemiologia, etiologia e o impacto na vida pessoal e familiar do TOC. Exercícios práticos de identificação de obsessões, compulsões e evitações através da Y-BOCS *Check list* e lista de evitações. Tarefas de casa: leitura de folheto explicativo e elaboração de lista dos sintomas.

### **Sessão 2 - Os princípios da terapia de exercícios de exposição e prevenção da resposta (EPR)**

Revisão dos temas de casa, esclarecimento de dúvidas. O modelo comportamental do TOC: a origem das obsessões e compulsões; a relação funcional entre ambas, e manobras de neutralização. Revisão das listas de sintomas; exercícios exposição e prevenção da resposta no grupo a objetos contaminados, quantificação da ansiedade sentida. Tarefa para casa: elaboração final da lista de sintomas em função do grau de ansiedade associada.

### **Sessão 3 - Os princípios da terapia de EPR (continuação)**

Revisão das listas individuais de sintomas e discussão. A terapia de exposição e prevenção da resposta e a habituação. Demonstrações (modelação) e repetição dos exercícios práticos de EPR: tocar em objetos contaminados, evocar pensamentos “ruins”. Escolha de tarefas individualizadas de EPR para realizar a domicílio.

### **Sessão 4 - O modelo cognitivo do TOC**

Revisão das tarefas de casa. O modelo cognitivo, as crenças disfuncionais mais comuns no TOC. Exercícios de identificação e registro de pensamentos automáticos e crenças disfuncionais. Tarefas de casa de EPR, e de identificação e registro de crenças e pensamentos disfuncionais.

### **Sessão 5 - Disfunções cognitivas e sua correção**

Revisão das tarefas de casa. Crenças envolvendo avaliação exagerada do risco e da responsabilidade e técnicas de correção. Tarefas de casa: novas metas de EPR; exercícios de

correção de crenças disfuncionais envolvendo avaliação excessiva da responsabilidade e do risco; testes comportamentais, uso de lembretes.

### **Sessão 6 - Disfunções cognitivas e sua correção**

Revisão das tarefas de casa. Crenças envolvendo exagero do poder do pensamento, da necessidade de controlá-lo, de ter certeza, e perfeccionismo. Técnicas de correção. Exercícios no grupo e para casa de EPR e de correção de crenças disfuncionais.

### **Sessão 7 - O TOC e o impacto na família**

Sessão com pacientes e familiares. Apresentação dos participantes. Explicação: o que é o TOC, seus sintomas, epidemiologia, causas e tratamento. Interferências na família, nas relações interpessoais e no trabalho. Depoimento dos participantes e de seus familiares. Atitudes que auxiliam ou prejudicam o portador de TOC

### **Sessão 8 - Replanejamento das tarefas de EPR e cognitivas.**

Escalas de auto-monitoramento, e novas tarefas de EPR e cognitivas para casa.

### **Sessões 9, 10, 11 - Revisão e reforço das estratégias de EPR e cognitivas. Prevenção de recaídas.**

Identificações de situações de risco, gatilhos, vigilância e lembretes. Revisão no grupo dos gráficos de auto-monitoramento, dos exercícios individuais de EPR e cognitivos.

### **Sessão 12 - Última sessão.**

Avaliação do tratamento, revisão e reforço das estratégias para prevenir recaídas, recursos da comunidade, combinação dos encontros de revisão.

**Tabela 1.** Médias dos escores, desvios padrões e valores de P, nas escalas Y-BOCS, HamA, HamD, no início, ao final, e 3 meses após o tratamento (n=32)

	<b>Início</b>	<b>Final</b>	<b>3 meses depois</b>		
	<b>Média (<u>±</u>DP)</b>	<b>Média (<u>±</u>DP)</b>	<b>P**</b>	<b>Média(<u>±</u>DP)</b>	<b>P***</b>
<b>Y-BOCS (total)</b>	24 (5,3)	11,4 (6,2)	<0,001*	11,5 (8,7)	0,933
<b>Obsessões</b>	11,9 (3,1)	5,8 (3,3)	<0,001*	5,7 (4,6)	0,823
<b>Compulsões</b>	12,2 (2,6)	5,6 (3,5)	<0,001*	5,8 (4,4)	0,690
<b>HamA</b>	12,7 (9,3)	9,1 (7,7)	0,007*	8,9 (6,3)	0,861
<b>HamD</b>	9,8 (6,4)	7,3 (7,5)	0,021*	6,9 (6,9)	0,710

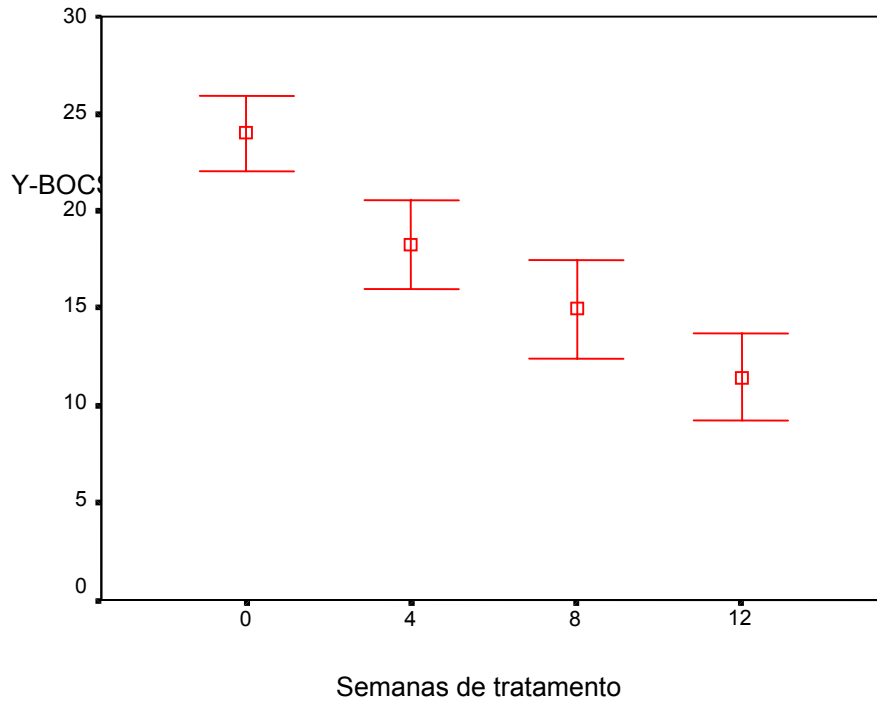
\* $\alpha \geq 0,05$ ; gl 1,30.

\*\*Valores de P para as diferenças de médias entre os escores no início e ao final do tratamento: teste ANOVA para Medidas Repetidas.

p\*\*\* Valores de P (gl 31) para as diferenças de médias entre o final e o 3<sup>o</sup> mês após o tratamento: teste t para amostras pareadas.



**Figura 1.** Médias e intervalos de confiança de 95% dos escores da escala Y-BOCS durante o tratamento.



**Artigo 4A**

**“Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a  
randomized clinical trial”**

**(submetido para publicação no exterior)**

## **COGNITIVE-BEHAVIORAL GROUP THERAPY IN OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER: A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL**

**Short Title:** Cognitive-Behavioral Group Therapy in OCD

**Authors:**

Aristides Volpato Cordioli<sup>1</sup>, Elizeth Heldt<sup>2</sup>, Daniela Braga Bochi<sup>3</sup>, Regina Margis<sup>2</sup>, Marcelo Basso de Sousa<sup>2</sup>, Juliano Fonseca Tonello<sup>2</sup>, Gisele Gus Manfro<sup>2</sup>, Flavio Kapczinski<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychiatry, Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil; <sup>2</sup>Anxiety Disorders Program, Hospital de Clínicas Porto Alegre, Brazil; <sup>3</sup>Post-Graduate Program in Medical Sciences: Psychiatry, Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil.

**Institution:**

Anxiety Disorders Program  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
Department of Psychiatry,  
Federal University of Rio Grande do Sul - Porto Alegre - Brazil

**Correspondence and proofs:**

Aristides Volpato Cordioli  
Department of Psychiatry  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Rua Ramiro Barcelos, 2350, Room 400N  
CEP - 90035-903 - Porto Alegre, RS - Brazil  
Email: [acordioli@terra.com.br](mailto:acordioli@terra.com.br)  
Phone: +55-51-3316-8294 Phone/fax: +55-51-3316-8493

## COGNITIVE-BEHAVIORAL GROUP THERAPY IN OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER: A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL

### Abstract

**Background:** The present study was designed to verify the efficacy of cognitive-behavioral group therapy (CBGT) in reducing obsessive-compulsive symptoms, the intensity of overvalued ideas and in improving the patient's quality of life. **Methods:** Forty-seven patients meeting DSM-IV criteria for Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) were randomly assigned to either 12 weekly CBGT sessions or a waiting-list (control group). Treated patients were followed for three months. **Results:** There was a significant reduction in the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) ( $p < 0.001$ ), in the National Institute of Mental Health Obsessive-Compulsive Scale (NIMH-OC) ( $p < 0.001$ ), in the Overvalued Ideas Scale (OVIS) ( $p < 0.001$ ), and a significant improvement in the quality of life in the four domains of the World Health Organization Quality of Life Assessment Scale (WHOQOL-BREF): physical ( $p < 0.001$ ), psychological ( $p = 0.017$ ), social ( $p = 0.018$ ) and environmental ( $p = 0.04$ ). No significant reduction was found in Hamilton Rating Scale for Anxiety (HamA) ( $p = 0.111$ ) and Hamilton Rating Scale for Depression (HamD) ( $p = 0.271$ ). The concomitant use of anti-obsessional medications did not influence the results. The rate of improved patients was 69.6% in the treated group and 4.2% in the control group ( $p < 0.001$ ). The therapeutic gains were maintained and an additional reduction in symptoms was observed in the 3 month follow-up period. **Conclusions:** The results suggest that CBGT is effective in reducing the intensity of OCD symptoms, the overvalued ideas and improves the OCD patient's quality of life in a short period of time.

## **INTRODUCTION**

Behavior therapy of Exposure and Response Prevention (ERP) and pharmacotherapy are the treatments of choice for obsessive-compulsive disorder (OCD)[1]. Many patients, however, do not adhere to ERP, drop-outs are common, and the response is poor when obsessions are not followed by rituals, and when the beliefs about obsessions are overvalued. On the other hand, partial reduction of symptoms, side effects, and frequent relapses are the limitations of drug therapy.

Cognitive techniques [2-5] and group therapy [6-8] have been proposed to enhance response and adherence to psychotherapy and make it available to a greater number of patients at a lower cost. Few controlled studies, however, have assessed the efficacy of group treatment approach so far. Falls-Stewart et al.[7] showed that behavioral group therapy was as effective as individual behavior therapy in reducing OCD symptoms. McLean et al.[9] compared cognitive group therapy with ERP group therapy. ERP was marginally more effective than cognitive group therapy at the end of treatment and at 3-months follow-up. Controlled studies using both approaches in group at the same time were not found.

### **Objectives**

The primary goal of our study was to verify the efficacy of cognitive-behavioral group therapy (CBGT) in reducing OCD symptoms. The secondary goal was to verify the efficacy of CBGT in reducing the intensity of overvalued ideas, improving the quality of life, and also evaluate if the concomitant use of anti-obsessional medication influence the results.

## **METHOD**

### **Study design**

The study was carried out using a single-blinded, parallel group design. Subjects were randomly allocated to CBGT or to control groups using a computer-generated list of random

numbers provided by an independent statistician. The random allocation was remotely done by a researcher not involved in the clinical trial.

## **Subjects**

Subjects were recruited by means of advertisements on local radios, TV programs and newspapers. The initial evaluation was performed by an experienced psychiatrist using a structured clinical interview and the diagnostic instrument Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Lecrubier et al. [10]; Amorin [11]).

Inclusion criteria were: OCD diagnosis according to DSM-IV criteria; age between 18 and 65 years; Y-BOCS scores  $\geq 16$ ; no use of anti-obsessional medication or use of a stable dose for at least three months before entering the study; willingness to participate in 12 CBGT sessions. Sixty-five patients were evaluated to entering the study: 47 were selected and 18 excluded. The reasons for exclusions were: depression with suicide risk (n=2), OCD initiated after traumatic brain injury (n=1), severe social phobia (n=2), mental retardation (n=1), severe anorexia nervosa (n=1), severe personality disorders (n=2), scores  $< 16$  in Y-BOCS scale (n=3). Six patients, although suitable, refused the treatment. Of the 47 selected patients, 23 were assigned to treatment with CBGT during 12 weeks and 24 to a waiting-list (control group) during the same period. Two patients (4.3%) dropped out: one from the treatment group, after the third session, because he had severe symptoms of anxiety during ERP homework exercises, and one from the control group, who did not attend the final evaluation. The study was approved by the local Ethics Committee. Written informed consent was obtained from all patients before entering the study.

## **Assessment**

The following scales were used to evaluate outcomes:

**The Y-BOCS** [12] was used to assess the intensity of OCD symptoms. It comprises 10 questions: five for obsessions and five for compulsions, with scores from 0 to 4 (range: 0 to 40).

**National Institute of Mental Health Obsessive-Compulsive Scale (NIMH-OC)** was used to assess the global severity of OCD symptoms. Range: 1 to 15 divided into five subscales: minimal, subclinical, clinical, severe and very severe [13].

**Hamilton Rating Scale for Anxiety (HamA)** was used to measure the severity of anxiety symptoms (range: 0 to 56)[14].

**Hamilton Rating Scale for Depression (HamD)** The version with 17 items was used for measuring the severity of depressive symptoms (range:0 to 52) [15]

**Overvalued Ideas Scale (OVIS)** was used to measure the intensity, rigidity and insight of related beliefs. It consists of 10 analog subscales, with 10 points each. The final score is divided by 10 (range: 0-10)[16].

**World Health Organization Quality of Life Assessment - Abbreviated Version (WHOQOL-BREF)** was used to assess four domains of quality of life: physical, psychological, social and environmental. An SPSS program calculate the final scores in each domain.

Patients of both groups were rated by three independent raters, blinded for patient group allocation, before the beginning of the treatment and after the fourth, eighth and twelfth sessions, except for WHOQOL-BREF, which was self-applied in the beginning, at the end of treatment, and at follow-up. In addition, treated patients were evaluated in the first, second and third months post-treatment.

## **Procedures**

The study was conducted in three successive periods of 12 weeks, with one treatment and one parallel control group at each time. Groups had eight patients each, except for one treatment group that had seven participants. All sessions were conducted by the same therapist assisted by a co-therapist both specialized in psychiatry and with experience of ten years at least in CBT. Patients in the control group were offered the same treatment after the waiting period, but these data were not included in the present study.

The treatment emphasized psycho-education, ERP techniques [17-19]); cognitive techniques to change dysfunctional beliefs [2-5,19]), and group techniques[8,20-22].

CBGT consisted of 12 two-hour sessions, carried out once a week according to a protocol previously tested [23]. The treatment opened with a presentation of OCD symptoms, the rationale of ERP therapy, the treatment targets, followed by demonstrations and practical ERP exercises. In the subsequent sessions explanations were given about common dysfunctional beliefs in OCD [24], cognitive techniques for their corrections [2, 3, 19, 25], followed by practical exercises of ERP and cognitive restructuring. At the end of each session, homework exercises were assigned to each patient. In the final sessions the focus was on strategies for relapse prevention. The control waiting list patients were not given any information or expectations of improving or not during the waiting period.

## **Statistics**

Baseline data were compared between groups in relation to demographic variables, severity of symptoms, quality of life, and use of anti-obsessional medication with a *t* test for continuous variables, and with the chi-square test for nominal variables. Outcome variables were assessed in both groups using repeated measures ANOVA with the scores obtained at four different moments along the treatment. In the treatment group, 23 patients were scored at baseline, and 22 patients at the 4<sup>th</sup>, 8<sup>th</sup> and 12<sup>th</sup> weeks; 24 patients in the control group were evaluated at baseline, at the 4<sup>th</sup>, 8<sup>th</sup> weeks, and 23 at the 12<sup>th</sup> week. The last-observation-carried-forward approach was adopted for continuous data. The chi-square test was used for dichotomic data (improved *versus* non-improved). A criterion for improvement was the reduction of  $\geq 35\%$  in the Y-BOCS [24] at the end point. An intention-to-treat approach was used for patients who dropped out labeled as non-improved. Significance level was set at  $\alpha \leq 0.05$  (two-tailed).

## **RESULTS**

### **Baseline data**

The sample included 24 women and 23 men; mean age was 36.5 years (standard deviation – SD=12.8). Patients had symptoms for a mean of 21.1 years (SD=11.2); mean age



at onset was 14.7 years (SD=6.64). Onset was gradual and not related to any stressing factor in 70.2% of the cases.

Twenty-one patients (44.7%) – 10 in the treatment group and 11 in the control group – were using and stabilized in anti-obsessional drugs in variable doses and for different periods of time (from three months to 12 years, mean=20 months, SD=24.4 months). Medication and doses were not different between the two groups and were not modified during the treatment as in the three-month follow-up. The medication used was clomipramine in seven patients (75 to 250 mg/day, mean=142.5 mg/day), fluoxetine in 10 patients (20 to 80 mg/day, mean=47 mg/day), sertraline in two patients (50 and 100 mg/day), and paroxetine in two patients (20 and 60 mg/day).

No significant differences were observed at baseline between the treated and the control groups regarding gender, age, OCD duration, age at onset, scores assessing severity of OCD, anxiety, depression, overvalued ideas and quality of life. Patients using anti-obsessional medication (n=21) were homogeneously distributed between the two groups and presented slightly higher Y-BOCS mean scores at baseline; however, these differences were not significant. Mean Y-BOCS scores were 28.7 (SD=4.5) in the treatment group and 26.4 (SD=5.6) in controls ( $t=1.005$ , degrees of freedom – d.f.=19,  $p=0.328$ ). Mean Y-BOCS scores in patients without medication (n=26) were 25.2 (SD=4.7) in the treatment group and 23.2 (SD=4.5) in the control group ( $t=1.066$ , d.f.=24,  $p=0.297$ ).

### **Treatment effects**

Repeated measures ANOVA showed a significant interaction between time and treatment for the following outcome variables: Y-BOCS ( $F=14.01$ , d.f.=3.45,  $p<0.001$ ); Y-BOCS Compulsions subscale ( $F=6.38$ , d.f.=3.45,  $p<0.001$ ); Y-BOCS Obsessions subscale ( $F=10.88$ , d.f.=3.45,  $p=0.001$ ); OVIS ( $F=11.06$ , d.f.=3.45,  $p<0.001$ ); NIMH-OC ( $F=13.7$ , d.f.=3.45,  $p<0.001$ ). No significant interaction between time and treatment was found in HamA ( $F=2.04$ , d.f.=3.45,  $p=0.111$ ) and HamD ( $F=1.3$ , d.f.=3.45,  $p=0.271$ ). In the 8<sup>th</sup> week the improvement of the treated group was significantly higher compared to the waiting list in the Y-BOCS, subscales of Obsessions and Compulsions and in the NIMH-OC rating scales. Improvement was also statistically significant in the 12<sup>th</sup> week of treatment according to the OVIS rating scale. Mean Y-BOCS scores in the four measurements points are presented in

Figure 1. Baseline and end point scores in the control and in the treated group are presented in Table 1.

INSERT FIGURE 1 HERE

INSERT TABLE 1 HERE

### Clinical relevance

The rate of improved patients (reduction of  $\geq 35\%$  in Y-BOCS) was 69.6% in the treated group and 4.2% in the control group ( $\chi^2=21.757$ , d.f.=1,  $p<0.001$ ). Improvement odds ratio for treated patients was 16.69 (95% confidence interval = 2.2-115.9), and for controls, 0.318 (95% confidence interval = 0.17-0.592); 47.8% of patients presented a subclinical or mild level of symptoms (Y-BOCS  $<16$ ) at the end point, and none was from the control group. The effect size of treatment on Y-BOCS, calculated according to the following formula:

$$ES = \frac{x_2 - x_1}{\sqrt{s_1^2 + s_2^2 - 2r_{12}s_1s_2}}$$

Where  $x_1$ =pre-scores;  $x_2$ =post-scores;  $s_1$ =standard deviation of pre-scores;  $s_2$ =standard deviations of post-scores;  $r_{12}$  = Pearson correlation between pre- and post-scores [apud 27], was 1.33 in the treated group and 0.43 in the control group.

### Associated use of anti-obsessional medication

No significant differences were observed at the end point between treated patients and controls in relation to the concomitant use of anti-obsessional medications. Final Y-BOCS scores, means,  $t$  and  $p$  values were as follows: 1) treated patients: with medication: mean=16.0 (SD=9.6); without medication: mean=14.4 (SD=6.4) ( $t=0.485$ , d.f.=21,  $p=0.633$ ); 2) controls: with medication: mean=25.2 (SD=6.2); without medication: mean=21.5 (SD=4.4) ( $t=1.723$ , d.f.=22,  $p=0.099$ ). Differences in the other variables were not significant either.

## Follow-up

At the end of the 12 weeks of treatment, 22 treated patients were followed for three months. Post-treatment mean scores were compared to the scores obtained at follow-up (two-tailed *t*-test). A significant reduction in Y-BOCS, Y-BOCS Obsessions subscale and OVIS rating scales was observed (Table 1). On the other hand, the rate of patients presenting a reduction of  $\geq 35\%$  in Y-BOCS increased from 69.6% at the end of treatment to 73.9% three months later, and the rate of patients with mild or subclinical symptoms ( $< 16$  in Y-BOCS) increased from 47.8% to 65.2% in the same period. These results suggest that therapeutic gains were maintained and that an additional reduction in symptoms occurred during the three-month period of follow-up. This effect was particularly evident for obsessions and overvalued ideas.

## DISCUSSION AND CONCLUSIONS

The results of the present study show that CBGT reduces the intensity of obsessive-compulsive symptoms. In addition, reduces the intensity of overvalued ideas and improves the quality of life of OCD patients. None of those improvements was observed in the control group. A three-month follow-up of the treated group showed that a further improvement occurred after the end of treatment, with a greater number of patients being considered improved (from 69.6% to 73.9%) and with mild or subclinical symptoms (from 47.8% to 65.2%). These results suggest that the effects of CBTG are stable, and that further therapeutic effects may develop over time.

The 69.6% rate of improved patients was higher than that observed with pharmacological treatment using similar criteria – 51 to 60% [26]. The calculated effect size was 1.33, which is higher than the results reported by recent studies: 0.82 for serotonin reuptake inhibitors, 0.99 for ERP therapy, and 1.07 for ERP associated with anti-obsessional medication [28]; 0.79 [6] and 1.01 for CBGT open trials [21]. The effect size of the present study was smaller than the 2.10 achieved by Falls-Stewart *et al* [7, 8]. This may be due to the fact that there were some important differences between the two studies: we included patients with severe symptoms (30% of patients had initial scores  $\geq 30$  in Y-BOCS); our initial mean score was 26.7, compared to 22.1 in Falls-Stewart *et al* study [7]; we used only 12 weekly

sessions and included patients with major depression and several comorbidities, while in the study of Falls-Stewart *et al* such patients were excluded, and sessions were held twice a week (total of 24 sessions). In addition, in the present study, cognitive therapy was used in association with ERP techniques.

The associated use of medication was maintained during our study, and apparently did not influence the results. No differences were observed in the two groups at the end point in relation to the concomitant use of anti-obsessional drugs. The small subsamples of patients with and without medication and the low doses used by some of our patients, eventually not appropriated, limit the generalization of the results of the present study. On the other hand, a significant reduction in the symptoms of patients who had not satisfactorily responded to previous treatments with anti-obsessional medications was observed. This fact is in agreement with the results recently described by Simpsom *et al* [29], who verified a reduction in OCD symptoms after cognitive-behavior therapy in patients who remained symptomatic even while using medication at appropriate doses and time. So, the present results suggest that CBGT promotes further clinical benefits to patients already being treated with drugs and can be added to pharmacotherapy in the beginning or at any moment of the treatment. It is possible that the reduction of symptoms achieved by this method occurs in a different way from that obtained with the use of medication: changes in serotonergic function. Cognitive-behavior therapy acts in the correction of faulty learning, rituals and avoidance behavior neutralizing or reducing anxiety associated with obsessions, changing dysfunctional beliefs, considered to have an important role in the etiopathogenesis, maintenance and relapse prevention of the disorder [19].

We observed a reduction in the intensity of overvalued ideas during treatment, as well as during the follow-up period. The intensity of obsessions was also lower at follow-up – this aspect was not addressed in previous studies on CBGT. Although obsessions were considered difficult to treat with ERP techniques, more recently positive results have been reported with the use of individual cognitive therapy [5] as with behavior therapy [30, 31]. Our results show that these improvements also occur with CBGT, and are possibly favored by the intensive use of cognitive techniques, which were considered very useful by the patients at the end of treatment. In spite of such benefits, cognitive techniques are not often used in OCD therapy in the present days.

Even though our patients presented a significant reduction in symptoms, from a moderate/severe to a mild/subclinical level at the end of treatment, over 50% remained symptomatic. These patients usually did not do their homework exercises due to intense beliefs regarding the danger of doing exposure and response prevention. It is possible also, that intense beliefs per se might not have reduced homework, but rather could reflect more severe OCD and so more discomfort during ERP which could diminish the amount of homework done. Evidence suggests that OCD is a heterogeneous disease, with differences in individual biological and psychological susceptibility, in the clinical presentations and in the severity of symptoms. These differences may influence adherence and response to treatment [32]. How to cope with these difficulties remains a challenge in clinical practice and an issue not completely clarified.

Our results showed improvement in the quality of life in the four domains evaluated by WHOQOL-BREF, probably as a consequence of the overall reduction in symptoms achieved with the therapy. As far as we know, our study is one of the first to confirm improved quality of life in OCD patients after CBGT. This aspect must be taken into account when the cost-benefit ratio of this kind of treatment is considered.

Another aspect that must be emphasized is the high level of session attendance observed in our study: only one patient dropped out in the treated group (4.3%). Usually, from 5 to 30% of patients refuse to start or do not complete an adequate trial [33], and the estimated drop-out rate for individual ERP therapy in a recent meta-analysis was 16.7% [28]. It is possible that unique therapeutic factors found in group treatment, such as universality by the realization that other people have the same problems, interpersonal learning through observation, and altruism by offering and receiving support, and especially group cohesiveness, increases the patients' motivation to do homework exercises and the adherence to treatment [20-22].

Finally, it is important to highlight the cost-effectiveness of CBGT, compared with individual psychotherapy, especially in public health care services, since it enables the treatment of a greater number of patients during a short period of time.

In conclusion, our data suggest that CBGT of 12 weekly sessions reduces OCD symptoms and overvalued ideas, improves quality of life in a stable way and enables the simultaneous treatment of a greater number of patients, at lower costs. Suggest also that

patients who do not respond to anti-obsessional medication in a satisfactory way may have an additional gain from CBGT.

### **Acknowledgement**

The study was supported by the FIPE of the Hospital de Clínicas of Federal University of Rio Grande do Sul. Authors of this paper have no conflicts of interest relevant to the information presented here.

## REFERENCES

1. March JS, Frances A, Carpenter D, et al The Expert Consensus Guideline Series - treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1997; 58 (suppl. 4): 13-72.
2. Salkovskis PM: Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioral analysis. *Behav Res Ther* 1985; 23: 571-583.
3. Van Oppen P, Arntz A: Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1994; 32:79-87.
4. Freeston MH, Rhéaume J, Ladouceur R: Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behav Res Ther* 1996; 34: 433-446.
5. Freeston MH, Ladouceur R, Gagnon F, Thibodeau N, Rhéaume J, Letarte H, Bujold, A: Cognitive-behavioral therapy treatment of obsessive-compulsive thoughts: a controlled study. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65: 405-413.
6. Krone KP, Himle JA., Nesse RM: A standardized behavioral group treatment program for obsessive-compulsive disorder: preliminary outcomes. *Behav Res Ther* 1991; 29, 627-631.
7. 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; 181:189-193.
8. 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: 431-446.
9. McLean PD, Whittal, ML, Söchting I, Koch WJ, Paterson R, Thordarson DS, Taylor SM, Anderson K: Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol* 2001, 69: 205-214.
10. Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP, Sheehan D, Janavs J, Baker R, Sheehan KH, Knapp E, Sheehan M: The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview (MINI) for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (suppl. 20): 22-33.

11. Amorim P: Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2000; 22:106-115.
12. Goodman WK, Price LH, Rasmussen AS, Mazure R, Fleishman R, Hill C, Heninger G, Charney D: The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1006-1016.
13. Jenike MA, Baer L, Minichiello W E: *Obsessive-compulsive disorders: theory and management* (2nd edn). Chicago: Year Book Medical Publishers, Inc. 1990, p.408
14. Hamilton M: The assessment of anxiety states by rating. *Brit J Med Psychology* 1959; 32: 50-55.
15. Hamilton M: A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23: 56-61.
16. Neziroglu FA, Stevens KP, Yaryura-Tobias JA: Overvalued ideas and their impact on treatment outcome. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 1999; 21, 209-216.
17. Marks I M, Hodgson R, Rachman S: Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in vivo exposure: a two year follow-up and issues in treatment. *Br J Psychiatry* 1975; 127, 349-364.
18. Baer L: *Getting control - overcoming your obsessions and compulsions*. New York: Plume, 2000.
19. Salkovskis, PM. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1999; 37: 29-52.
20. Kobak KA, Rock AL, Greist JH: Group behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Specialist in Group Work* 1995; 20: 26-32.
21. 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: 272-280.
22. Vinogradov S, Yalom I: *A concise guide to group psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press, 1989.
23. Cordioli AV, Heldt E, Bochi DB, Margis M, de Sousa MB, Tonello JF, Teruchkin B, Kapczinski F. Time-limited cognitive-behavioral group therapy in the treatment of



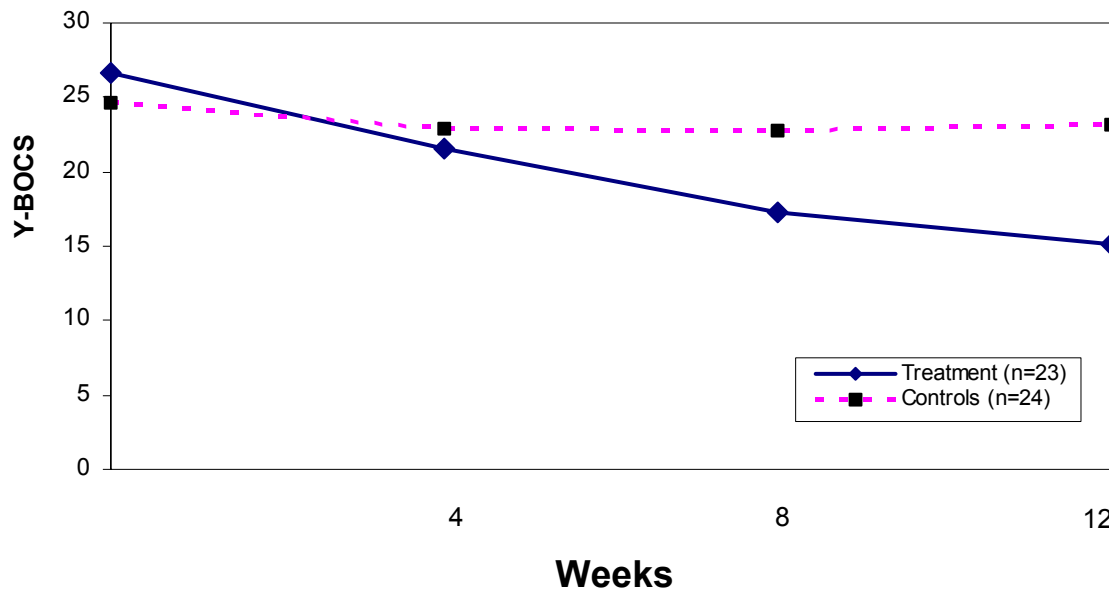
- obsessive-compulsive disorder: an open clinical trial. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24: 113-120.
24. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1997; 9: 667-681.
  25. Beck AT: *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press, 1976.
  26. Clomipramine Collaborative Study Group: Clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 730-738.
  27. Van Oppen P, De Haan E., Van Balkon AJLM, Spinhoven P, Hoogduin K, Van Dyck R: Cognitive therapy and exposure *in vivo* in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1995; 4:379-390.
  28. Kobak KA, Greist, JH, Jefferson JW, Katzlenik DJ, Henk HJ: Behavior versus pharmacological treatments of obsessive-compulsive disorder. *Psychopharmacology* 1998; 136: 205-216.
  29. Simpsom BH, Gorfinkle KS, Liebowitz MR: Cognitive-behavioral therapy as an adjunct to serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder: an open trial. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 584-590.
  30. 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. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2001; 70:288-297.
  31. Greist JH, Marks IM, Baer L, Kobak KA, Wenzel KW, Hirsch J, Mantle JM, Clary C: Behavior therapy for obsessive-compulsive disorder guided by a computer or by a clinician compared with relaxation as a control. *J Clin Psychiatry* 2002; 63:138-145.
  32. Mataix-Cols D, Marks IM, Greist JH, Kobak KA, and Baer L: Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behavior therapy: results from a controlled trial. *Psychother Psychosom* 2002; 71:255-262.
  33. Marks IM, O'Sullivan G: Drugs and psychological treatments for agoraphobia/panic and obsessive-compulsive disorders: a review. *Br J Psychiatry* 1988; 153: 650-655.

**Table 1.** Pre, post-treatment and 3 month follow-up means (SD), and p values\*

	Controls (n=24)			Cognitive-behavior group therapy (n=23)				
	Pre	Post	p*	Pre	Post	p*	3 month follow-up	p**
Y-BOCS	24.7 (5.2)	23.2 (5.5)	0.070	26.7 (4.9)	15.1 (7.8)	<0.001	12.1 (7.2)	0.039
Obsessions	11.7 (4.3)	11.5 (3.2)	0.458	13.1 (2.8)	7.6 (3.2)	0.001	5.9 (4.6)	0.018
Compulsions	13.0 (3.2)	12.9 (7.3)	0.916	13.0 (3.1)	7.5 (4.0)	<0.001	6.1 (4.5)	0.061
NIMH-OC	8.0 (1.5)	8.0 (1.8)	0.770	8.6 (1.3)	5.2 (2.6)	<0.001	4.6 (3.0)	0.179
OVIS	5.3 (15.4)	5.1 (15.3)	0.198	5.6 (13.9)	3.6 (16.8)	<0.001	3.1 (1.2)	0.028
<i>WHOQOL</i>								
Physical	52.5 (12.3)	58.9 (16.5)	0.132	48.6 (14.0)	67.5 (12.8)	<0.001	58.3(12.7)	0.02
Psychological	55.4 (15.0)	53.8 (15.7)	0.694	52.5 (12.4)	64.3 (19.1)	0.017	58.5(18.6)	0.343
Social	55.6 (21.9)	57.6 (20.4)	0.756	46.4 (19.1)	61.6 (18.4)	0.018	56.2(25.4)	0.457
Environmental	57.0 (12.4)	54.7 (14.4)	0.507	60.9 (14.5)	69.6 (13.5)	0.040	69.3(14.7)	0.569

\* Repeated measures ANOVA: differences between means in pre- and post-treatment scores; \*\* Paired t test; SD: standard deviation; Y-BOCS: Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; NIMH-OC: National Institute of Mental Health Obsessive-Compulsive Scale; OVIS: Overvalued Ideas Scale; WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life Assessment - Abbreviated Version.

**Figure 1.** Y-BOCS mean scores for treated patients and controls during the 12 weeks of treatment.



Y-BOCS: Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale.

## **Artigo 4B**

**“Terapia cognitivo-comportamental em grupo no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo: um ensaio clínico randomizado”**

**(versão em português do Artigo 4A)**

**TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO NO  
TRATAMENTO DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: UM  
ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO**

Aristides Volpato Cordioli<sup>1</sup>, Elizeth Heldt<sup>2</sup>, Daniela Braga Bochi<sup>3</sup>, Regina Margis<sup>4</sup>, Marcelo Basso de Sousa<sup>4</sup>, Juliano Fonseca Tonello<sup>4</sup>, Gisele Gus Manfro<sup>5</sup>, Flavio Kapczinski<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; <sup>2</sup> Enfermeira Psiquiátrica do Programa de Transtornos de Ansiedade, Hospital de Clínicas Porto Alegre; <sup>3</sup> Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria - Curso de Mestrado; Residentes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre; <sup>4</sup> Médica contratada do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre; <sup>5</sup> Professora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria.

## Resumo

**Objetivos:** Verificar a eficácia da terapia cognitivo-comportamental em grupo em reduzir os sintomas obsessivo-compulsivos, a intensidade das crenças supervalorizadas e em melhorar a qualidade de vida de portadores do TOC. **Método:** Num ensaio clínico randomizado, 23 portadores de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) (DSM IV) foram tratados durante 12 sessões semanais de duas horas, com terapia cognitivo-comportamental (TCC) em grupo, e comparados com 24 portadores do mesmo transtorno que aguardaram em lista de espera (grupo controle). Os pacientes tratados foram seguidos por mais 3 meses. **Resultados:** Houve uma redução significativa nos escores da Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) ( $p < 0,001$ ), da National Institute of Mental Health Obsessive-Compulsive Scale (NIMH-OC) ( $p < 0,001$ ), da Overvalued Ideas Scale (OVIS) ( $p < 0,001$ ) e uma melhora significativa na qualidade de vida nos quatro domínios da World Health Organization Quality of Life Assessment Scale (WHOQOL-BREF): físico ( $p < 0,001$ ), psicológico ( $p = 0,017$ ), social ( $p = 0,018$ ) e ambiental ( $p = 0,040$ ). O uso concomitante de medicamentos anti-obsessivos não influenciou os resultados. O percentual de pacientes melhorados foi de 69,6% entre os pacientes tratados e de 4,2% entre os controles ( $p < 0,001$ ). Os ganhos terapêuticos foram mantidos, tendo sido observada uma redução adicional nos sintomas no período de acompanhamento. **Conclusões:** Os resultados sugerem que a TCC em grupo é eficaz em reduzir a intensidade dos sintomas do TOC, as idéias supervalorizadas, e em melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

## **INTRODUÇÃO**

A terapia de exposição e prevenção de resposta (EPR) é considerada um dos tratamentos de primeira linha para o TOC [1]. Entretanto, muitos pacientes não aderem a esta modalidade de tratamento, os abandonos são comuns, e a resposta é pobre quando as obsessões não são seguidas de rituais e quando as crenças sobre obsessões são supervalorizadas. Por outro lado, redução parcial dos sintomas, os efeitos colaterais e as recaídas frequentes são limitações da farmacoterapia.

Como estratégias para aumentar a resposta e a adesão dos pacientes ao tratamento, tem sido proposto o acréscimo de técnicas cognitivas [2-5] e a abordagem em grupo [6-8]. A terapia em grupo teria como vantagem adicional custos reduzidos e possibilitaria o tratamento de um número maior de pacientes. Entretanto, até o presente momento, poucos estudos controlados verificaram a eficácia da terapia grupal no TOC. Falls-Stewart et al. [7] verificaram que a terapia comportamental em grupo era tão efetiva quanto a terapia comportamental individual em reduzir os sintomas do TOC. McLean et al. [9] compararam a terapia cognitiva (TC) em grupo com a terapia de EPR em grupo. A terapia de EPR foi levemente superior à TC, tanto ao final do tratamento como 3 meses depois, no período de acompanhamento. Não foram encontrados estudos controlados usando ambos os enfoques – comportamental e cognitivo, simultaneamente.

### **Objetivos**

O objetivo geral deste estudo foi verificar a eficácia da terapia cognitivo-comportamental (TCC) em grupo em reduzir os sintomas do transtorno obsessivo-compulsivo. Os objetivos específicos foram verificar se a TCC em grupo é eficaz em reduzir a intensidade de crenças supervalorizadas e em melhorar a qualidade de vida dos portadores de TOC, e se o uso concomitante de anti-obsessivos influencia ou não os resultados do tratamento.

## **MÉTODO**

### **Delineamento do estudo**

Foi feito um ensaio clínico randomizado, no qual, mediante sorteio por números aleatórios gerados em computador, 23 pacientes foram alocados para tratamento com TCC em grupo durante 12 semanas, e 24 pacientes para uma lista de espera (grupo controle) paralela, durante o mesmo período, sem nenhum tratamento. A alocação dos pacientes para um dos dois grupos mediante sorteio foi feita por um pesquisador não envolvido no ensaio clínico.

### **Seleção dos pacientes, critérios de inclusão e exclusão**

Os participantes da pesquisa foram recrutados mediante palestras na comunidade e anúncios nos meios de comunicação. A avaliação inicial foi realizada por um psiquiatra experiente através de entrevista estruturada e do instrumento diagnóstico MINI, versão brasileira [10,11]. Os critérios de inclusão consistiam em: ser portador do TOC de acordo com os critérios do DSM-IV; ter idade entre 18 e 65 anos; escores na Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS)  $\geq 16$ ; não estar utilizando medicamentos anti-obsessivos ou, se em uso, estar com a dose estabilizada há pelo menos três meses; demonstrar interesse e comprometer-se em participar de 12 sessões de TCC em grupo. Dos 65 sujeitos avaliados como portadores de TOC, foram selecionados 23 homens e 24 mulheres. Foram excluídos 18 por: depressão grave ou risco de suicídio (n=2); TOC surgido após traumatismo cranioencefálico (n=1); fobia social grave (n= 2); escores  $< 16$  na escala Y-BOCS (n=3); retardo mental (n=1); anorexia nervosa grave (n=1); transtornos graves de personalidade (n=2). Seis pacientes, embora preenchessem os critérios de inclusão, recusaram o tratamento por falta de disponibilidade de tempo ou motivação (n=6). Dois pacientes (4,3%) abandonaram o estudo após a randomização: um paciente do grupo de tratamento, após a terceira sessão, por sentir muito desconforto com a prática dos exercícios de EPR, e um paciente do grupo controle que, em função de problemas profissionais, não compareceu à avaliação final. Aos pacientes do grupo controle foi oferecido o mesmo tratamento após o período de espera. Os resultados desses tratamentos não foram incluídos no presente estudo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e todos os participantes assinaram um termo de consentimento informado.



## **Avaliações**

As seguintes escalas foram utilizadas como medidas de desfechos:

**Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS)** [12]. Composta de 10 itens com escores de 0 a 4, com cinco questões para obsessões e cinco para compulsões, com um máximo de 40 pontos.

**National Institute of Mental Health Obsessive-Compulsive Scale (NIMH-OC)**. Avalia globalmente a gravidade dos sintomas, com escores de 1 a 15, subdivididos em cinco graus: mínimo, subclínico, clínico, grave e muito grave [13].

**Hamilton para ansiedade (HamA)** [14]. Composta de 14 itens cuja intensidade pode variar de 0 a 4, mede a gravidade dos sintomas de ansiedade com escores que variam de 0 a 56 pontos.

**Hamilton para depressão (HamD)** [15]. Mede a intensidade de sintomas depressivos. Foi utilizada a versão de 17 itens, com um máximo de 52 pontos.

**Escala para Idéias Supervalorizadas (EIS)** [16]. Mede a intensidade, fixidez e *insight* das crenças subjacentes aos sintomas do TOC. É composta por 10 subescalas analógicas com 10 pontos cada.

**WHOQOL-BREF**. Forma breve da escala da Organização Mundial da Saúde, auto-aplicada, composta de 26 questões, com escores de 0 a 5, para avaliação da qualidade de vida em quatro domínios: físico, psíquico, social e ambiental.

As escalas, exceto a WHOQOL, foram aplicadas por três avaliadores independentes, cegos para a alocação dos pacientes, antes do início, após a quarta, oitava e décima segunda sessão de tratamento. Os pacientes do grupo tratado foram ainda avaliados no primeiro, segundo e terceiro mês após o término. A WHOQOL foi aplicada antes e ao final em ambos os grupos de pacientes e 3 meses após o tratamento nos pacientes tratados.

## **Procedimentos**

O estudo foi realizado em três períodos sucessivos de 12 semanas, com um grupo de tratamento e um grupo controle paralelo em cada uma das ocasiões. Os grupos tinham oito pacientes cada, com exceção de um grupo de tratamento, que teve sete pacientes. Todas as sessões foram coordenadas pelo mesmo terapeuta (psiquiatra), auxiliado por uma enfermeira psiquiátrica como coterapeuta, ambos com especialização em psiquiatria e com experiência de mais de 10 anos em terapia cognitivo-comportamental.

Foi dada ênfase na psicoeducação, nas técnicas de EPR [17-19], em técnicas cognitivas de correção de crenças distorcidas [2-5,19] e em técnicas grupais [8,20-22].

A TCC em grupo consistiu de 12 sessões semanais de 2 horas, realizadas de acordo com um protocolo previamente testado [23]. O tratamento era iniciado com uma apresentação dos participantes, dos membros da equipe, dos objetivos do estudo e com a entrega do *Manual da Terapia*. Nas três primeiras sessões eram feitas explicações sobre os sintomas do TOC, suas possíveis causas, a base teórica da terapia de EPR, seguidas de exercícios práticos de EPR. Nas sessões seguintes eram feitas explicações sobre o modelo cognitivo, as crenças disfuncionais mais comuns no TOC [24], estratégias de correção [2,3,19,25], seguidos de exercícios práticos de EPR e reestruturação cognitiva. Ao final de cada sessão, exercícios individualizados eram prescritos para cada paciente. Nas sessões finais, o foco era em estratégias de prevenção da recaída. Aos pacientes da lista de espera não era dada nenhuma informação sobre possibilidades ou expectativas de melhoras durante o período de espera.

## **Análise estatística**

Foi feita uma comparação entre o grupo tratado e o grupo controle antes do início do tratamento em relação a variáveis demográficas e escores que avaliam a gravidade do TOC, qualidade de vida e uso de medicação anti-obsessiva, utilizando-se o teste t (amostras independentes) para variáveis contínuas e o teste  $\chi^2$  para variáveis nominais. Não foi observada nenhuma diferença significativa entre o grupo tratado e o grupo controle em relação a gênero, idade, duração do TOC, idade de início, gravidade dos sintomas, ansiedade, depressão, idéias supervalorizadas e qualidade de vida.

Os desfechos foram avaliados em ambos os grupos mediante a ANOVA para medidas repetidas com os escores obtidos em quatro momentos diferentes ao longo do tratamento. No grupo de tratamento, 23 pacientes foram avaliados antes do início e 22 na quarta, oitava e décima segunda semana de tratamento. A análise estatística foi realizada com a inclusão de todos os pacientes com os quais se teve intenção de tratar (*intent to treat*). Quando os dados eram contínuos, utilizou-se como escore final dos dois pacientes que abandonaram o tratamento o último escore obtido (*carry forward the last observation*): os da oitava semana no caso do paciente da lista de espera e os escores iniciais no caso do paciente em tratamento que abandonou o grupo após a terceira sessão. O teste de  $\chi^2$  foi utilizado para dados dicotômicos (melhorado *versus* não melhorado). O critério de melhora foi a redução de  $\geq 35\%$  na escala Y-BOCS [24] após o tratamento. O nível de significância estabelecido foi de  $\alpha \leq 0,05$  bicaudal.

## RESULTADOS

### Características dos pacientes

A amostra incluiu 24 mulheres e 23 homens, com uma média de idade de 36,5 anos (desvio padrão – DP=12,8); apresentavam sintomas obsessivo-compulsivos, em média, há 21,1 anos (DP=11,2), e com início em média aos 14,7 anos (DP=6,64); 33 (70,2%) referiam início insidioso e não relacionado a qualquer fator estressor.

Dentre os pacientes incluídos no estudo, 21 (44,7%), 10 no grupo de tratamento e 11 no grupo controle, estavam utilizando drogas anti-obsessivas há mais tempo, em doses e períodos variáveis: 3 meses a 12 anos (média de 20 meses; DP=24,3 meses). As medicações e doses em uso foram mantidas inalteradas durante o tratamento e os 3 meses de acompanhamento. Os medicamentos em uso foram: clomipramina, sete pacientes, 75 a 250mg/dia (dose média: 142,5mg/dia); fluoxetina, 10 pacientes, 20 a 80mg/dia (dose média: 47mg/dia); sertralina, dois pacientes, 50 e 100mg/dia; paroxetina, dois pacientes, 20 e 60mg/dia.

Os pacientes que estavam utilizando anti-obsessivos (n=21) foram distribuídos homogeneamente nos dois grupos e apresentaram escores na Y-BOCS levemente mais elevados antes do início do tratamento, embora essas diferenças não fossem estatisticamente significativas. Os escores médios na Y-BOCS dos pacientes em uso de medicação foram 28,7

(DP=4,5) no grupo de tratamento e 26,4 (DP=5,6) nos controles ( $t=1,005$ , graus de liberdade – GL=19,  $p=0,328$ ). A média dos escores na Y-BOCS nos pacientes sem medicação ( $n=26$ ) foram 25,2 (DP=4,7) no grupo de tratamento e 23,2 (DP=4,5) no grupo controle ( $t=1,066$ , GL=24,  $p=0,297$ ).

### **Efeitos do tratamento**

A ANOVA para medidas repetidas mostrou uma interação significativa entre tempo e tratamento para as seguintes variáveis: Y-BOCS total ( $F=14,01$ , GL 3,45,  $p<0,001$ ); compulsões ( $F=6,38$ , GL=3,45,  $p<0,001$ ); obsessões ( $F=10,88$ , GL=3,45,  $p=0,001$ ); idéias supervalorizadas ( $F=11,06$ , GL=3,45,  $p<0,001$ ); NIMH-OC ( $F=13,7$ , GL=3,45,  $p<0,001$ ). A interação do tratamento nos indivíduos ao longo do tempo foi significativa exceto nas escalas HamA ( $F=2,04$ , GL=3,45,  $p=0,111$ ) e HamD ( $F=1,3$ , GL=3,45,  $p=0,271$ ). Foi observada, ainda, uma melhora significativa na qualidade de vida nos quatro domínios avaliados pela escala WHOQOL: físico ( $p<0,001$ ), psicológico ( $p=0,017$ ), social ( $p=0,018$ ) e ambiental ( $p=0,040$ ), no grupo tratado. No grupo controle, as diferenças não foram significativas (Tabela 1). As médias dos escores da Y-BOCS, nas quatro medidas efetuadas ao longo das 12 semanas de tratamento, estão exibidas no Gráfico 1.

INSERIR AQUI O GRÁFICO 1

INSERIR AQUI A TABELA 1

### **Relevância clínica dos resultados**

O índice de pacientes que melhoraram com o tratamento (redução  $\geq 35\%$  nos escores da Y-BOCS) foi de 69,6% no grupo tratado e 4,2% e no grupo controle ( $\chi^2=21,757$ , GL=1,  $p<0,001$ ). A razão de chances para os pacientes tratados melhorarem durante o período de tratamento foi de 16,69 (intervalo de confiança de 95%=2,2-115,9), e de os controles melhorarem enquanto aguardavam na lista de espera foi de 0,318 (intervalo de confiança de 95%=0,17-0,592); 47,8% dos pacientes tratados apresentavam um nível leve ou subclínico de sintomas (Y-BOCS  $<16$ ) ao final do tratamento e nenhum no grupo controle. O tamanho do efeito (TE) na escala Y-BOCS, calculado de acordo com a seguinte fórmula:

$$TE = \sqrt{\frac{\bar{x}_2 - \bar{x}_1}{s_1^2 + s_2^2 - 2r_{12}s_1s_2}}$$

onde  $x_1$  são pré-escores,  $x_2$  são escores após o tratamento,  $s_1$  é o DP dos pré-escores,  $s_2$  é o DP dos escores após o tratamento e  $r_{12}$  é a correlação de Pearson entre os escores pré-escores e escores após o tratamento [27], foi de 1,33 no grupo tratado e de 0,43 no grupo controle.

### Uso associado de anti-obsessivos

Não foi observada nenhuma diferença significativa, após o tratamento, tanto entre os sujeitos tratados como entre os do grupo controle, em relação ao uso ou não de anti-obsessivos. As médias finais na Y-BOCS, valores de  $t$  e  $p$  foram as seguintes: 1) pacientes tratados: com medicação, média 16,0 (DP=9,6); sem medicação, média 14,4 (DP=6,4) ( $t=0,485$ , GL=21,  $p=0,633$ ); 2) controles: com medicação, média 25,2 (DP=6,2); sem medicação, média=21,5 (DP=4,4) ( $t=1,723$ , GL=22,  $p=0,099$ ). As diferenças nas outras variáveis também não foram significativas.

### Seguimento após a alta

Após as 12 semanas de tratamento, os pacientes foram acompanhados por mais 3 meses. As médias dos escores ao final do tratamento e 3 meses depois foram comparadas mediante o teste  $t$  para amostras pareadas (bicaudal). Foi observada uma redução significativa nos escores da Y-BOCS total, da subescala de obsessões e da escala de idéias supervalorizadas (Tabela 1). Por outro lado, o percentual de pacientes que apresentou uma redução de  $\geq 35\%$  na Y-BOCS aumentou de 69,6% ao final do tratamento para 73,9% no seguimento, e o percentual de pacientes com sintomas leves ou subclínico ( $< 16$  na escala Y-BOCS) aumentou de 47,8% para 65,2% no mesmo período. Estes resultados sugerem que os ganhos terapêuticos foram mantidos e que uma redução adicional dos sintomas ocorreu durante o período de acompanhamento. Este efeito foi particularmente evidente para obsessões e idéias supervalorizadas.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Os resultados do presente estudo mostram que a TCC em grupo é eficaz em reduzir a intensidade dos sintomas obsessivo-compulsivos. Além disso, ela reduziu de forma significativa a intensidade das crenças supervalorizadas e melhorou a qualidade de vida dos pacientes. Nenhuma dessas melhoras foi observada no grupo controle. O acompanhamento do grupo tratado durante 3 meses mostrou que uma redução adicional ocorreu nos sintomas, tendo havido um aumento do percentual de pacientes considerados melhorados (de 69,6% para 73,9%) ou com sintomas leves ou subclínicos (de 47,8% para 65,2%). Esses resultados sugerem que os efeitos da TCC em grupo são estáveis e podem continuar se manifestando ao longo do tempo.

O tratamento foi eficaz em 69,6% dos pacientes tratados de acordo com um critério previamente estabelecido – maior do que os índices de 51 a 60% observados em tratamentos farmacológicos usando critérios semelhantes [26]. O tamanho de efeito foi de 1,33, superior aos referidos em recente meta-análise: de 0,99 para a terapia de EPR e de 1,09 para EPR associada a anti-obsessivos [28], de 0,79 [6] e de 1,01 [21] referido para ensaios abertos de TCC em grupo, porém menor que os 2,69 obtidos por de Falls-Stewart et al. [7,8] em estudo controlado. O presente estudo teve, entretanto, algumas diferenças em relação a este último: incluiu também pacientes com sintomas graves (30% dos pacientes tinham escores iniciais  $\geq$  30 na Y-BOCS); uma média inicial de 26,7 contra 22,1 no estudo de Falls-Stewart et al. [7]; aqui foram utilizadas apenas 12 sessões uma vez por semana, e foram incluídos pacientes com depressão maior e comorbidades diversas, excluídos naquele estudo, cujo tratamento intensivo tinha duas sessões semanais (total de 24 sessões, o dobro das utilizadas no presente ensaio clínico). Talvez essas diferenças expliquem o tamanho de efeito menor. Outra diferença foi o fato de o presente estudo ter utilizado intervenções cognitivas de forma intensiva, além das conhecidas intervenções de EPR.

O uso associado de medicamentos anti-obsessivos foi mantido durante o tratamento e aparentemente não influenciou os resultados. Nenhuma diferença foi observada tanto entre os pacientes tratados como entre os controles, ao final do tratamento, em relação ao uso concomitante de drogas. O pequeno tamanho das subamostras – dos pacientes que usaram ou não medicamentos e as pequenas doses utilizadas em alguns casos – limita a generalização dos resultados. Por outro lado, foi observada uma redução dos sintomas em pacientes que não

havam respondido ao uso anterior de medicamentos. Esses resultados estão na mesma linha que os descritos recentemente por Simpsons et al. [29], que verificou uma redução dos sintomas com a TCC em pacientes que continuavam sintomáticos apesar de estarem utilizando medicamentos em níveis adequados. Portanto, os resultados do presente estudo sugerem que a TCC em grupo proporciona benefícios adicionais a pacientes que já estão sendo tratados com psicofármacos e pode ser acrescentada no início ou a qualquer momento da farmacoterapia. Pode-se especular que a redução dos sintomas com a TCC ocorra por uma via diferente da obtida com o uso de medicamentos: alteração da função serotoninérgica. A TCC atuaria corrigindo aprendizagens defeituosas, rituais e comportamentos de esquiva que neutralizam ou reduzem a ansiedade associada às obsessões, mudando crenças disfuncionais que se acredita desempenharem um importante papel na etiopatogenia, manutenção e prevenção de recaídas do transtorno.

Foi observada, ainda, uma redução na intensidade das crenças supervalorizadas durante o tratamento, bem como no período de acompanhamento – aspecto não abordado em estudos anteriores de TCC em grupo. Embora as obsessões sejam consideradas difíceis de tratar com o uso de técnicas de EPR isoladamente, resultados positivos tem sido relatados mais recentemente com o uso de terapia cognitiva individual [5], bem como com a terapia comportamental [30,31]. Nossos resultados mostram que essas melhoras também ocorrem com a TCC em grupo e possivelmente tenham sido favorecidas pelo uso intensivo de técnicas cognitivas de correção de crenças disfuncionais, consideradas de grande utilidade, na avaliação dos pacientes ao final do tratamento. Apesar desses benefícios, as técnicas cognitivas não são utilizadas com frequência no tratamento do TOC na atualidade.

É importante destacar que, embora a maioria dos pacientes tenha apresentado uma redução clinicamente significativa dos sintomas ao final do tratamento, um pouco mais da metade continuava sintomática. Esses pacientes, em geral, não realizavam as tarefas de casa, alegando medos em função de crenças muito intensas sobre o perigo de não realizar os rituais ou de se expor. É possível, também, que crenças distorcidas intensas por si só não tenham contribuído para reduzir a adesão às tarefas, mas que possam refletir formas mais graves de TOC e, conseqüentemente, mais desconforto ao realizar os exercícios de EPR, o que reduziria a quantidade de tarefas de casa realizadas. As evidências sugerem que o TOC seja uma doença heterogênea, mas que ocorram diferenças no nível da etiologia e da vulnerabilidade biológica e suscetibilidade psicológica individual nas apresentações clínicas e na gravidade

dos sintomas. Essas diferenças poderiam influenciar a adesão e a resposta aos diferentes tratamentos [32].

Foi observada, ainda, uma melhora da qualidade de vida nos quatro domínios avaliados pela escala breve da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL), provavelmente pela redução global nos sintomas obtida com a terapia. O presente trabalho é pioneiro em comprovar a melhora da qualidade de vida em portadores do TOC com a TCC em grupo, aspecto que deve ser levado em conta ao se considerar a relação custo/benefício desta modalidade de tratamento.

Um outro aspecto importante foi o elevado grau de adesão ao tratamento, com apenas um abandono no grupo tratado (4,6%). Usualmente, entre 5 e 30% dos pacientes recusam iniciar ou abandonam a terapia de EPR individual [33]; o índice de abandonos calculado numa recente meta-análise foi de 16,7% [28]. É possível que fatores específicos da abordagem grupal, como a universalidade – dar-se conta de que outras pessoas têm os mesmos problemas –, a aprendizagem pela observação dos outros, o altruísmo, a oportunidade de oferecer e de receber apoio e, em especial, a coesão grupal, aumentem a motivação para a realização das tarefas de casa e sejam os fatores responsáveis pela adesão maior ao tratamento [20-22].

Finalmente, é importante destacar o custo/efetividade da TCC em grupo comparada com a terapia individual, especialmente em serviços e instituições públicas de saúde, pois ela permite o tratamento de um número maior de pacientes num curto período de tempo. Como conclusão, nossos dados sugerem que a TCC em grupo de 12 sessões semanais reduz os sintomas do TOC, as idéias supervalorizadas e melhora a qualidade de vida de uma forma estável, permitindo o tratamento simultâneo de um número maior de pacientes a um custo menor. Nosso estudo sugere, ainda, que pacientes que não respondem satisfatoriamente a medicamentos anti-obsessivos podem ter um ganho adicional com a TCC em grupo.

### **Declaração de interesse**

Este trabalho recebeu apoio da Fundação de Incentivo à Pesquisa e a Eventos (FIPE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os autores do presente trabalho não têm conflitos de interesse relativos às informações nele apresentadas.



## BIBLIOGRAFIA

1. March JS, Frances A, Carpenter D, et al The Expert Consensus Guideline Series - treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1997; 58 (suppl. 4): 13-72.
2. Salkovskis PM: Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioral analysis. *Behav Res Ther* 1985; 23: 571-583.
3. Van Oppen P, Arntz A: Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1994; 32:79-87.
4. Freeston MH, Rhéaume J, Ladoucer R: Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behav Res Ther* 1996; 34: 433-446.
5. Freeston MH, Ladouceur R, Gagnon F, Thibodeau N, Rhéaume J, Letarte H, Bujold, A: Cognitive-behavioral therapy treatment of obsessive-compulsive thoughts: a controlled study. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65: 405-413.
6. Krone KP, Himle JA., Nesse RM: A standardized behavioral group treatment program for obsessive-compulsive disorder: preliminary outcomes. *Behav Res Ther* 1991; 29, 627-631.
7. 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; 181:189-193.
8. 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: 431-446.
9. McLean PD, Whittal, ML, Söchting I, Koch WJ, Paterson R, Thordarson DS, Taylor SM, Anderson K: Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol* 2001, 69: 205-214.
10. Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP, Sheehan D, Janavs J, Baker R, Sheehan KH, Knapp E, Sheehan M: The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview (MINI) for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (suppl. 20): 22-33.

11. Amorim P: Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2000; 22:106-115.
12. Goodman WK, Price LH, Rasmussen AS, Mazure R, Fleishman R, Hill C, Heninger G, Charney D: The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1006-1016.
13. Jenike MA, Baer L, Minichiello W E: *Obsessive-compulsive disorders: theory and management* (2nd edn). Chicago: Year Book Medical Publishers, Inc. 1990, p.408
14. Hamilton M: The assessment of anxiety states by rating. *Brit J Med Psychology* 1959; 32: 50-55.
15. Hamilton M: A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23: 56-61.
16. Neziroglu FA, Stevens KP, Yaryura-Tobias JA: Overvalued ideas and their impact on treatment outcome. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 1999; 21, 209-216.
17. Marks I M, Hodgson R, Rachman S: Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in vivo exposure: a two year follow-up and issues in treatment. *Br J Psychiatry* 1975; 127, 349-364.
18. Baer L: *Getting control - overcoming your obsessions and compulsions*. New York: Plume, 2000.
19. Salkovskis, PM. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1999; 37: 29-52.
20. Kobak KA, Rock AL, Greist JH: Group behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Specialist in Group Work* 1995; 20: 26-32.
21. 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: 272-280.
22. Vinogradov S, Yalom I: *A concise guide to group psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press, 1989.
23. Cordioli AV, Heldt E, Bochi DB, Margis M, de Sousa MB, Tonello JF, Teruchkin B, Kapczinski F. Time-limited cognitive-behavioral group therapy in the treatment of

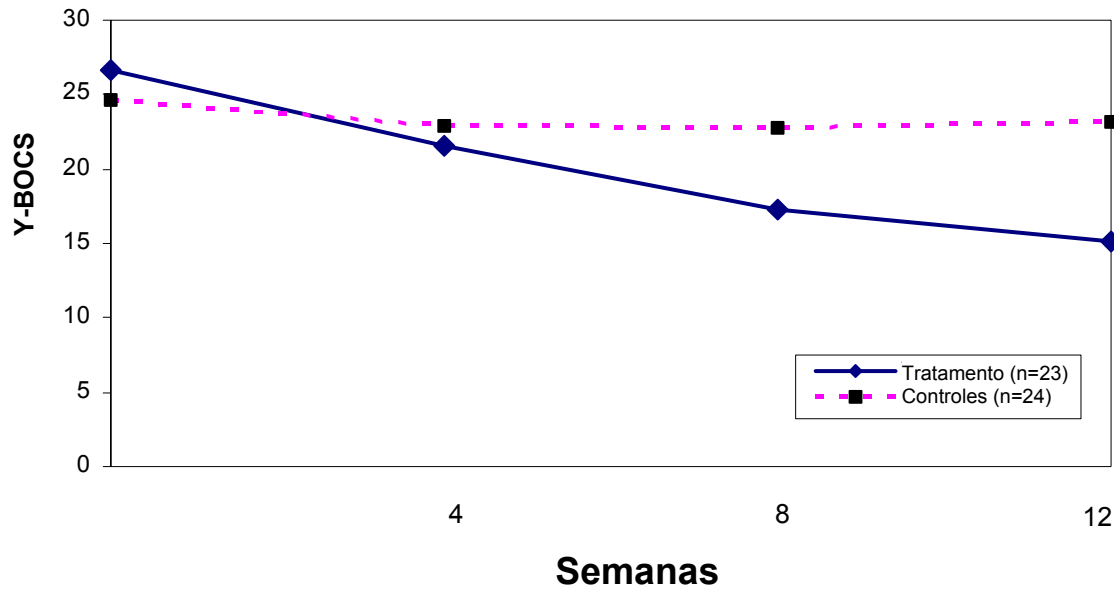
- obsessive-compulsive disorder: an open clinical trial. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24: 113-120.
24. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1997; 9: 667-681.
  25. Beck AT: *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press, 1976.
  26. Clomipramine Collaborative Study Group: Clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 730-738.
  27. Van Oppen P, De Haan E., Van Balkon AJLM, Spinhoven P, Hoogduin K, Van Dyck R: Cognitive therapy and exposure *in vivo* in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1995; 4:379-390.
  28. Kobak KA, Greist, JH, Jefferson JW, Katzlenik DJ, Henk HJ: Behavior versus pharmacological treatments of obsessive-compulsive disorder. *Psychopharmacology* 1998; 136: 205-216.
  29. Simpsom BH, Gorfinkle KS, Liebowitz MR: Cognitive-behavioral therapy as an adjunct to serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder: an open trial. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 584-590.
  30. 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. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2001; 70:288-297.
  31. Greist JH, Marks IM, Baer L, Kobak KA, Wenzel KW, Hirsch J, Mantle JM, Clary C: Behavior therapy for obsessive-compulsive disorder guided by a computer or by a clinician compared with relaxation as a control. *J Clin Psychiatry* 2002; 63:138-145.
  32. Mataix-Cols D, Marks IM, Greist JH, Kobak KA, and Baer L: Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behavior therapy: results from a controlled trial. *Psychother Psychosom* 2002; 71:255-262.
  33. Marks IM, O'Sullivan G: Drugs and psychological treatments for agoraphobia/panic and obsessive-compulsive disorders: a review. *Br J Psychiatry* 1988; 153: 650-655.

**Tabela 1.** Médias(DP) no início, ao final do tratamento e aos e 3 meses de acompanhamento e valores de p\*

	Controles (n=24)			TCC em grupo (n=23)				
	Antes	Ao final	p*	Post	p*	3 meses depois	p**	
Y-BOCS	24,7 (5,2)	23,2 (5,5)	0,070	26,7 (4,9)	15,1 (7,8)	<0,001	12,1 (7,2)	0,039
Obsessões	11,7 (4,3)	11,5 (3,2)	0,458	13,1 (2,8)	7,6 (3,2)	0,001	5,9 (4,6)	0,018
Compulsões	13,0 (3,2)	12,9 (7,3)	0,916	13,0 (3,1)	7,5 (4,0)	<0,001	6,1 (4,5)	0,061
NIMH-OC	8,0 (1,5)	8,0 (1,8)	0,770	8,6 (1,3)	5,2 (2,6)	<0,001	4,6 (3,0)	0,179
OVIS	5,3 (15,4)	5,1 (15,3)	0,198	5,6 (13,9)	3,6 (16,8)	<0,001	3,1 (1,2)	0,028
WHOQOL								
Físico	52,5 (12,3)	58,9 (16,5)	0,132	48,6 (14,0)	67,5 (12,8)	<0,001	58,3 (12,7)	0,02
Psicológico	55,4 (15,0)	53,8 (15,7)	0,694	52,5 (12,4)	64,3 (19,1)	0,017	58,5 (18,6)	0,343
Social	55,6 (21,9)	57,6 (20,4)	0,756	46,4 (19,1)	61,6 (18,4)	0,018	56,2 (25,4)	0,457
Ambiental	57,0 (12,4)	54,7 (14,4)	0,507	60,9 (14,5)	69,6 (13,5)	0,040	69,3 (14,7)	0,569

\* ANOVA para medidas repetidas: diferenças entre médias dos escores antes e depois do tratamento; \*\* teste t para amostras pareadas; DP: desvio Padrão; Y-BOCS: Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; NIMH-OC: National Institute of Mental Health Obsessive-Compulsive Scale; OVIS: Overvalued Ideas Scale; WHOQOL: World Health Organization Quality of Life Assessment - Abbreviated Version.

**Figura 1.** Médias dos escores na escala Y-BOCS dos pacientes tratados durante as 12 semanas de tratamento.



Y-BOCS: Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale.

## CONCLUSÕES

1. A terapia cognitivo-comportamental em grupo é mais eficaz do que a lista de espera em:
  - reduzir a intensidade dos sintomas obsessivo-compulsivos;
  - reduzir a intensidade das idéias supervalorizadas;
  - melhorar a qualidade de vida dos portadores do transtorno obsessivo-compulsivo.
2. A redução da intensidade dos sintomas obsessivo-compulsivos, das idéias supervalorizadas e a melhora da qualidade de vida se mantêm pelo menos por 3 meses após o término do tratamento.

## **ESTUDOS DERIVADOS DA LINHA DE PESQUISA, PUBLICAÇÕES RELACIONADAS E DIVULGAÇÃO À COMUNIDADE**

1. *Acompanhamento de pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo tratados com terapia cognitivo-comportamental em grupo* - Dissertação de Mestrado de Daniela Braga Bochi. Projeto (nº 01-375) aprovado pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação - Comissão Científica e Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Em andamento.

2. *Estudo comparativo da eficácia da terapia cognitivo-comportamental em grupo e da sertralina no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo* - Dissertação de Mestrado de Marcelo Basso de Sousa. Projeto (nº 01-347) aprovado pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação - Comissão Científica e Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Em andamento.

3. CORDIOLI, A.V. Principais efeitos colaterais das drogas anti-obsessivas e seu manejo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.23, suppl.II, p.58-61, 2001.

4. CORDIOLI, A.V.; NERUNG, L.; CEITLIN, L.H.F.; SOUZA, N.O. Terapia comportamental associada à farmacoterapia em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 3, p.183-190, 2002.

5. CORDIOLI, A.V.; SOUSA, M.B.; BOCHI, D.B. Intravenous clomipramine in severe and refractory obsessive-compulsive disorder. Artigo encaminhado para publicação no exterior.

6. Organização da Associação Gaúcha dos Portadores de Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Familiares (AGATOC).

7. Site na Internet: [www.ufrgs.br/toc](http://www.ufrgs.br/toc).

## APRESENTAÇÕES EM CONGRESSOS

1. *A terapia cognitivo-comportamental em grupo* - Participação em mesa-redonda sobre Terapia de Grupo no XX Congresso Brasileiro de Psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria, Florianópolis, 2002.

2. *A terapia cognitivo-comportamental em grupo: um ensaio randomizado* – Pôster apresentado no XX Congresso Brasileiro de Psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria, Florianópolis, 2002.

3. *A terapia cognitivo-comportamental em grupo: um ensaio aberto* – Pôster apresentado no XVIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria, Rio de Janeiro, 2000.

4. *A pesquisa em psicoterapia – participação em mesa redonda* no XVIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria, Rio de Janeiro, 2000.

5. *A terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo - Resultados preliminares iniciais* - XX Jornada Sul-Rio-Grandense de Psiquiatria Dinâmica do Centro de Estudos Luis Guedes, Canela, 2000.

6. *A terapia cognitiva no transtorno obsessivo-compulsivo* - Mesa-redonda na XX Jornada Sul-Rio-Grandense de Psiquiatria Dinâmica do Centro de Estudos Luis Guedes, Canela, 2000.



## **ANEXOS**

### **Anexo 1**

#### **Consentimento informado**

## TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) em grupo é uma nova modalidade de tratamento para o transtorno obsessivo-compulsivo. Embora ela já tenha sido testada em outros países, ainda não existe no Brasil. Estudos realizados em outros países têm mostrado que a TCC é uma técnica efetiva e vem sendo proposta como uma alternativa de tratamento para pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), ou eventualmente como uma terapia complementar ao tratamento com medicamentos. Ela está especialmente indicada para aquelas pessoas que não desejam utilizar ou não toleram medicamentos. Além disso, há um interesse especial em pesquisar a TCC, pois ela permite o tratamento de um número maior de pacientes com um custo menor.

Você está sendo convidado a participar deste projeto de pesquisa, que é ligado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre e que tem por objetivo verificar a eficácia desta nova modalidade de tratamento para o TOC em nosso meio. Para participar da pesquisa, você deve estar disposto a participar do tratamento em grupo, que consta de 12 sessões semanais de duas horas cada. Por ocasião da entrevista de avaliação, você será avisado da data de início do grupo, devendo comparecer ao hospital na data marcada.

Durante as sessões, os profissionais farão palestras informativas sobre os sintomas do TOC, suas causas, tratamentos disponíveis e, em especial, o tratamento através da TCC. Além disso, cada paciente receberá um *Manual da Terapia*, no qual constam todos os passos a serem seguidos, além de informações sobre o transtorno, escalas e exercícios para serem feitos durante as sessões e em casa. Esta modalidade de terapia não oferece riscos aos participantes nem apresenta efeitos colaterais. Entretanto, é possível um pequeno aumento passageiro da ansiedade e do desconforto por ocasião da realização dos exercícios, em nível perfeitamente suportável.

Ao paciente cabe, além do comparecimento às sessões, a realização de tarefas, o preenchimento de algumas escalas, o comparecimento a entrevistas mensais de avaliação e a elaboração de relatórios e registros de acordo com orientações a serem dadas durante as sessões. Caso o paciente não se adapte à técnica ou não apresente melhora, ele será encaminhado para atendimento individual no Programa de Transtornos de Ansiedade (PROTAN) do HCPA, onde será atendido dentro das disponibilidades existentes na ocasião.

Uma vez terminado o atendimento no grupo e caso o paciente ainda necessite, será garantida a continuidade do atendimento individual.

**Eu, ....., fui informado dos objetivos e da justificativa da pesquisa, bem como da forma como será realizada, de forma clara e detalhada. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos e que, a qualquer momento, terei a liberdade de deixar de participar da pesquisa, sem prejuízo no meu atendimento.**

**O(a) pesquisador(a)..... certificou-me de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial e, no caso de divulgação, serão sem identificação e unicamente para fins de pesquisa.**

**Porto Alegre, ..... de ..... de .....**

Assinatura do paciente: .....

Assinatura do pesquisador: .....

## **Anexo 2**

### **Instrumentos de pesquisa**

## ESCALA DE SINTOMAS OBSESSIVO-COMPULSIVOS DE YALE-BROWN (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.

## ESCALA DE HAMILTON - ANSIEDADE

NOME: \_\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

**Escores dos sintomas: 0= ausentes; 1= intensidade leve; 2= intensidade média; 3= intensidade forte; 4= intensidade máxima.**

1. HUMOR ANSIOSO- inquietação, temor do pior, apreensão quanto ao presente, ou ao futuro, maus pressentimentos, irritabilidade:	0 1 2 3 4
2. TENSÃO - sensação de tensão, fadiga reações de sobressalto, choro fácil, tremores, incapacidade de relaxar, agitação:	0 1 2 3 4
3. MEDOS - de escuro, de estranhos, de ficar só, de animais de grande porte, de multidão, do trânsito:	0 1 2 3 4
4. INSÔNIA - dificuldade em adormecer, sono interrompido, sono insatisfatório, fadiga ao acordar, sonhos penosos, pesadelos, terrores noturnos:	0 1 2 3 4
5. DIFICULDADES INTELECTUAIS - dificuldade de concentração, falhas de memória:	0 1 2 3 4
6. HUMOR DEPRESSIVO - perda de interesse, oscilação do humor, despertar precoce, depressão:	0 1 2 3 4
7. SOMATIZAÇÕES MOTORAS - dores musculares, rigidez muscular, contrações espásticas, contrações involuntárias, ranger de dentes, voz insegura:	0 1 2 3 4
8. SOMÁTIZAÇÕES SENSORIAIS - ondas de frio ou calor, sensação de fraqueza, visão borrada, sensação de picadas, formigamentos, sensação auditiva de ruídos, zumbidos:	0 1 2 3 4
9. SINTOMAS CARDIOVASCULARES - taquicardia, palpitações, dores no peito, sensação de desmaio, sensação de extra-sístoles:	0 1 2 3 4
10. SINTOMAS RESPIRATÓRIOS - Pressão ou constrição no peito, dispnéia, respiração suspirosa, sensação de sufocação:	0 1 2 3 4
11. SINTOMAS GASTROINTESTINAIS – deglutição difícil, aerofagia, dispepsia, sensação de plenitude, dor pré ou pós-prandial, pirose, meteorismo, náuseas, vômitos, sensação de vazio gástrico, diarreias, constipação e cólicas:	0 1 2 3 4

12. SINTOMAS GÊNITO-URINÁRIOS - micções freqüentes, urgência de micção, amenorréia, menorragia, frigidez, ejaculação precoce, ereção incompleta, impotência, diminuição da libido: 0 1 2 3 4	
13. SINTOMAS NEUROVEGETATIVOS – boca seca, palidez, ruborização, tonturas, tendência à sudorese, cefaléia de tensão: 0 1 2 3 4	
14. COMPORTAMENTO NA ENTREVISTA - <u>Geral</u> : tenso, pouco à vontade, agitação das mãos (mexer, retorcer, cacoetes e tremores), franzir a testa, face tensa. <u>Fisiológico</u> : engolir a saliva, eructações, dilatação pupilar, sudorese, respiração suspirosa: 0 1 2 3 4	
<b>TOTAL:</b>	

### Bibliografia

1. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol 32:50-55, 1959.
2. Ito LM, Ramos R. Escalas de avaliação clínica do transtorno do pânico. Cap. 18 In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW. Escalas de avaliação clínica em Psiquiatria e psicofarmacologia. Ed. Lemos:S.Paulo, 2000, cap.18, p.148

## ESCALA DE HAMILTON - AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO

**Instruções:** Em cada item escolha o escore que melhor caracteriza o paciente na última semana. Assinale sua opção no espaço apropriado( ).

### 1. HUMOR DEPRIMIDO (tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)

- 0 ( ) Ausente.
- 1 ( ) Sentimentos são relatados somente se perguntados.
- 2 ( ) Sentimentos são relatados espontaneamente com palavras.
- 3 ( ) Comunica esses sentimentos não com palavras, isto é, com a expressão facial, a postura, voz e a tendência ao choro.
- 4 ( ) Paciente comunica quase que exclusivamente estes sentimentos espontaneamente, tanto em seu relato verbal como na comunicação não-verbal.

### 2. SENTIMENTOS DE CULPA

- 0 ( ) Ausentes.
- 1 ( ) Auto-recriminação: acha que decepcionou outras pessoas.
- 2 ( ) Idéias de culpa ou ruminções sobre erros ou ações do passado.
- 3 ( ) Acha que a doença atual é um castigo; delírios de culpa.
- 4 ( ) Ouve vozes que acusam ou denunciam e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras.

### 3. SUICÍDIO

- 0 ( ) Ausente.
- 1 ( ) Sente que a vida não vale a pena.

- 2 ( ) Gostaria de estar morto ou qualquer pensamento sobre a possível morte para si mesmo.
- 3 ( ) Idéias ou gestos suicidas.
- 4 ( ) Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria, marque 4).

#### **4. INSÔNIA INICIAL**

- 0 ( ) Sem dificuldades para iniciar o sono.
- 1 ( ) Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, isto é, mais que meia hora.
- 2 ( ) Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites.

#### **5. INSÔNIA INTERMEDIÁRIA**

- 0 ( ) Sem dificuldades.
- 1 ( ) O paciente se queixa de inquietude e perturbação durante a noite.
- 2 ( ) Acorda à noite - qualquer saída da cama marcar 2 ( exceto p/ necessidades fisiológicas).

#### **6. INSÔNIA TERMINAL (madrugada)**

- 0 ( ) Sem dificuldades.
- 1 ( ) Acorda de madrugada, mas volta a dormir
- 2 ( ) Não consegue voltar a dormir se acordar de madrugada ou deixar a cama.

#### **7. TRABALHO E ATIVIDADES**

- 0 ( ) Sem dificuldades.
- 1 ( ) Pensamentos e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionados a atividades, trabalho ou passatempos.
- 2 ( ) Perda de interesse em atividades (passatempos ou trabalho) relatados diretamente pelo paciente, ou indiretamente por meio de falta de iniciativa, indecisão, vacilação (sente que precisa se forçar para trabalhar ou desenvolver atividades).
- 3 ( ) Redução do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. Marque 3 se o paciente não passar ao menos 3 horas por dia em atividades (trabalho ou passatempo), exceto os de rotina.

- 4 ( ) Parou de trabalhar devido à doença atual. Marque 4 se o paciente não desenvolve atividades além das de rotina, ou deixa de realizá-las sem ajuda.

**8. RETARDO (lentificação do pensamento e discurso, dificuldade de concentração, diminuição da atividade motora)**

- 0 ( ) Pensamento e discurso normais.  
1 ( ) Discreta lentificação durante a entrevista.  
2 ( ) Óbvio lentificação durante a entrevista.  
3 ( ) Entrevista difícil.  
4 ( ) Estupor.

**9. AGITAÇÃO**

- 0 ( ) Nenhuma.  
1 ( ) Inquietude.  
2 ( ) Brinca com as mãos, ou os cabelos, etc.  
3 ( ) Movimenta-se, não consegue sentar-se quieto durante a entrevista.  
4 ( ) Retorce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios.

**10. ANSIEDADE PSÍQUICA**

- 0 ( ) Sem problemas.  
1 ( ) Tensão e irritabilidade subjetivas.  
2 ( ) Preocupação excessiva com trivialidades.  
3 ( ) Atitude apreensiva aparente na fisionomia ou no discurso.  
4 ( ) Medos expressos sem espontaneamente.

**11. ANSIEDADE SOMÁTICA**

Concomitantes fisiológicos de ansiedade. Gastrointestinais: boca seca flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructação. Cardiovasculares: palpitações, cefaléia. Respiratórios: hiperventilação, suspiros, sudorese; ter que urinar freqüentemente;

- 0 ( ) Ausente.  
1 ( ) Leve: sintomas leves relatados quando inquirido.  
2 ( ) Moderada: paciente descreve espontaneamente sintomas não incapacitantes

- 3 ( ) Grave: maior número e frequência que 2 , acompanhado de estresse subjetivo e prejudicando o funcionamento normal.
- 4 ( ) Incapacitante :numerosos sintomas, persistentes ou incapacitantes na maior parte do tempo; ataques de pânico.

### **12. SINTOMAS SOMÁTICOS (apetite, digestivos)**

- 0 ( ) Nenhum.
- 1 ( ) Perda de apetite, mas alimenta-se sem necessidade de encorajamento. Sensações de peso no abdômen.
- 2 ( ) Dificuldade de comer sem encorajamento ou insistência insistirem. Solicita ou requer laxantes ou medicações para os sintomas gastrintestinais.

### **13. SINTOMAS SOMÁTICOS (gerais)**

- 0 ( ) Nenhum
- 1 ( ) Peso ou lassidão em membros, nas costas ou na cabeça. Dores nas costas, cefaléia, musculares.Perda de energia ou fadigabilidade.
- 2 ( ) Marque 2 para qualquer sintoma bem definido.

### **14. SINTOMAS GENITAIS (perda da libido, distúrbios menstruais)**

- 0 ( ) Ausentes ou informação insuficiente
- 1 ( ) Leves: redução da libido ou desempenho sexual insatisfatório;tensão pré-menstrual leve.
- 2 ( ) Graves: desinteresse ou impotência; tensão pré-menstrual grave.

### **15. HIPOCONDRIA**

- 0 ( ) Ausente
- 1 ( ) Auto-observação (relacionada ao corpo) aumentada
- 2 ( ) Preocupação excessiva com a saúde
- 3 ( ) Queixas freqüentes, pedidos de ajuda,etc.
- 4 ( ) Delírios hipocondríacos.

### **16. PERDA DE PESO (Avalie A ou B)**

- A – De acordo com o paciente**
- 0 ( ) Nenhuma

- 1 ( ) Provável emagrecimento associada à doença atual.
  - 2 ( ) Perda de peso indubitável (de acordo com o paciente)
- B** - Avaliada semanalmente pelo psiquiatra responsável, quando são medidas alterações reais de peso
- 0 ( ) Menos de 0,5 Kg de perda de peso na semana.
  - 1 ( ) Mais de 0,5 Kg de perda na semana.
  - 2 ( ) Mais de 1 Kg de perda na semana.

### **17. CRÍTICA**

- 0 ( ) Reconhece estar deprimido e doente ou não estar deprimido esta semana.
- 1 ( ) Reconhece estar doente mas atribui isso à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, à necessidade de descanso, etc.
- 2 ( ) Nega estar doente.

**Escore total de HAM- D de 17 itens: \_\_\_\_\_(0 A 52 PONTOS)**

### **Bibliografia**

Hamilton M. Rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 23:56-62,1960.

Moreno RA , Moreno DH. Escalas de avaliação para depressão de Hamilton (HAM-D) e Montgomery-Asberg(MADRS). In Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW. Escalas de avaliação clínica em Psiquiatria e psicofarmacologia. Ed. Lemos:S.Paulo, 2000, cap.9, pp.71-78.



## ESCALA PARA IDÉIAS SUPERVALORIZADAS (VERSÃO: 1.996)

Descreva a crença principal abaixo:

### 1) INTENSIDADE DA CRENÇA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a crença é muito fraca	a crença é um tanto fraca		a crença é mais fraca que forte			a crença é mais forte que fraca		a crença é um tanto forte	a crença é muito forte

### 2) RACIONALIDADE DA CRENÇA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
totalmente insensata		quase insensata		menos sensata que mais		mais sensata que menos		quase sensata	completamente sensata

### 3) MENOR INTENSIDADE DA CRENÇA NA ÚLTIMA SEMANA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a crença é muito fraca	a crença é um tanto fraca		a crença é mais fraca que forte			a crença é mais forte que fraca		a crença é um tanto forte	a crença é muito forte

### 4) MAIOR INTENSIDADE DA CRENÇA NA ÚLTIMA SEMANA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a crença é muito fraca	a crença é um tanto fraca		a crença é mais fraca que forte			a crença é mais forte que fraca		a crença é um tanto forte	a crença é muito forte

### 5) PRECISÃO DA CRENÇA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
totalmente imprecisa		quase imprecisa		precisão menor		precisão maior		quase precisa	totalmente precisa

**6) GRAU DE ADESÃO DOS OUTROS**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
discordam totalmente		quase discordam		concordância menor que maior		concordância maior que menor		quase concordam	concordam totalmente

**7a) CONSIDERA QUE OS OUTROS TENHAM A MESMA CRENÇA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
falta total de conhecimento		alguma falta de conhecimento		menos conhecedores que mais		mais conhecedores que menos		quase tão conhecedores	igualmente conhecedores

**7b) CONSIDERA QUE OS OUTROS TENHAM CRENÇA DIFERENTE**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
igualmente conhecedores		quase tão conhecedores		mais conhecedores que menos		menos conhecedores que mais		um tanto sem conhecimento	total falta de conhecimento

**8) EFICÁCIA DAS COMPULSÕES**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
totalmente ineficazes		quase ineficazes		menos eficazes que mais		mais eficazes que menos		quase eficazes	totalmente eficazes

**9) JUÍZO CRÍTICO**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
totalmente provável		um tanto provável		mais provável que improvável		mais improvável que provável		um tanto improvável	totalmente improvável

**10) INTENSIDADE DA RESISTÊNCIA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
resistência total		muita resistência		mais resistência que menos		menos resistência que mais		pouca resistência	nenhuma resistência

**Total de pontos:** \_\_\_\_\_ **Média:** \_\_\_\_\_

**11) DURAÇÃO DA CRENÇA**

a) Essa crença já apresentou alguma oscilação desde que começou?

\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_  
dia                                      semana                                      mês                                      ano

b) Retrospectivamente, há quanto tempo você tem essa crença específica?

\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_  
dia                                      semana                                      mês                                      ano

**Autores:** Fugen A. Neziroglu, Jose A. Yaryura-Tobias, Dean R. McKay, Kevin Stevens e John Todaro

**Tradução:** Albina Rodrigues Torres

**Referência bibliográfica**

Neziroglu FA, Stevens KP e Yaryura-Tobias JA. Overvalued ideas and their impact on treatment outcome. Revista Brasileira de Psiquiatria 21(4):209-216, 1.999.

## ESCALA GLOBAL NIMH DE SINTOMAS OBSESSIVO- COMPULSIVOS

**Instruções:** escolha o número (1 a 15) que melhor descreve a situação clínica atual do paciente levando em conta os seguintes critérios:

- 1-3. **Sintomas leves, dentro dos limites da normalidade.** A pessoa perde pouco tempo resistindo aos sintomas. Quase não interferem nas atividades diárias.
- 4-6. **Comportamento obsessivo-compulsivo subclínico.** Sintomas leves que são observáveis pelo paciente e o observador, causam interferência leve na vida do paciente, e aos quais ele consegue resistir por um período mínimo de tempo. Facilmente tolerado por outros.
- 7-9. **Comportamento obsessivo-compulsivo clínico.** Sintomas que causam interferência significativa na vida do paciente, gastando uma grande quantia de energia consciente para resistir a eles. Requer alguma ajuda de outros para funcionar nas atividades diárias.
- 10-12. **Comportamento obsessivo-compulsivo intenso.** Sintomas são incapacitantes para o paciente, interferindo de forma tal que as atividades diárias se tornam “uma batalha incessante”. O paciente pode passar todo o seu tempo resistindo aos sintomas. Requer muita ajuda de outros para funcionar nas atividades diárias.
- 13-15. **Comportamento obsessivo-compulsivo muito intenso.** Sintomas que incapacitam completamente o paciente sendo necessária a supervisão constante das pessoas próximas para comer, dormir, etc. Requer ajuda de outros para atividades mínimas ou para tomar decisões de pouca importância.

**Bibliografia**

Gorestein et al. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria. Lemos Editorial, 2000, p.180

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

Insel TR, Murphy DL, Cohen RM e cols. *Arch Gen Psychiatry*, v.40: pp.606-612, 1983.

## WHOQOL - BREF

<b>Instruções</b>					
<p>Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. <b>Por favor responda a todas as questões.</b> Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.</p> <p>Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as <b>duas últimas semanas</b>. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:</p>					
	Nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

**Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.**

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1(G1)	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2(G4)	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre <b>o quanto</b> você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3(F1.4)	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4(F11.3)	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5(F4.1)	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6(F24.2)	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7(F5.3)	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8(F16.1)	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9(F22.1)	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre <b>quão completamente</b> você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10(F2.1)	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11(F7.1)	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12(F18.1)	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13(F20.1)	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14(F21.1)	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre <b>quão bem ou satisfeito</b> você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15(F9.1)	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16(F3.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17(F10.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18(F12.4)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19(F6.3)	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20(F13.3)	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21(F15.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22(F14.4)	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23(F17.3)	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24(F19.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25(F23.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5



As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26(F8.1)	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

### **Bibliografia**

[www.ufrgs.br/psiq/whoqi/84.html](http://www.ufrgs.br/psiq/whoqi/84.html)

### **Anexo 3**

#### ***Manual da Terapia***

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

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**

**Faculdade de Medicina - Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal**

**Serviço de Psiquiatria**

**Programa Transtornos de Ansiedade (PROTAN)**

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

**MANUAL DA TERAPIA**

Prof. Aristides V. Cordioli

**Setembro de 2002**

## 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 **sala 650, zona 6, às quintas-feiras, das 12 às 14 horas.**
- 2. Número de sessões:** Haverá um total de 12 sessões, sendo uma sessão por semana. Também haverá sessões de reforço e revisão no quarto, quinto e sexto meses.
- 3. Marcação das consultas:** Ao término de cada sessão, é fundamental comparecer à secretaria da zona 7 e agendar as sessões subseqüentes.
- 4. Faltas e atrasos:** Procure não faltar. Contudo, se houver necessidade, avise com antecedência sempre que possível, ligando para o número **3316.8272** (zona 7) e deixando recado com as secretárias. Serão desligados do grupo os pacientes que tiverem duas faltas consecutivas sem notificação prévia. Procure sempre chegar no horário, mas não deixe de comparecer por motivo de atraso. Por fim, se houver a necessidade de entrar em contato com a equipe por algum motivo, ligue para o referido número e deixe o número do seu telefone para que a equipe possa contatá-lo se for preciso ou conveniente.
- 5. Interrupção do tratamento:** Os pacientes que não estiverem se sentindo bem ou acreditarem que não estejam se beneficiando do tratamento têm liberdade, a qualquer momento, de solicitar seu desligamento do programa. Nesta eventualidade, solicitamos que os pacientes conversem com os coordenadores da pesquisa, explicando seus motivos.
- 6. Aplicação de escalas:** O grupo de tratamento para o TOC está inserido em uma pesquisa do Serviço de Psiquiatria. Com a finalidade de avaliar o andamento da terapia, pesquisadores do grupo de pesquisa irão contatar os pacientes para a aplicação de escalas. Tal aplicação toma em torno de 15 a 20 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.

## 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 “horrríveis”, 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 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 descreditam 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 SESSÖES

---

- **Sessão 1** - 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, lentidão obsessiva).
- **Sessões 2 e 3** - Familiarização com o modelo comportamental do TOC, com as técnicas de exposição e prevenção da resposta e com técnicas especiais para o tratamento de obsessões. Elaboração da lista de sintomas e sua graduação de acordo com a aflição que provocam. Aprendizagem e uso das técnicas de exposição e prevenção da resposta no grupo e nos intervalos entre as sessões.
- **Sessão 4** - Familiarização com o modelo cognitivo e com as técnicas cognitivas de correção de pensamentos automáticos e crenças distorcidas típicas do TOC. Continuação dos exercícios de exposição e prevenção da resposta.
- **Sessão 5** - Sessão conjunta com os familiares. O TOC e a família. Continuação dos exercícios de exposição e prevenção da resposta.
- **Sessão 6** - 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 7** - Aprendizagem e utilização de técnicas cognitivas de correção de crenças distorcidas: avaliação excessiva do poder do pensamento e da necessidade de controlá-lo. Continuação dos exercícios de exposição e prevenção da resposta.
- **Sessão 8** - Continuação das tarefas de exposição e prevenção da resposta e de correção de pensamentos disfuncionais: necessidade de ter certeza e perfeccionismo. Registro do automonitoramento.
- **Sessões 9, 10 e 11** - Revisão de tópicos abordados em sessões anteriores, das tarefas de casa e dos registros de automonitoramento. Reforço da prática de estratégias cognitivas e de exposição e prevenção da resposta. Estratégias de prevenção de recaídas.
- **Sessão 12** - Avaliação do tratamento e reforço em estratégias de prevenção de recaídas. Recursos da comunidade. Combinação de encontros futuros.

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 quinta sessão, na qual são debatidas formas de colaborar com o tratamento – uma ótima oportunidade para o esclarecimento de dúvidas.

## SESSÃO 1

---

### 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](http://www.ufrgs.br/toc)), livro *Medos, dúvidas e manias* (Torres, 2001). 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. 220), ressaltando a importância da assiduidade, pontualidade e realização dos exercícios, e explica como se desenrolam as sessões: revisão das tarefas de casa, breve explicação, exercícios da sessão e combinações das novas tarefas de casa.

### Identificando os sintomas do TOC

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

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

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

### **O que são obsessões**

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

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

### **O que são compulsões?**

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

- Lavagem ou limpeza;
- Verificações ou controle;
- Repetições ou confirmações;
- Contagens;
- Ordem, arranjo, simetria, seqüência ou alinhamento;
- Acumular, guardar ou colecionar coisas inúteis;

- Compulsões mentais: rezar, repetir palavras, frases, números
- Diversas: tocar, olhar, bater de leve, confessar.

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

### **O que são compulsões mentais?**

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

### **O que são evitações?**

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

### **Neutralização**

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

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

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

### **Informações adicionais**

É importante que o paciente se informe e saiba tudo sobre o TOC. Isso o ajudará a identificar os sintomas e adotar novas formas de lidar com eles. Isso é particularmente importante porque, muitas vezes, já se habituou aos rituais, que

passaram a fazer parte da sua maneira corriqueira de funcionar, perdendo a noção do que é normal e do que é exagerado, convivendo com seus sintomas com naturalidade, mesmo que eles lhe tomem muito tempo.

Informações adicionais podem ser buscadas no site [www.ufrgs.br/toc](http://www.ufrgs.br/toc) e nas associações de portadores do TOC. Recomenda-se também a leitura de folhetos e do livro *Medos, dúvidas e manias*, de autoria da Dra. Albina R. Torres e editado pela Artes Médicas (Porto Alegre), que se destina a familiares e portadores do TOC e pode ser adquirido pela Internet ([www.livrariasaraiva.com.br](http://www.livrariasaraiva.com.br)) ou diretamente na Editora Artmed, pelo telefone (51) 3330.3444.

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

Uma vez tendo compreendido o que é o TOC e quais são os seus sintomas, o passo seguinte da terapia de exposição e prevenção da resposta é a elaboração, pelo paciente, da lista dos seus sintomas. Essa tarefa é iniciada ainda durante a primeira sessão, mediante a leitura da *Lista Yale-Brown de Obsessões e Compulsões (Y-BOCS checklist)* e da lista de evitações (anexos 1 e 2) por um dos participantes. Após a leitura, o terapeuta abre espaço para o esclarecimento de dúvidas.

A lista de sintomas (pág. 232) 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.

### **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: *Medos, dúvidas e manias*, de Dra. Albina R. Torres (ArtMed, 2001), e o site [www.ufrgs.br/toc](http://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 possíveis sintomas do TOC. Depois, transcreva-os para a lista de sintomas (pág. 232). 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

---

### 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, o círculo do TOC e os fundamentos da teoria comportamental.
- Elaboração das listas individuais de sintomas (em duplas) e avaliação do grau de ansiedade subjetiva (SUDS - *Subjective Unities of Distress*) associado a cada sintoma.
- Tarefas para casa: elaboração final da lista de sintomas (*checklist*) e das evitações, pontuação pela escala SUDS e hierarquização de acordo com o grau de dificuldade.
- Avaliação da sessão pelos participantes.

### Revisão da sessão anterior

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

### Sumário da explanação

#### *As prováveis causas do TOC*

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

#### *Os fatores de ordem biológica*

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

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

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

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

Existem também evidências de que a presença constante de pensamentos e crenças distorcidas relacionadas com a avaliação exagerada do risco e da responsabilidade, exagerar o poder do pensamento, necessidade de ter certeza, entre outras, contribuam para o surgimento e a manutenção do TOC. 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 afirma 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 terapia comportamental se baseia na teoria comportamental, que, por sua vez, dá grande importância à aprendizagem para o surgimento dos sintomas. Vejamos de forma mais detalhada.

### *A teoria comportamental*

A teoria comportamental se preocupa em explicar porque 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.).

No TOC, o medo se relaciona usualmente com comportamentos 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!”).

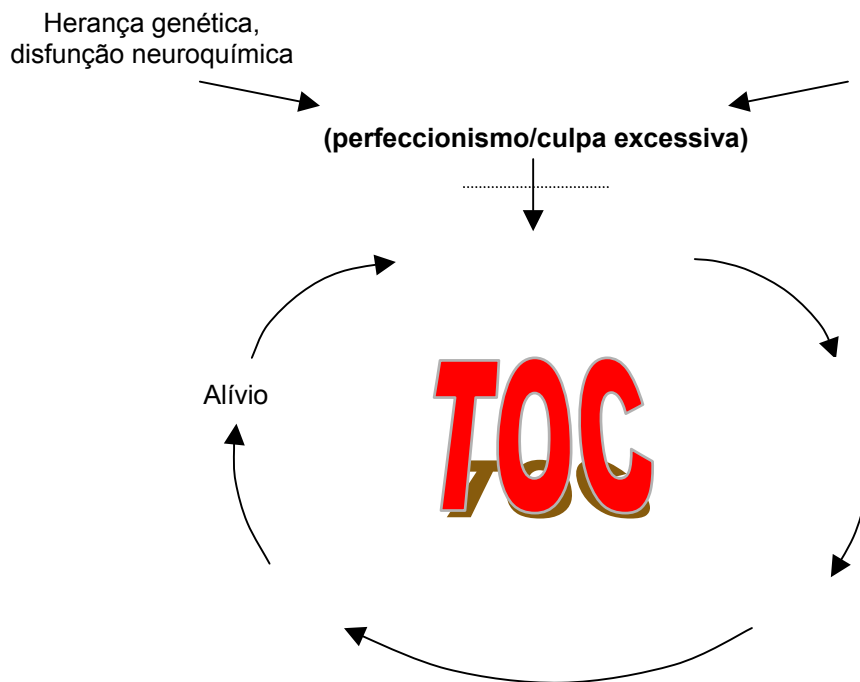
### **Resumo da teoria e alguns termos importantes**

- 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.**

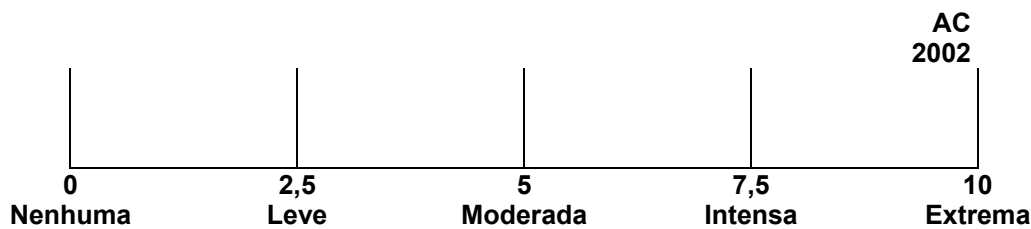


**Figura 1.** Como o TOC é mantido.

### Exercícios práticos

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

### Escala SUDS



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

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

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

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

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

### Tarefas para casa

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

**Situação 1:** \_\_\_\_\_

**Ritual que é compelido a realizar:** \_\_\_\_\_

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

**Situação 2:** \_\_\_\_\_

**Ritual que é compelido a realizar:** \_\_\_\_\_

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

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

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

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

## SESSÃO 3

---

### Agenda

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

### Revisão das tarefas de casa

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

### Fundamentos da terapia comportamental

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

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

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

## Habituação

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

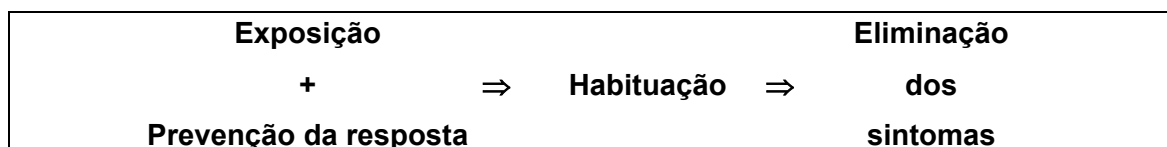
## Exposição

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

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

## Prevenção da resposta

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





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

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

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

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

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

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

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

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

- O paciente deve, primeiramente, aprender a identificar quando sua mente é invadida por uma dúvida que não consegue esquecer ou sobre a qual não consegue parar de pensar, dedicando-se a repetir para si mesmo (ruminar) argumentos a favor ou contra aquela dúvida, possíveis opiniões das outras

pessoas, conseqüências imaginadas, etc., a fim de chegar a um estado de absoluta certeza, o que muitas vezes é impossível.

- Por outro lado, o paciente deve identificar as manobras de pensamento que realiza para se livrar de um pensamento ruim, de uma aflição (ritual mental), ou mesmo quando inicia um ritual manifesto de forma quase automática (verificação, lavação, repetição), eventualmente não precedido de aflição ou de qualquer tipo de pensamento (cognição), como tocar, estalar os dedos, etc.
- Ao perceber tais fatos ou atividades, o paciente deve repetir em voz alta: “Pare!” ou “Pare com isso!”, procurando interromper a ruminação, compulsão ou manobra de neutralização.
- Juntamente com a frase, pode-se dar uma batida forte na mesa, bater palmas, dar um piparote com um atilho de borracha no pulso ou buscar outra forma de estímulo desagradável a fim de se distrair e cortar o fluxo do pensamento.
- Por fim, o paciente deve procurar envolver sua mente com outra idéia, com um estímulo mais atraente (ler, ouvir música) ou envolver-se numa tarefa prática.

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

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

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

### **Lembretes importantes**

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

- O sucesso da terapia depende essencialmente da realização dos exercícios de exposição e prevenção de resposta. Considera-se como **tempo de exercício** o tempo durante o qual o paciente permanece em contato com objetos ou situações evitadas, ou o período em que ele resiste à execução de um ritual e durante o qual sente algum grau de aflição.
- É importante dedicar entre uma e duas horas diárias à realização dos exercícios (um mínimo de 20 horas durante toda a terapia).

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

### Tarefas para casa

- 1) Complete a *Lista dos Sintomas*, incluindo todos os que você conseguir lembrar (pedir ajuda aos familiares).
- 2) Realize os seguintes exercícios de exposição e prevenção da resposta:
  - a) \_\_\_\_\_
  - b) \_\_\_\_\_
  - c) \_\_\_\_\_
  - d) \_\_\_\_\_
- 3) Releia os tópicos *Fundamentos da terapia comportamental* (pág. 239) e *Lembretes importantes* (pág. 242) 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 frequentemente 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

---

### Agenda

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

### Revisão das tarefas de casa

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

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

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

“As pessoas se perturbam mais com o que pensam sobre as coisas do que com as coisas em si” (Epictetus, 70 a.C.). “Um dos efeitos do medo é perturbar os sentidos e fazer com que as coisas não pareçam o que são” (Cervantes, no livro *Dom Quixote*).

Os portadores do TOC têm uma série de convicções ou crenças distorcidas, que interferem na forma de eles perceberem, avaliarem e interpretarem a realidade. Por exemplo, o fato de a mente ser invadida por um pensamento ruim ou agressivo é interpretado como uma prova de que existe um risco de a pessoa cometer o que passou pela cabeça, e que, portanto, ela deve tomar todas as precauções para que o fato não ocorra. Exemplos: “Se me vem o pensamento de esfaquear meu marido, de quem eu gosto muito, devo esconder todas as facas que tenho em casa e, em hipótese alguma, estar com uma faca na mão quando ele estiver na minha presença”, ou “Posso ser um 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 da resposta e na redução dos sintomas da doença. Alguns dos recursos de que se dispõe para pôr em dúvida e modificar as crenças serão apresentados no presente manual. Inicialmente, é importante familiarizar-se com certos conceitos da TCC: crenças errôneas ou disfuncionais e pensamentos automáticos.

### **Crenças disfuncionais**

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

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

bem avaliado pelos outros”, “Sou insubstituível”, “Tenho que ser sempre o melhor”, etc.

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

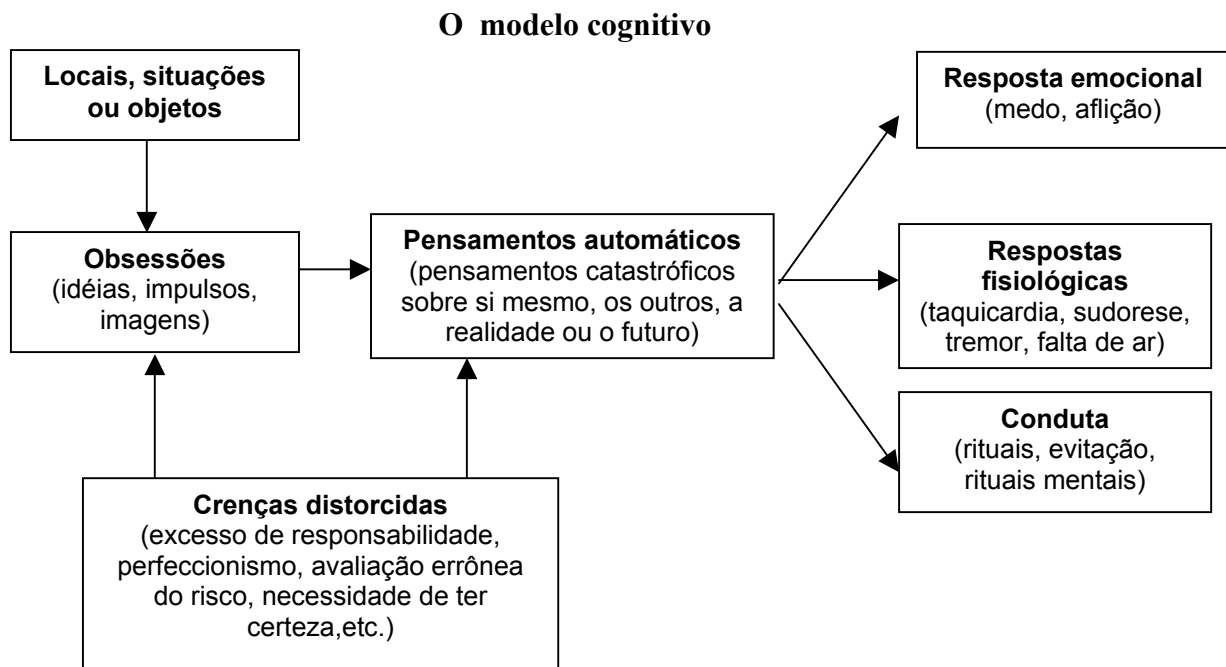
### **Pensamentos automáticos ou pensamentos intrusivos**

- São pensamentos rápidos e involuntários que passam pela cabeça do portador de TOC, particularmente nos momentos em que emoções (medo, raiva, tristeza) são ativadas por qualquer motivo.
- Estão presentes junto com o fluxo normal do pensamento.
- Surgem espontaneamente, não resultam de reflexão ou vontade.
- Em geral, estão associados a emoções ou imagens;
- São, em geral, fugazes: interrompem o pensamento e desaparecem sem que a pessoa perceba, assim como a emoção que os acompanha.
- Assumem a forma verbal de uma frase abreviada (telegráfica), que o indivíduo diz para si mesmo.
- Parecem plausíveis ou razoáveis e, em geral, são consistentes com o sistema de crenças do indivíduo.
- Geralmente são aceitos como verdadeiros, sem questionamento ou avaliação.
- O paciente percebe mais facilmente a emoção associada do que o pensamento que a produz.
- Nos transtornos mentais como o TOC em geral são distorcidos, revelando uma avaliação negativa ou catastrófica de situações, emoções, sensações fisiológicas, apesar de evidências objetivas em contrário.
- Geralmente não têm nenhuma utilidade; podem, entretanto, estimular a criatividade ou dar origem à aflição.
- São previsíveis em função das crenças dominantes.
- Pode-se aprender a avaliá-los quanto à sua validade e utilidade.
- Responder racionalmente, e não emocionalmente, aos pensamentos automáticos produz mudanças positivas no afeto (Beck, 1976; Beck et al., 1985).

Exemplos de pensamentos automáticos no TOC: “Vou ter câncer”, “Meu filho pode morrer”, “Posso contrair doenças”, “Vou enlouquecer”, “Isto pode dar azar”, “Fracassei”, “Jamais vou conseguir”, “Vou ter um enfarte”, “Esta aflição jamais vai acabar”, “Não tenho capacidade para suportar esta aflição: ela vai me enlouquecer”,

“Não vou conseguir controlar meus pensamentos e vou dizer coisas horríveis”, “É impossível interromper os pensamentos no meio”, “A responsabilidade/culpa é toda minha”, “É imperdoável falhar”, “Não posso falhar nunca”, “Ninguém vai me perdoar”, etc.

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



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

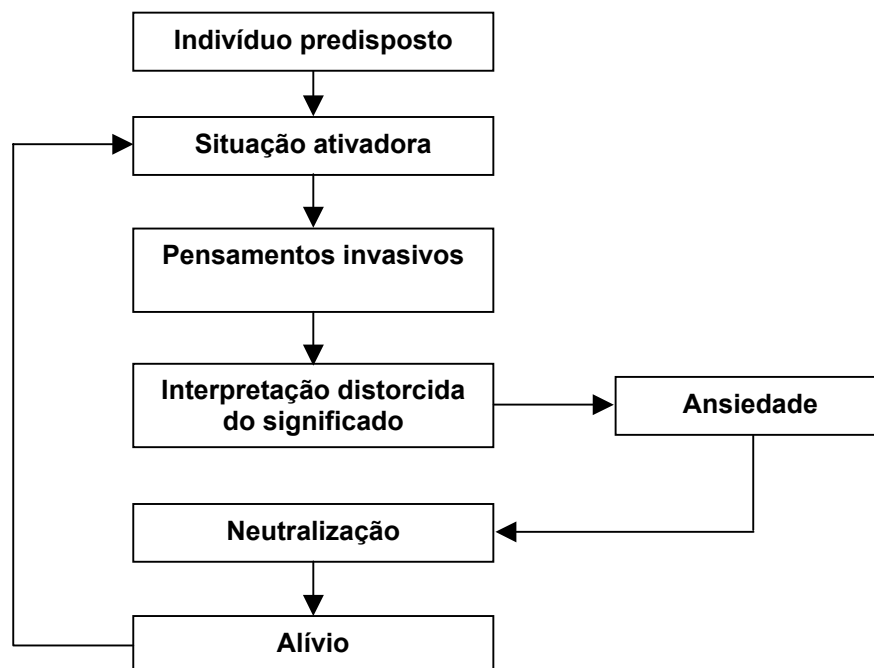
- Obsessões são pensamentos invasivos que persistem na mente do portador de TOC devido ao significado que a pessoa dá eles, e que aparece sob as forma de pensamentos automáticos negativos ou catastróficos (por exemplo: “Se eu tenho este pensamento agressivo é porque posso cometê-lo; isso significa que sou uma pessoa má”, “Posso ir para o inferno porque não consigo afastar esses pensamentos blasfemos”, “Devo ter um desvio no meu caráter para ter esses pensamentos obscenos”, etc.) (Rachman, 1997; Rachman, 1998).
- Os pensamentos automáticos influenciam não só na resposta emocional, mas também as respostas comportamentais e fisiológicas.
- A percepção da situação e a interpretação do significado dos pensamentos invasivos persistentes (obsessões) e dos pensamentos automáticos são influenciadas pelas crenças ou sistemas de crenças do indivíduo.



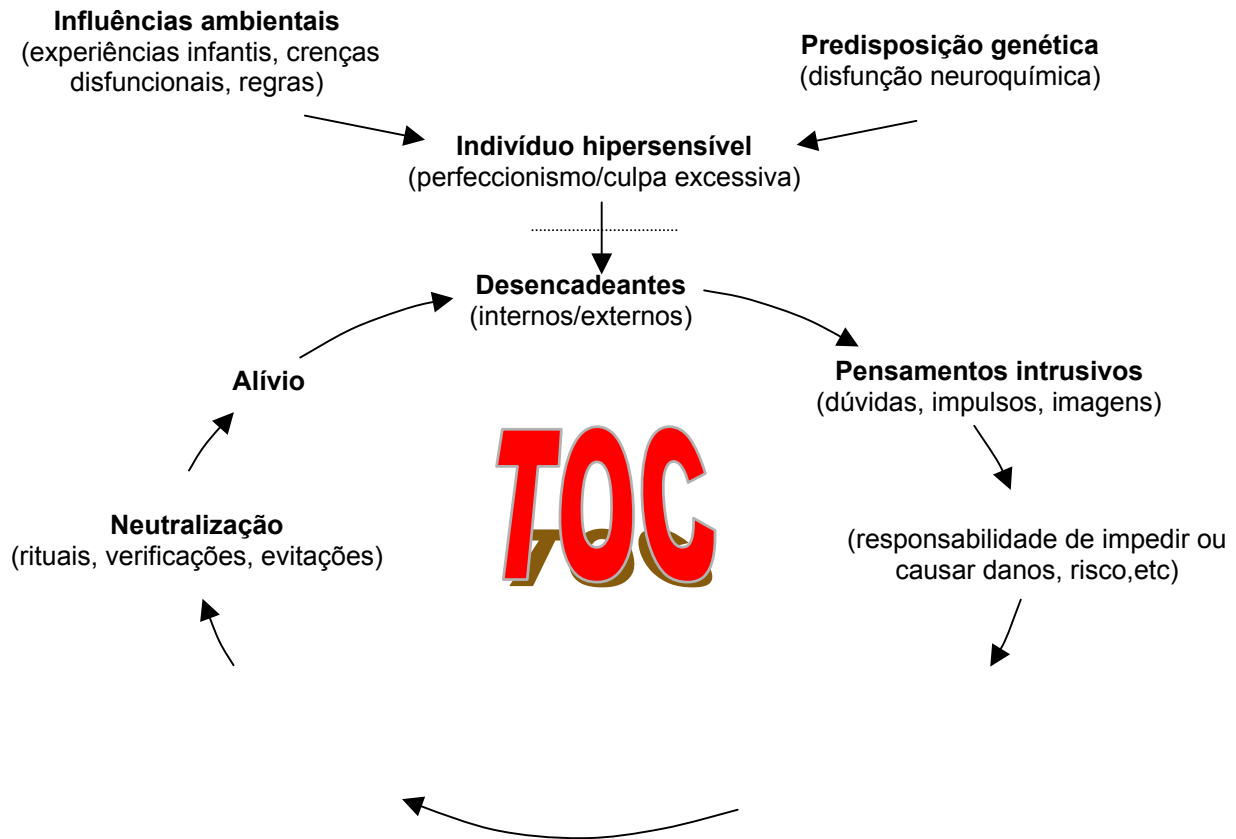
### A teoria cognitiva do TOC

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

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



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



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

### Crenças distorcidas no TOC

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

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

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

### Exercícios para casa

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

Obsessões e rituais	Crença

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

a) Lembre uma situação específica na qual sua mente foi invadida por obsessões.

b) Identifique os pensamentos automáticos, a emoção sentida (medo, culpa, nojo), as interpretações errôneas e a crença subjacente, fazendo as seguintes perguntas:

- Que pensamentos (obsessões) invadiram minha cabeça naquela ocasião ou situação?
- O que provocou tal pensamento (qual a situação, lembrança, pessoa, etc.)?
- O que passou pela minha cabeça (pensamento automático)? Que conseqüências eu imaginei e o que eu imaginei fazer para evitá-las?
- O que eu fiz (ritual, evitação)?
- Como interpretei tal pensamento (porque ocorre, o que significa, o que poderia acontecer, quais as possíveis conseqüências, qual a minha responsabilidade)?
- O que eu senti na ocasião (emoção, medo, aflição) e depois de executar o ritual ou de evitar o que eu temia?
- Qual a crença subjacente (uma ou mais dentre as várias possíveis)? Para identificar a crença subjacente, revise a lista da página 250.

c) Registre na grade “Registro de Pensamentos Disfuncionais” da página seguinte.

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

<b>Situação</b>	<b>Obsessão ou pensamento automático</b>	<b>Emoção associada</b>	<b>Interpretação</b>	<b>Crença</b>
Ao deitar	O gás pode estar escapando	Medo, aflição	Se alguém se intoxicar, a culpa será minha	Excesso de risco e responsabilidade

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

---



---



---



---



---

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

**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

---

### Agenda

- Apresentação dos pacientes e familiares.
- Explicação dos objetivos da sessão e da agenda.
- Explicação sobre alguns aspectos do TOC para os familiares dos pacientes: métodos de tratamento, TCC em grupo. Discussão sobre o impacto do TOC nas rotinas e relações familiares, interferência no trabalho e na produtividade.
- Depoimento dos familiares sobre os sintomas do paciente e seu impacto na vida da família.
- Discussão com pacientes e familiares sobre como lidar com o TOC.
- Tarefas de casa: revisão e continuação das tarefas anteriores.
- Avaliação da sessão.

### Explicação dos objetivos da sessão e da agenda e apresentação dos participantes

O terapeuta dá início à sessão agradecendo pelo comparecimento dos familiares, expondo as finalidades e a agenda da sessão: esclarecer aspectos sobre o TOC numa breve revisão dos conceitos já expostos na primeira sessão (sintomas, métodos de tratamento, TCC em grupo, impacto do TOC na vida da família, como se dá a eliminação dos sintomas através das tarefas de exposição e prevenção da resposta, o fenômeno da habituação, a correção de crenças disfuncionais). A seguir, é estabelecida uma discussão com os familiares sobre o impacto do TOC na vida da família e sobre as formas de colaborar com o tratamento.

### O impacto do TOC na família e nas relações interpessoais

A maioria das famílias se envolve de alguma forma nos rituais e na evitação ou muda suas rotinas para se acomodar aos sintomas do paciente (por exemplo, submeter-se aos rituais de descontaminação, evitar contato físico, evitar lugares, aguardar). As pesquisas demonstram que a maioria das esposas de pacientes com TOC (88,2%) acaba se acomodando aos sintomas dos maridos, e que mais de 80% das famílias se adaptam aos rituais ou mudam seu comportamento. Em geral, todos os membros da família sofrem com o transtorno, pois os sintomas criam desarmonia, raiva, exigências irritadas no sentido de participar ou não perturbar os rituais, dependência, restrição do acesso a salas, quartos, dificuldade para sair de casa, atrasos, interferência no lazer e nas rotinas domésticas.

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

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

## **Papéis da família**

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

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

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

Quando há um portador de TOC em uma família, especialmente se o caso for acompanhado de tiques, é comum que existam outros familiares comprometidos. É interessante que o terapeuta faça uma pergunta nesse sentido e, eventualmente, sugira a avaliação de familiares com indícios de serem portadores do transtorno.

## **Depoimento dos familiares**

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

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

## **Tarefas para casa**

Nesta sessão, as tarefas individuais da semana passada não são revisadas, pois o tempo disponível em geral é insuficiente. O terapeuta solicita aos participantes que prossigam em seus exercícios de exposição e prevenção da resposta e de identificação de pensamentos e crenças disfuncionais, pedindo que anotem no manual as dificuldades encontradas para discussão na próxima sessão.

## **Avaliação da sessão pelos participantes**

Para encerrar, o terapeuta solicita que cada um dos participantes avalie a sessão e destaque o que considerou mais relevante ou proveitoso para si e para seu paciente/familiar.

## SESSÃO 6

---

### Agenda

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

### Revisão das tarefas de casa

O terapeuta solicita que cada paciente relate seus exercícios: quais as tarefas propostas, como se saiu em cada uma delas, o número de vezes que conseguiu realizá-las e o grau de dificuldade encontrado. Nas tarefas de exposição e prevenção da resposta, o terapeuta 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 o paciente identifique as crenças subjacentes. Ao final de cada relato e em função das dificuldades encontradas, o terapeuta propõe as tarefas da próxima semana. Depois que todos encerraram, ele anuncia os temas das explicações das três próximas sessões e da presente sessão em particular, destacando a ênfase dada, neste momento da terapia, à identificação e correção de crenças disfuncionais simultaneamente com a continuação dos exercícios de exposição e prevenção da resposta.

### Explicação: 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”, e também pela frase “Sábio é o que sabe que nada sabe”. No tratamento do TOC, o paciente fica prisioneiro de convicções e crenças das quais não tem nenhuma dúvida, 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. 250.)

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

### **Técnica das duas alternativas**

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 que a pessoa precisa ter um poder decisivo para provocar ou impedir que desastres ou fatos negativos aconteçam. Em decorrência dessa crença, o paciente considera como sua a responsabilidade de prevenir doenças, acidentes ou danos que resultam de erros ou falhas morais involuntárias. Acredita, ainda, que qualquer influência que se possa ter sobre um acontecimento equivale a ter responsabilidade total pelo mesmo (Salkovskis, 1985; Lopatka et al., 1995; OCDWG, 1997).

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

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

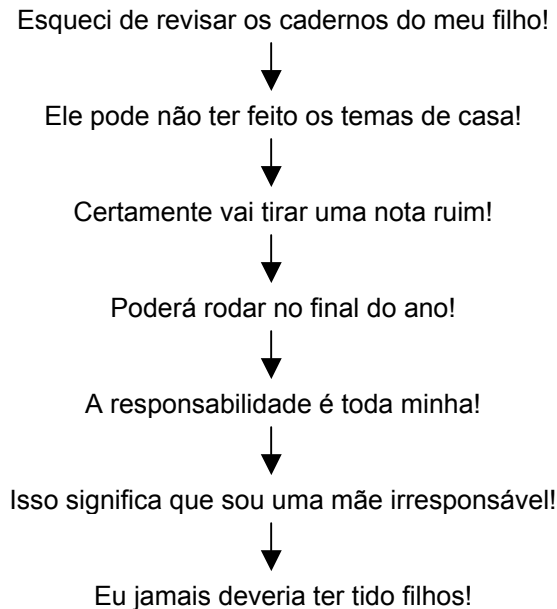
### **Corrigindo o excesso de responsabilidade - Questionamento socrático**

- E se, de fato, algum dia, acontecesse alguma das coisas que eu imagino? Qual seria a porcentagem (de 0 a 100%) da minha responsabilidade?
- Posso provar que a culpa foi inteiramente minha ou existem outros fatores que poderiam ter contribuído para que o fato acontecesse?
- Se algo semelhante acontecesse a um conhecido meu, eu o responsabilizaria inteiramente pelo ocorrido (duplo padrão)?
- As pessoas irão me responsabilizar?
- O fato de eu ter pensado algo poderia ser suficiente para provocar o que aconteceu?
- Meus rituais de fato reduzem a probabilidade de que coisas ruins aconteçam ou apenas reduzem minha aflição?

### **A flecha descendente**

Este exercício pode ser feito pelo paciente após ter constatado que cometeu “uma falha”. Ele é útil para avaliar a forma exagerada do risco, da responsabilidade, da necessidade de controlar os pensamentos, etc. O paciente, auxiliado pelo terapeuta,

faz uma afirmação e, depois, vai fazendo uma série de perguntas, como “E daí?”, “Se isso aconteceu, o que pode ocorrer a seguir?”, “Se isso de fato ocorreu, o que significa mim?”, “O que de pior pode acontecer?”, até que se tenha atingido a linha base, que é o pior possível. Cada afirmativa é representativa de crenças subjacentes que, no momento ou oportunamente, podem ser questionadas. Veja o exemplo a seguir.



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

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

### **Lembretes**

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

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

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

Lembre-se de que muitos fatores concorrem para que aconteçam doenças, acidentes e desastres, e de que executar rituais ou tentar prevenir essas ocorrências negativas através de evitações certamente não é o que vai determinar se as coisas vão acontecer ou não. O exercício a seguir, também chamado de exercício da torta ou

da pizza, auxiliará você a se dar conta de que muitos fatores podem contribuir para que algo aconteça e também de que você se excede ao avaliar sua responsabilidade (Van Oppen & Arntz, 1994).

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

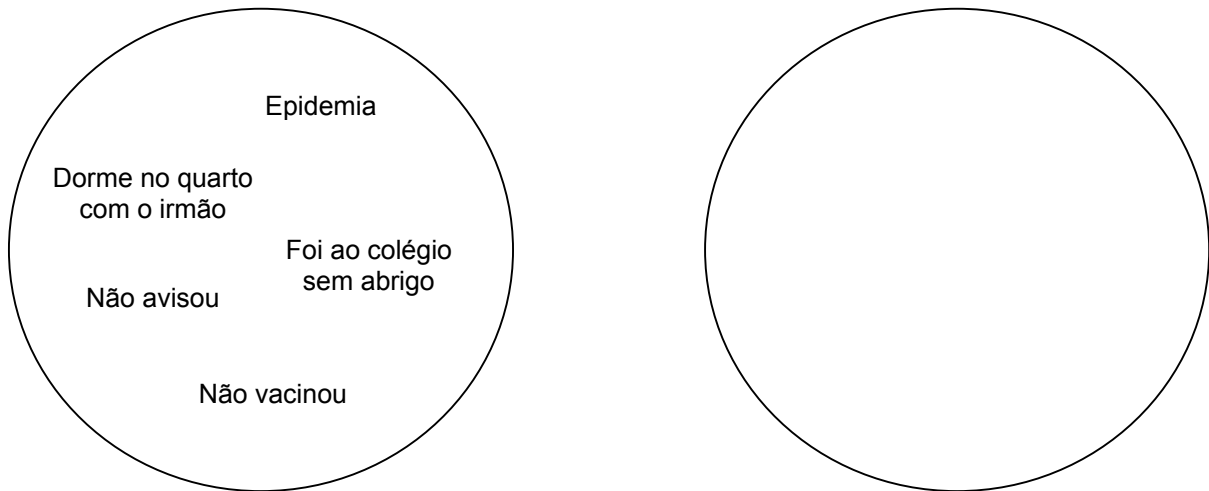
### **Exercício prático com a torta da responsabilidade**

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

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

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

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



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

### Corrigindo a tendência de superestimar probabilidades

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

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

### Exemplo de técnica para testar probabilidades

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

Passos	Chances	Chances cumulativas
1. Não apaguei o cigarro.	1/10	1/10
2. Uma pequena fagulha cai no carpete.	1/10	1/100
3. O carpete pega fogo.	1/10	1/1000
4. O carpete pega fogo e eu não percebo de imediato.	1/100	1/100.000
5. Eu percebo o fogo tão tarde que não é possível fazer mais nada.	1/100	1/10.000.000

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

### Recomendações

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

### Exercícios para casa

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

**Situação A:** \_\_\_\_\_

**Pensamento automático ou crença 1:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Situação B:** \_\_\_\_\_

**Pensamento automático ou crença 2:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Registre aqui os questionamentos conforme as questões da página 256 ou algumas das outras formas sugeridas na exposição.

Pensamento automático ou crença 1

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pensamento automático ou crença 2

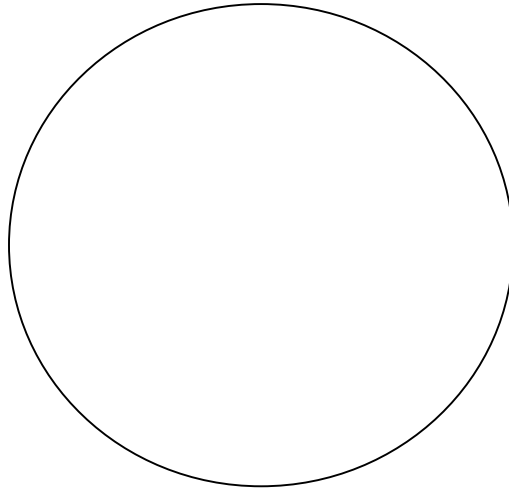
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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



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

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

---

---

---

---

---

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

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



## SESSÃO 7

---

### Agenda

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

### Revisão das tarefas de casa

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

### Exagerar a importância dos pensamentos

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

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

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

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

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

- Se eu penso muito em alguma coisa, isso significa que de fato ela é importante.
- Se eu penso muito em algo, é porque isso é importante (ou é importante porque penso).
- Se eu penso que algo é ou pode ser muito perigoso, é porque de fato é.
- Se um pensamento provoca muita aflição, é porque deve ser perigoso e verdadeiro.
- Rituais mágicos e 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 (OCCWG, 1997):

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

Alguns exemplos de crenças:

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

**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 desejo nem controlo?

### *Outras técnicas*

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

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

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

- Estes pensamentos são possíveis ou passam pela minha cabeça porque tenho TOC?
- Isso é só uma obsessão.
- Isso é apenas o TOC.
- Pensar é apenas pensar. Não é cometer ou praticar.
- Pensar não significa desejar.
- Pensar em algo ruim não é o mesmo que praticar ou cometer algo ruim.
- Pensar em algo ruim não significa que sou uma pessoa má.
- Não tenho jeito de envenenador de filho ou de homicida.
- Minha aflição ou 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 da resposta a serem realizados em casa. As tarefas devem ser individualizadas e podem envolver também exercícios cognitivos de correção de crenças disfuncionais, experimentos comportamentais ou exposição a pensamentos ruins, dependendo dos sintomas que cada paciente apresenta.

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

---



---



---



---



---

- 2) Exercícios de questionamento. Liste, a seguir, alguma crença disfuncional e, ao lado, o questionamento socrático (evidências a favor ou contra, percentual do quanto acredita na crença, etc.). Revise o exercício da pág. 263.

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 8

---

### Agenda

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

### Revisão das tarefas para casa

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

### Necessidade de ter certeza

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

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

### Crenças

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

## **Perfeccionismo**

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

## **Crenças**

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

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

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

## **Questionamento socrático**

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

### **Como lidar com rumações**

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

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

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

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



### Testes comportamentais

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

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

### Lembretes

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

### Tarefas da semana

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

1) Tarefas de exposição e prevenção da resposta:

---



---



---



---



---

2) Exercícios cognitivos:

---

---

---

---

---

### **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 9

---

### Agenda

- Revisão de tópicos abordados em sessões anteriores e das tarefas de casa.
- Treino e utilização de escalas de automonitoramento.
- Reforço da prática de estratégias de exposição, prevenção da resposta e exercícios cognitivos.
- Exercícios para casa,
- Avaliação da sessão.

### Revisão das tarefas de casa

O terapeuta faz a revisão dos exercícios de exposição e prevenção da resposta e dos exercícios cognitivos individuais perante o grupo. Durante a revisão, aproveita para fazer o questionamento socrático, sugerir experimentos comportamentais e lembretes e outros exercícios cognitivos. Em função dos avanços de cada um, sugere preliminarmente os exercícios da próxima semana, que serão revisados ao final da sessão. Caso os pacientes tenham solicitado a revisão de certos temas, o terapeuta poderá proceder a uma breve explanação. Se não houver solicitações, o terapeuta passará a revisar as tarefas e os exercícios em subgrupos. Para esse tipo de atividade, é interessante contar com o auxílio de co-terapeutas.

### Revisão de tópicos abordados em sessões anteriores

Caso os pacientes tenham solicitado a revisão de alguns temas, o terapeuta faz a explanação, utilizando, sempre que possível, exemplos do próprio grupo. O debate e a participação de todos são estimulados.

### Exercícios para reforço das tarefas de exposição e prevenção da resposta e dos exercícios cognitivos

Caso nenhuma revisão tenha sido solicitada, a sessão pode ser inteiramente prática, centrada na discussão das listas individuais, tarefas de exposição e prevenção da resposta e exercícios cognitivos. Pode-se fazer essa atividade com os pacientes divididos em subgrupos.

### Automonitoramento

O terapeuta reserva aproximadamente 20 minutos da sessão para o treino relativo ao preenchimento das escalas de automonitoramento (página 277). 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 escalas são um instrumento útil para a prevenção de lapsos ou recaídas, tema da sessão seguinte.

O terapeuta explica cada uma das quatro escalas que compõem o instrumento e solicita que cada paciente preencha as colunas referentes ao dia anterior. Solicita, ainda, que cada um comente suas notas.

### **Tarefas para casa**

Os pacientes deverão anotar seus exercícios nas linhas a seguir.

1) Tarefas de exposição e prevenção da resposta:

---

---

---

---

---

2) Exercícios cognitivos:

---

---

---

---

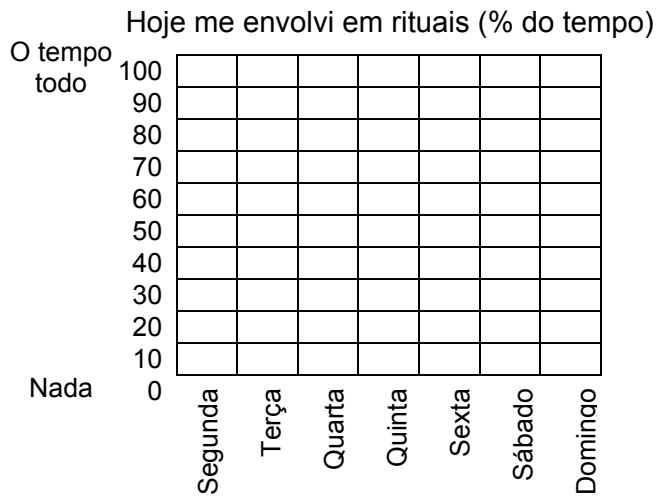
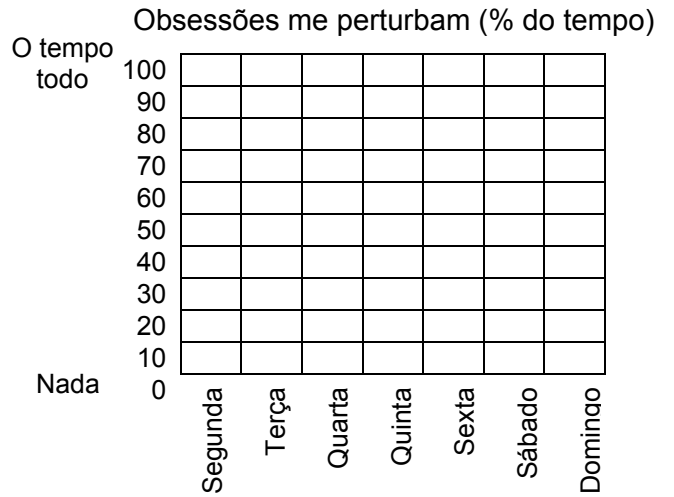
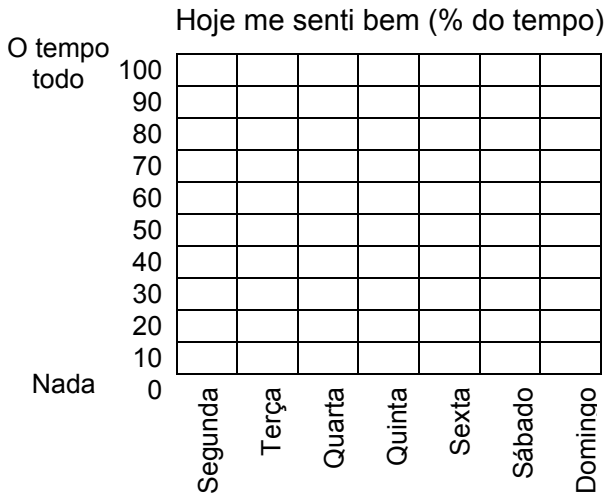
---

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

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

**Escala de automonitoramento**

Nome: \_\_\_\_\_ Semana: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_



**Anotar razões ou situações associadas à mudança nos sintomas:**

---



---



---



---

## SESSÃO 10

---

### Agenda

- Revisão das tarefas de casa e das escalas de automonitoramento.
- Reforço das estratégias de exposição, prevenção da resposta e exercícios cognitivos.
- Explicação: revisão de tópicos de interesse do grupo relativos ao TOC.
- Prevenção de recaídas.
- Exercícios para casa.
- Avaliação da sessão.

### Revisão das tarefas de casa

Inicialmente, é feita a revisão dos exercícios de exposição e prevenção da resposta e dos exercícios cognitivos individuais perante o grupo. Cada paciente mostra para o grupo sua planilha de automonitoramento e comenta os escores atribuídos, justificando-os e explicando eventuais picos ou quedas.

### Reforço das estratégias de exposição, prevenção da resposta e dos exercícios cognitivos

Na medida em que os pacientes relatam seus exercícios, o terapeuta comenta os resultados, faz questionamentos, sugere estratégias cognitivas, exercícios comportamentais e lembretes, estimulando a interação com os demais membros para ouvir sugestões.

### Revisão de tópicos do TOC (opcional)

Alguns tópicos do TOC podem ser revistos com base nas sugestões da sessão 8, ilustrando as explicações, sempre que possível, com exemplos do próprio grupo e procurando estimular o debate e a participação de todos. O terapeuta encerra a explicação abordando o tema prevenção de recaídas.

### Prevenção de recaídas

Mesmo depois de o paciente ter praticamente eliminado todos os sintomas, são comuns episódios isolados, de curta duração, de realização de rituais ou evitações – os chamados lapsos, que ocorrem por distração, descuido ou mesmo falha nas estratégias de autocontrole. Os lapsos podem ser interpretados pelo paciente como recaídas ou como o fracasso de todo o tratamento, eventualmente provocando descrença quanto à capacidade de, um dia, eliminar por completo os sintomas. Mas é justamente em função dessa descrença que o paciente pode dar espaço a uma recaída. Pequenos lapsos são comuns, particularmente na fase da mudança, quando os rituais constituem verdadeiros hábitos. No entanto, é importante que o paciente conheça algumas estratégias de prevenção de recaídas.

## Estratégias de prevenção de recaídas

1. Identificar as situações internas (psicológicas) ou externas (ambiente, objetos) de risco (gatilhos) para a realização de rituais, para a ocorrência de obsessões ou comportamentos evitativos: hora de deitar ou de sair de casa para os verificadores, hora de chegar em casa para os que têm obsessões por contaminação.
2. Preparar com antecedência estratégias de enfrentamento, a fim de lidar adequadamente com as situações de risco e evitar as recaídas:
  - Vigilância: estar atento para o autocontrole e não executar de forma automática os rituais aos quais estava habituado. Para livrar-se do TOC é necessária uma vigilância constante, especialmente nas situações de risco (gatilho).
  - Planejar com a antecedência como irá se comportar no enfrentamento das situações de risco, tendo em vista o que deve fazer em termos de exposição e prevenção da resposta: por quanto tempo, onde, de que forma: “Vou sentar na cama com a roupa da rua quando chegar em casa durante 15 minutos”
  - Distração: nas situações de risco, procurar se entreter com outros pensamentos ou atividades práticas, como forma de reduzir a aflição e o impulso a ritualizar; evitar a focalização da atenção no conteúdo da obsessão e a hipervigilância, procurando distrair-se e não pensar.
  - Conversar consigo mesmo, dando ordens: “Você tem condições de se controlar”, “Não vá verificar se a torneira ficou bem fechada”, “Esqueça a torneira” etc.
  - Uso de lembretes: “A aflição não dura para sempre”, “Isso é o TOC”, ou “Cuidado com o TOC”.
3. Identificar pensamentos automáticos ativados nas situações de risco e questionar sua validade. A aflição que os acompanha pode provocar lapsos (rituais ou evitações eventuais). Exemplo: “Se eu não ler de novo este trabalho, erros podem escapar”; questionamento: “Se escapar um erro, o que de pior pode acontecer?” (descatastrofização).
4. Prevenção das conseqüências de ter cometido um lapso. Um lapso pode ativar as crenças de fraqueza, de ser incapaz de autocontrole (tudo ou nada), de o tratamento ter fracassado, sempre acompanhadas de sentimento de culpa, diminuição da auto-estima, depressão e vontade de desistir. Lembre que lapso não é recaída!
5. Fazer revisões periódicas da lista de sintomas com seu terapeuta. Caso tenham ocorrido lapsos, revise-os: o que provocou o lapso, pensamentos automáticos/crenças e suas conseqüências, técnicas de correção de disfunções cognitivas, etc.
6. Se estiver utilizando medicamentos, suspenda-os somente se seu médico concordar.
7. Participar das associações de portadores de TOC e procurar manter-se sempre atualizado sobre eventuais conhecimentos novos.

**Tarefas para casa**

1) Identificação de situações ativadoras de rituais, de obsessões ou de evitações (gatilhos). Liste a seguir as principais situações, objetos ou pessoas que ativam seus sintomas:

---

---

---

---

---

2) Liste alguns lembretes que podem ajudá-lo:

---

---

---

---

---

3) Preencha as escalas de automonitoramento.

4) Liste a seguir as tarefas de exposição e prevenção da resposta da semana.

---

---

---

---

---

---

**Avaliação da sessão pelos participantes**

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





## SESSÃO 11

---

### Agenda

- Revisão das tarefas de casa e das escalas de automonitoramento.
- Reforço das estratégias de exposição e prevenção da resposta e dos exercícios cognitivos.
- Explicação: revisão de tópicos de interesse do grupo relativos ao TOC.
- Prevenção de recaídas.
- Exercícios para casa.
- Avaliação da sessão.

### Revisão das tarefas de casa

Os pacientes relatam perante o grupo os exercícios de exposição e prevenção da resposta realizados durante a semana, mostram as escalas de automonitoramento, a lista de situações gatilho e os lembretes. Cada paciente comenta os escores que atribuiu, justificando-os e explicando eventuais picos ou quedas. O terapeuta estimula um esforço final, no sentido de superar os últimos obstáculos e conquistar o que ainda falta para o domínio completo dos sintomas, e a troca de experiências e incentivos entre os participantes. A partir da observação, incentiva que todos tentem reduzir ao máximo os escores dos sintomas na última semana de tratamento.

A partir da lista de situações gatilho, o terapeuta sugere estratégias específicas e individuais para combater eventuais lapsos ou recaídas: vigilância, preparar estratégias com antecedência, decidir antes como se comportar, etc.

### Reforço das estratégias de exposição e prevenção da resposta e dos exercícios cognitivos

Na medida em que os pacientes relatam seus exercícios, o terapeuta comenta os resultados, faz questionamentos, utiliza técnicas cognitivas, sugere experimentos comportamentais e lembretes, estimulando a interação com os demais membros para darem sugestões.

### Revisão de tópicos do TOC (opcional)

Alguns tópicos do TOC (crenças disfuncionais, técnicas comportamentais, modelo cognitivo, questionamento socrático, etc.) podem ser revistos com base nas sugestões da sessão 8, ilustrando as explicações, sempre que possível, com exemplos do próprio grupo e procurando estimular o debate e a participação de todos. O terapeuta encerra a explicação abordando o tema prevenção de recaídas.

### Prevenção de recaídas

Revisar novamente os conceitos da pág. 278.

**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 escalas de automonitoramento.

- 4) Tarefas de exposição e prevenção da resposta para a semana:

---

---

---

---

---

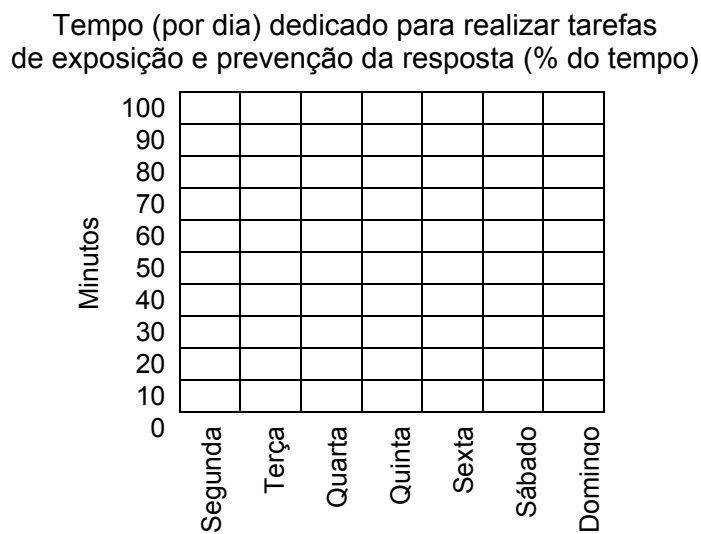
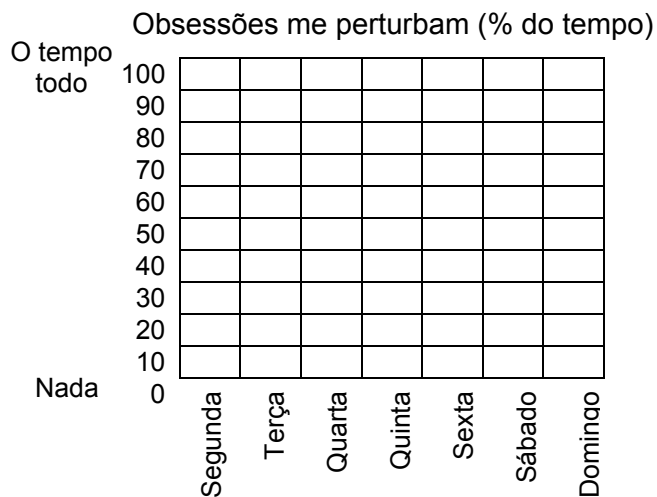
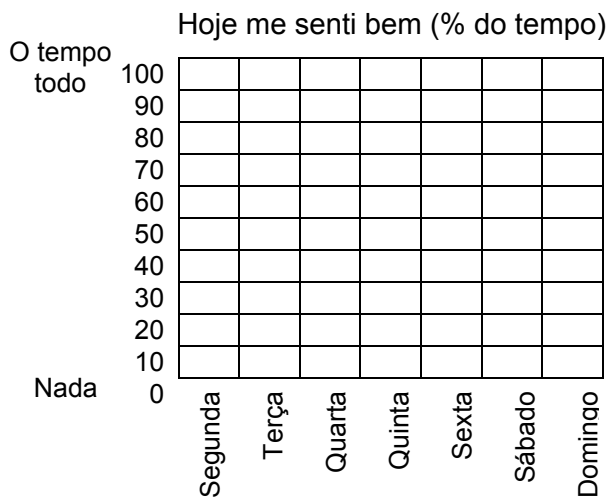
- 5) Lembre que a próxima sessão é a de encerramento, cujo tema principal será a avaliação do tratamento. Para isso, é de extrema importância o comparecimento de todos.

**Avaliação da sessão pelos participantes**

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

**Escala de automonitoramento**

Nome: \_\_\_\_\_ Semana: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_



**Anotar razões ou situações associadas à mudança nos sintomas:**

---



---



---



---

## SESSÃO 12

---

### Agenda

- Avaliação da terapia pelos participantes, críticas e sugestões.
- Revisão das tarefas de casa e estabelecimento de metas individuais de longo prazo; sugestão de tarefas de prevenção de recaídas.
- Recursos da comunidade: ASTOC, associações de portadores e ex-pacientes, leituras adicionais, sites na Internet.
- Combinação dos encontros futuros de revisão.

### Avaliação da terapia pelos participantes

O terapeuta prepara, com antecedência, um pequeno questionário sobre a TCC em grupo e solicita o seu preenchimento pelos participantes. Em seguida, as respostas são discutidas com todo o grupo. De maneira mais informal, o terapeuta pode solicitar que cada participante dê seu depoimento, comentando o aproveitamento, os conhecimentos adquiridos, a redução obtida (ou não) nos sintomas, a melhora da qualidade de vida, a participação da família, o que mais gostou no grupo e o que não gostou, os exercícios que considerou de maior utilidade (exposição, prevenção da resposta, cognitivos) e os que se revelaram sem utilidade, o ambiente grupal, etc. Solicita, ainda, sugestões dos participantes para melhorar a técnica.

### Revisão das tarefas de casa e estabelecimento de metas individuais de longo prazo, sugestão de tarefas de prevenção de recaídas

À medida que cada paciente vai fazendo sua avaliação do grupo, o terapeuta solicita que mostre as escalas de automonitoramento, 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.
- 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.
- Hodgson R, Rachman S. The effects of contamination and washing in obsessional patients. *Behav Res Ther* 1972;10:111-7.
- Ladouceur R, Léger E, Rhéaume J, Dubé D. Correction of inflated responsibility in the treatment of inflated responsibility disorder. *Behav Res Ther* 1996;34(6):767-74.
- Lavy E, Van Den Hout M. Thought suppression induces intrusion. *Behav Psychother* 1990;18:251-8.
- Lopatka C, Rachman S. Perceived responsibility and compulsive checking: an experimental analysis. *Behav Res Ther* 1995;33(6):673-84.
- Marks IM, Hodgson R, Rachman S. Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in-vivo exposure - a two year follow-up and issues in treatment. *Brit J Psychiatry* 1975;127:349-64.
- Mowrer OH. A stimulus-response theory of anxiety. *Psychological Review* 1939;46:553-66.
- OCCWG - Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1997;9:667-81.
- Rachman S. A cognitive theory of obsessions. *Behav Res Ther* 1998;36:385-401.
- Rachman S. A cognitive theory of obsessions. *Behav Res Ther* 1997;35(9):793-802.
- Rachman SJ, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behav Res Ther* 1978; 16:233-48.
- Rachman SJ, de Silva P, Röper G. The spontaneous decay of compulsive urges. *Behav Res Ther* 1976;14:445-53.

- Rh eaume J, Freeston MH, Dugas M, Letarte H, Ladouceur R. Perfeccionism, responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Cognit Ther Res* 1995;33:785-94.
- R oper G, Rachman S, Hogdson R. An experiment on obsessional checking. *Behav Res Ther* 1973;11:271-7.
- Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: a cognitive behavioural analysis. *Behav Res Ther* 1985;23:311-3.
- Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Ther* 1989;27(6):677-82.
- Salkovskis PM. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1999;37:29-52.
- Salkovskis PM, Forrester E, Richards C. Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *Brit J Psychiatry* 1998;173(suppl.35):53-63.
- Shafran R, Thordarson D, Rachman S. Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder. *J Anx Disord* 1995;10:379-92.
- Steketee G. *Overcoming obsessive-compulsive disorder*. Oakland: New Harbinger Pub., 1999.
- Van Oppen P, Arntz A. Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1994;33(1):79-87.
- Van Noppen B, Pato M, Marsland R, Rasmussen SA. A time-limited behavioral group for treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Psychother Pract Res* 1998;7:272-80.
- Van Noppen B, Steketee G, McCorkle MA, Pato M. Group and multifamily behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: a pilot study. *J Anxiety Disorders* 1997;11:431-46.
- Torres AR. *Medos, dúvidas e manias*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

## Anexo 1 - 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 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, coleccionar objetos inúteis).

Passado Presente

\_\_\_\_\_

Descrever: \_\_\_\_\_

*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 se beliscar-se ou picar-se\*

**Bibliografia**

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

## Anexo 2 - Lista de comportamentos evitativos

---

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 de determinado lugar  |
| ___ | ___ | Assistir a filmes com 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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_