

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO



Tradução e adaptação do Obsessional-Beliefs Questionnaire – OBQ-44

Aluna: Cristiane Flôres Bortoncello

Orientador: Dr. Aristides Volpato Cordioli

Porto Alegre, março de 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO



Tradução e adaptação do Obsessional-Beliefs Questionnaire – OBQ-44

Aluna: Cristiane Flôres Bortoncello

Orientador: Dr. Aristides Volpato Cordioli

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psiquiatria, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria.

Porto Alegre, março de 2011.

CIP - Catalogação na Publicação

Bortoncello, Cristiane Flôres Bortoncello
Tradução e adaptação do Obsessional-Beliefs
Questionnaire - OBQ-44 / Cristiane Flôres Bortoncello
Bortoncello. -- 2011.
100 f.

Orientador: Aristides Volpato Cordioli Cordioli.
Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa
de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria,
Porto Alegre, BR-RS, 2011.

1. Transtorno Obsessivo-Compulsivo. 2. Adaptação.
3. Tradução. 4. Propriedades Psicométricas. I.
Cordioli, Aristides Volpato Cordioli, orient. II.
Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

**“O conhecimento deve ser
melhorado, desafiado e ampliado
constantemente, ou desaparece”.**

Peter Drucker

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, **Aristides Volpato Cordioli**, pela oportunidade, confiança, disponibilidade e carinho durante toda a minha trajetória, o que contribuiu para o meu crescimento profissional e pessoal.

A **Juliana Braga Gomes** e **Daniela Tusi Braga**, que se tornaram grandes amigas ao longo destes dois anos, pela dedicação e comprometimento com este trabalho.

À nossa equipe de pesquisa, por todo aprendizado e agradável convivência: **Analise Vivan, Fernanda Pasquoto de Souza, Marcelo Basso de Souza, Lucas Lovato, Elisabeth Meyer e Cenita Borges**.

Aos meus pais **Marta** e **Guaraci**, por entender a minha ausência durante este período, pelo amor e por ter me ensinado muito sobre a vida.

Aos meus irmãos, **Márcia, Ezequiel, Alexsandro** e **Marco Aurélio** pelo incentivo, compreensão e por sempre estarem me apoiando em todas as horas.

Aos meus cunhados **Eduardo, Patrícia e Kelly**; meus sobrinhos **Fernanda, Juliana, Bruno, Lucas, Isabella, Lívia, Felipe e Matheus** por entender minha ausência nos momentos de confraternização em família.

Ao meu marido **Leandro**, por todo o amor, incentivo e companheirismo que fazem nosso relacionamento ficar mais sólido a cada dia.

Aos meus filhos **Rafael** e **Victoria**, razão da minha vida, pela compreensão durante momentos de ausência.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria da UFRGS.

Ao Centro de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (CAPES), pela bolsa de pesquisa fornecida.

À Fundação de Incentivo à Pesquisa e Eventos, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (FIPE-HCPA), pelo apoio financeiro que permitiu a execução deste estudo.

A estatística **Ceres Oliveira**, pela disponibilidade para auxiliar neste trabalho.

Aos pacientes, por participarem desta pesquisa e pela oportunidade de aprender cada vez mais sobre os sintomas obsessivo-compulsivos, durante esta caminhada. Sem eles eu não teria conseguido concluir este trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	07
LISTA DE FIGURAS E TABELAS.....	08
RESUMO.....	09
ABSTRACT.....	10
1. APRESENTAÇÃO.....	11
2. INTRODUÇÃO.....	12
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	14
3.1. Transtorno Obsessivo-Compulsivo	14
3.2. Tratamentos no TOC.....	16
3.3. Crenças disfuncionais no TOC	18
3.4. Instrumentos para avaliação das crenças no TOC.....	21
4. JUSTIFICATIVA.....	23
5. OBJETIVOS.....	24
5.1. Objetivo Geral.....	24
5.2. Objetivos Específicos.....	24
6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	25
7. REFERÊNCIAS LITERÁRIAS.....	26
8. ARTIGOS.....	34
8.1 Artigo 1: Tradução e adaptação para o português do Brasil do Obsessional Beliefs Questionnaire – OBQ-44.....	34
8.2 Artigo 2A: Questionário de Crenças Obsessivas- OBQ-44: Propriedades psicométricas da versão brasileira.....	52
8.3 Artigo 2B: Obsessional Beliefs Questionnaire- OBQ-44: Psychometric properties of the Brazilian version.....	73
9. CONCLUSÕES.....	93
10. APRESENTAÇÃO PARCIAL DOS RESULTADOS.....	95
11. ANEXOS.....	96
Anexo 1: Termo de Consentimento Informado para portadores de Transtorno Obsessivo-Compulsivo.....	96
Anexo 2: Questionário de Crenças Obsessivas-OBQ-44.....	97
Anexo 3: Escala Obsessivo-Compulsivo de Yale-Brown – Y-BOCS.....	99

LISTA DE ABREVIATURAS

BAI	Beck Anxiety Inventory
BDI	Beck Depression Inventory
CAPES	Centro de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior
CBTG	Cognitive Behavioral Group Treatment
EPR	Exposição e Prevenção de Resposta
FIPE	Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
ICT	Importância e controle dos pensamentos
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
OCCWG	Obsessive Compulsive Cognitions Working Group
OCD	Obsessive Compulsive Disorder
OCs	Obsessivo-Compulsivos
OBQ	Obsessional Beliefs Questionnaire
OMS	Organização Mundial da Saúde
PC	Perfeccionismo e intolerância a incerteza
PI	Pádua Inventory
RR	Responsabilidade e estimação de risco
SCID-IV	Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TCCG	Terapia Cognitivo-Comportamental
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Y-BOCS	Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

	Página
Artigo 1 - Tradução e adaptação para o português do Brasil do Obsessional Beliefs Questionnaire – OBQ-44	
Tabela 1: Alterações feitas na escala durante e após o processo de adaptação.....	44
Figura 1: Passos para tradução, adaptação e retro-tradução para o OBQ-44.....	43
Artigo 2A - Questionário de Crenças Obsessivas- OBQ-44: Propriedades psicométricas da versão brasileira.	
Tabela 1: Análise fatorial das questões do OBQ-44 agrupadas por domínio (n=104)...	69
Tabela 2: Fidedignidade do OBQ-44 (teste re-teste) (n=20).....	70
Tabela 3: Sensibilidade a mudança (n=48).....	71
Tabela 4: Associação entre os escores dos domínios do OBQ-44 e os escores da Y-BOCS, BAI e BDI.....	72
Artigo 2B - Obsessional Beliefs Questionnaire- OBQ-44: Psychometric properties of the Brazilian version.	
Table 1: Factorial Analysis of OBQ-44 questions grouped in domains (n=104).....	95
Table 2: Reliability of OBQ-44 (test re-test) (n=20).....	96
Table 3: Sensitiveness to changes (n=48).....	97
Table 4: Association between scores and domains of OBQ-44 and the scores of Y-BOCS, BAI e BDI.....	98

RESUMO

O objetivo do presente projeto foi traduzir e adaptar o Obsessional Beliefs Questionnaire – OBQ-44 ao Português Brasileiro e verificar suas propriedades psicométricas em pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). Na primeira etapa, traduziu-se e adaptou-se o OBQ-44 ao Português Brasileiro, aplicou-se essa versão inicial a 20 pacientes com TOC, observando sua compreensão e adequações linguísticas. Retro-traduzido, gerou-se uma versão final aprovada pela autora. Sua versão brasileira mostrou-se de fácil compreensão e apto a pacientes de classes sócio-econômicas diversas e na identificação dos domínios de crenças em pacientes com TOC, auxiliando na compreensão da origem e manutenção do transtorno. Na segunda etapa, avaliaram-se suas propriedades psicométricas em 104 pacientes com TOC, dos quais 48 realizaram 12 sessões semanais de Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo (TCCG) e 56 permaneceram em lista de espera, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Pela análise fatorial, identificaram-se 3 domínios de crenças da escala original, consistência interna muito boa e reprodutibilidade boa. Após intervenção, a sensibilidade à mudança foi boa e quanto ao tamanho de efeito padronizado, verificou-se forte intensidade. A versão brasileira do OBQ-44 apresentou boas propriedades psicométricas, mostrando-se útil ao estudo de crenças disfuncionais em pacientes com TOC e sua modificação com o tratamento.

Palavras-chave: Transtorno Obsessivo-Compulsivo; Adaptação; Tradução, Propriedades Psicométricas.

ABSTRACT

The aim of this present Project was to translate and adapt the Obsessional Beliefs Questionnaire – OBQ-44 to the Brazilian Portuguese, and to verify its psychometric properties in patients with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). During the first stage, the OBQ-44 was translated and adapted to the Brazilian Portuguese, and it was administrated to 20 patients with OCD to observe its comprehension and linguistic accuracies. After being back-translated, a final version was developed and approved by the author. Its Brazilian version presents to be easily comprehended and suitable to be used with patients belonging to several socio-economic classes, and to identify the belief domains in patients with OCD, assisting the understanding of the origin and maintenance of the disorder. During the second stage, its psychometric properties were evaluated in 104 patients with OCD, of whom 48 underwent 12 weekly sessions of cognitive-behavioral group therapy (CBGT), and 56 remained on the waiting list, at Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Through factor analysis, 3 belief domains from the original scale were identified, very good internal consistence, and good reproducibility. After intervention, the sensitiveness to changes was good and, regarding the standardized measures of effect, a strong intensity was verified. The Brazilian version of the OBQ-44 presented good psychometric properties and value to the study of dysfunctional beliefs in patients with OCD and the alterations after treatment.

Key-words: Obsessive-Compulsive Disorder; Adaptation; Translation; Psychometric Properties.

1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Tradução e adaptação do Obsessional Beliefs Questionnaire”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Psiquiatria, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 31 de Março de 2011. O trabalho é apresentado em quatro partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos;
2. Artigos;
3. Conclusões e Considerações Finais;
4. Documentos de apoio que estão apresentados nos anexos.

2. INTRODUÇÃO

Embora o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) seja uma doença importante, ainda pouco se conhece sobre sua etiologia. Teorias recentes sustentam uma hipótese integradora, em que fatores neurobiológicos (incluindo genéticos), psicológicos e ambientais estariam envolvidos na gênese do transtorno. Dentre os fatores psicológicos, teorias cognitivas e comportamentais buscam explicar a origem e manutenção do transtorno (CAMERON, 2007).

Diversos pesquisadores vêm trabalhando no desenvolvimento de modelos cognitivos do TOC (CLARK & PURDON, 1993; VAN OPPEN & ARNTZ, 1994). Apesar de apresentarem características distintas, existe um consenso a respeito dos componentes essenciais ao modelo cognitivo: (1) normalidade das intrusões: pensamentos intrusivos normais e patológicos fazem parte de um contínuo; (2) distorção na avaliação das intrusões: o problema central é a avaliação errônea dos pensamentos intrusivos indesejáveis ou obsessões; (3) neutralização e evitação: estratégias de neutralização aumentam a intensidade das obsessões, e as evitações reforçam as interpretações errôneas dos pensamentos intrusivos; (4) crenças disfuncionais: a tendência a fazer as avaliações errôneas das obsessões decorre de crenças disfuncionais subjacentes, envolvendo conteúdo de risco, perigo, responsabilidade, incerteza, necessidade de controle, perfeccionismo, etc. (CLARK, 1999).

Uma das hipóteses levantadas na teoria cognitiva sobre a etiologia do TOC fundamenta-se na hipótese de que as obsessões seriam uma variação dos pensamentos intrusivos comuns a todos os indivíduos e considerados um fenômeno natural nos seres humanos. O que diferenciaria uma obsessão de um pensamento intrusivo “normal” seria o fato de que a primeira parece ser mais intensa, insistente, demorada e aflitiva, enquanto a segunda tende a ser passageira e com menor intensidade emocional (RACHMAN & DE SILVA, 1978; SALKOVSKIS & HARRISON, 1984; FREESTON & LADOUCEUR, 1993).

Partindo do modelo cognitivo para explicar a manutenção dos sintomas ansiosos, foi destacada a avaliação irreal do risco como sendo comum em portadores de transtornos de ansiedade, em que indivíduos avaliam situações de maneira exagerada quanto à probabilidade de suas conseqüências serem negativas (CARR, 1974). Autores

sugeriram que erros de avaliação poderiam ser cruciais para o TOC, destacando como cognições relevantes o perfeccionismo disfuncional, a responsabilidade exagerada e avaliação exagerada do risco (MACFALL & WOLLERSHEIM, 1979).

Os modelos cognitivo-comportamentais adotam alguns pontos em comum, sendo eles: a) as emoções são o resultante da avaliação dos eventos, incluindo a avaliação dos pensamentos; b) pelo processo de aprendizagem preexistem processos e estruturas cognitivas (crenças, esquemas etc.) que influenciam as avaliações que o indivíduo faz; c) as avaliações e as respostas emocionais tendem a interagir reciprocamente; d) as conseqüências do comportamento do indivíduo influenciam as avaliações e vice-versa (SALKOVSKIS, 1989).

Estudos de campo têm sido conduzidos com o intuito de verificar a importância das crenças disfuncionais na aquisição e manutenção dos sintomas do TOC. Diversos instrumentos foram desenvolvidos com essa finalidade, destacando-se o “Obsessional Beliefs Questionnaire – OBQ” (questionário de crenças obsessivas), elaborado por um grupo de pesquisadores e estudiosos do TOC (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group - OCCWG). A construção e validação deste instrumento representam uma espécie de consenso entre os pesquisadores dos modelos cognitivos sobre o TOC (OCCWG, 2001; TAYLOR, KYRIOS, THORDARSON, STEKETEE & FROST, 2002).

O objetivo do presente estudo é traduzir, realizar a adaptação transcultural do instrumento OBQ-44 em uma amostra de pacientes com TOC e verificar suas propriedades psicométricas em um ensaio clínico randomizado.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. Transtorno Obsessivo-Compulsivo

O TOC caracteriza-se pela presença de obsessões e ou compulsões que consomem tempo ou interferem de forma significativa nas rotinas diárias do indivíduo, no seu trabalho, vida familiar ou social e causam acentuado sofrimento. É considerada uma doença mental grave, pois acomete principalmente indivíduos jovens ao final da adolescência, embora muitas vezes a doença tenha início na infância (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

Normalmente, esses indivíduos apresentam diversos sintomas, como obsessões e/ou compulsões, sendo que um ou outro predomina e causa mais perturbação (CORDIOLI, 2007). As obsessões são definidas como pensamentos ou idéias, impulsos ou imagens recorrentes que são experimentados como intrusivos, impróprios e/ou desagradáveis. Esses pensamentos são reconhecidos como produto da mente, mas, geralmente, são estranhos à pessoa que, apesar de se esforçar, não consegue eliminá-los, o que gera ansiedade ou angústia. O conteúdo típico das obsessões inclui medos de contaminação, dúvidas repetitivas, necessidade de simetria, pensamentos, imagens ou impulsos de conteúdo agressivo, sexuais ou blasfemos desagradáveis e impróprios. Indivíduos que experimentam obsessões procuram ignorá-las ou suprimi-las e tentam neutralizá-las por meio das compulsões ou de comportamentos evitativos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

As compulsões são comportamentos repetitivos e intencionais, motores ou mentais que têm como objetivo prevenir ou reduzir a ansiedade, a aflição ou outros sentimentos desagradáveis, decorrentes das obsessões ou mesmo na ausência dessas. Entre as compulsões mais comuns estão lavar, verificar, colecionar e ordenar (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

Usualmente inicia na infância e de forma gradual, com pico de incidência ao redor dos 20 anos. Seu curso, na maioria das vezes, tende a ser crônico, com sintomas que podem oscilar em gravidade ao longo da vida do indivíduo. Chega a incapacitar 10% de seus portadores e, caso não seja tratado, a possibilidade de remissão dos sintomas é extremamente baixa. (MASELLIS, RECTOR & RICHTER, 2003).

O TOC é considerado o quarto transtorno psiquiátrico mais comum sendo precedido, apenas, pela depressão, fobia social e abuso de substâncias (OMS, 1998);

atinge em média 2,5% da população, chegando a ser duas vezes mais prevalente do que a esquizofrenia e o transtorno de humor bipolar (KARNO, GOLDING, SORESON & BURNAM, 1988; WEISSMAN ET AL, 1994; JENIKE, 2001).

O TOC era considerado raro até pouco tempo. Verificou-se, no entanto, que é um transtorno mental bastante comum, com uma prevalência de 1,6 a 3,1 na população geral (KESSLER ET AL, 2005). Dados recentes referem uma prevalência, no mundo, ao redor de 1,0%, sendo ao longo da vida entre 2,0 a 2,5% (TORRES & LIMA, 2005). Em um estudo de revisão acerca da epidemiologia descritiva do TOC, foi observado que sua prevalência é bem mais heterogênea, variando de 0,3% (em São Paulo – Brasil) a 3,1% (San Diego – EUA) na população em geral (FONTENELLE, MENDLOWICZ, VERSIANI, 2006).

A maioria dos estudos indica existir uma leve tendência ao maior número de mulheres com TOC quando comparadas aos homens. É possível observar que nos homens, frequentemente, o início é mais precoce, 19,5 anos; DP=9,2, do que nas mulheres, 22 anos; DP=9,8 (RASMUSSEN & EISEN, 1992; LENSI ET AL., 1996). Nos homens, são mais comuns as obsessões sexuais, enquanto, nas mulheres, são mais frequentes os rituais de limpeza e lavagem (RACHMAN & HODGSON, 1980; STEKETEE, GREYSON, FOA, 1985; LENSI ET AL., 1996).

O TOC ocasiona prejuízos importantes na qualidade de vida e no cotidiano dos portadores (KORAN & THIENEMANN, 1996; CALVOCORESI, LIBMAN, VEGSO, MCDUGLE, 1998; BOBES ET AL., 2001). Além disto, interfere de maneira acentuada na vida da família, que é forçada a se adaptar aos sintomas, modificando suas rotinas e restringindo o uso dos diferentes ambientes e objetos da casa, o que é motivo para constantes conflitos (CORDIOLI, 2008).

Estudos clínicos mostram que portadores do TOC levam de 6 a 17 anos para buscar ajuda e receber o atendimento adequado para o seu transtorno (ANTONY, DOWNIE, & SWINSON, 1998; BROWN, CAMPBELL, LEHMAN, GRISHAM, & MANCILL, 2001; GRABILL ET AL., 2007). Sendo assim, fica evidente que o diagnóstico preciso é um componente essencial para o sucesso do tratamento.

3.2. Tratamentos no TOC

As abordagens psicossociais têm sido utilizadas no TOC com o intuito de incrementar a melhora dos sintomas obsessivo-compulsivos (OCs). Dentre as psicoterapias, a terapia comportamental (TC) foi introduzida de forma mais sistemática na década de 70. A TC, que se fundamenta na teoria da aprendizagem, parte do princípio de que os rituais ou as evitações são estratégias que o indivíduo "aprende" a utilizar para alívio do desconforto subjetivo associado às obsessões e que, ao obter sucesso em se aliviar, passa a repetir tais rituais neutralizando, assim, temporariamente seu sofrimento e seus temores. A terapia propõe uma reversão desse quadro através da utilização de duas técnicas comportamentais combinadas que se têm revelado efetivas: a Exposição e a Prevenção da Resposta ou Rituais (EPR). Nessa abordagem comportamental, o paciente é estimulado a se expor às situações ou objetos temidos e a se refrear de executar os rituais que lhe causam o alívio. Embora ocorra inicialmente um aumento do desconforto, se o indivíduo tolerar um tempo suficiente de exposição, ocorre o desaparecimento espontâneo da ansiedade. Tal fenômeno é denominado habituação: o alívio gradual da ansiedade, com a repetição dos exercícios de exposição às situações temidas, até seu completo desaparecimento (CORDIOLI, 2007).

A terapia de EPR foi testada em vários ensaios clínicos na população mostrando-se eficaz em amostras de pacientes adultos, com índices de sucesso variando de 75% a 85% (FOA & GOLDSTEIN, 1978; MARKS, 1981; FOA ET AL., 2005; ABRAMOWITZ, ET AL., 2010), comprovando a efetividade dessa abordagem, especialmente quando combinada com farmacoterapia (MARKS ET AL, 1988; THE CLOMIPRAMINE COLLABORATIVE STUDY GROUP, 1991; JENIKE, 1993). Entretanto, 20 a 30% dos pacientes não aderem aos exercícios ou abandonam a terapia (MARKS, HODGSON & RACHMAN, 1975; FOA & GOLDSTEIN, 1978; MARKS, 2002).

Pacientes com predomínio de obsessões ou com convicções muito rígidas sobre suas crenças eram pouco acessíveis à terapia de EPR, levando alguns autores a propor técnicas cognitivas associadas ou não à terapia de EPR (SALKOVSKIS, 1985, 1989; VAN OPPEN & ARNTZ, 1994; FREESTON ET. AL, 1997). A eficácia da terapia cognitiva tem sido comprovada tanto em pacientes com predomínio de obsessões, considerados refratários à terapia de EPR (FREESTON ET. AL, 1997), como em pacientes com obsessões e compulsões (VAN OPPEN ET. AL., 1995; COTTRAUX ET AL., 2001).

Com o reconhecimento de que as interpretações distorcidas e disfuncionais no TOC exercem importante influência no início e na manutenção dos sintomas OCs, a tendência atual é incorporar estratégias de correção cognitiva oriundas da terapia cognitiva associadas às técnicas comportamentais já consagradas pelo uso clínico e comprovadas como eficazes pela pesquisa, como a EPR, em uma abordagem psicoterápica denominada Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). O modelo cognitivo-comportamental considera que, sem diminuir a importância dos fatores de ordem biológica na doença, a origem e a manutenção dos sintomas OCs ocorrem em parte por aprendizagens errôneas e crenças disfuncionais que o indivíduo desenvolve e perpetua (SALKOVSKIS, 1989).

Vários autores vêm desenvolvendo esse modelo psicoterápico em adultos, sendo possível observar que a TCC melhora os sintomas OCs e diminui o risco de recaída, mesmo após a retirada da medicação daqueles pacientes que faziam uso concomitante de farmacoterapia antiobsessiva (HOLLANDER & ROSEN, 2005; FREESTON ET AL., 1997; STEKETEE, PIGOTT & SCHEMMEL, 1999; VAN BALKOM ET AL., 1994; ABRAMOWITZ, 1997).

Tem sido proposta a Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG), para melhorar a resposta e adesão à psicoterapia e disponibilizá-la a um maior número de pacientes com um custo menor (KRONE, HIMLE, NESSE, 1991; VAN NOPPEN, STEKETEE, MCCORKLE, PATO, 1997), sendo verificada redução da intensidade dos sintomas OCs e das ideias supervalorizadas, bem como melhora na qualidade de vida dos pacientes com TOC, tratados através de 12 sessões de TCCG, não sendo observado os mesmos resultados no grupo controle (CORDIOLI ET AL., 2003).

3.3. Crenças disfuncionais no TOC

Os teóricos da cognição têm verificado vários domínios de crenças na etiologia do TOC. Nesse modelo, as crenças disfuncionais são entendidas como avaliação negativa dos pensamentos intrusivos (FROST & STEKETEE, 2002).

Um grupo de pesquisadores e estudiosos do TOC, o *Obsessive Compulsive Cognitions Working Group* (OCCWG), iniciou um esforço para sistematizar as proposições feitas sobre os tipos de crenças mais frequentes no TOC, sugerindo as seguintes crenças disfuncionais consideradas de importância nesse transtorno (OCCWG, 1997; STEKETEE ET AL., 1998; OCCWG, 2001; TAYLOR, 2002):

Responsabilidade excessiva: "Responsabilidade" significa que a pessoa acredita que possa ser ou venha a ser a causa de dano para si ou para os outros, a não ser que faça algo para impedir ou reparar. Avaliação excessiva da responsabilidade é a crença que alguém tem de deter um poder que é decisivo para provocar ou para impedir que aconteçam desfechos negativos considerados subjetivamente críticos de serem prevenidos. A distorção cognitiva mais típica é acreditar que qualquer influência sobre um desfecho equivale a ter responsabilidade total por esse. Tanto diz respeito à probabilidade de dano físico como ao dano resultante de falha moral (SALKOVSKIS 1985, 1989; RHÉAUME, FREESTON, DUGAS, LETARTE & LADOUCEUR, 1995; OCCWG, 1997).

Exagerar a importância dos pensamentos: É a crença de que a mera presença de um pensamento indica que ele é importante, sobre o qual a pessoa acredita ter o poder de provocar ou impedir desfechos negativos futuros executando rituais (RACHMAN 1997, 1998; OCCWG, 1997). Inclui-se ainda a chamada fusão do pensamento e da ação (SHAFRAN, THORDARSON, & RACHMAN, 1996).

Preocupação excessiva com o controle dos pensamentos: Uma das disfunções centrais no TOC são as pressuposições de que o indivíduo faz sobre a forma ou o conteúdo dos pensamentos ou imagens que ocupam a corrente do pensamento. Uma dessas disfunções é a tendência a supervalorizar a importância de exercer um controle completo sobre pensamentos, imagens e impulsos intrusivos e a crença de que isso tanto

é possível como desejável (WELLS & MATTHEWS, 1994; WELLS 1997, 2000; CLARK & PURDON 1993; OCCWG, 1997).

Superestimar o perigo e o risco: Exagerar a probabilidade ou a gravidade do dano ou do perigo é certamente a crença mais comum em pacientes com rituais de lavagem ou de verificações. Envolve dois componentes: superestimar a probabilidade de que um evento catastrófico venha a acontecer e/ou o grau do seu impacto. Um evento altamente improvável, embora de grande impacto, causa eventualmente mais aflição do que outro bem mais provável, mas de impacto menor. Influi ainda no grau de aflição associada à avaliação diminuída dos recursos de que o indivíduo dispõe para seu eventual manejo. É uma dimensão que se sobrepõe, de certa forma, ao excesso de responsabilidade (MCFALL & WOLLERSHEIM, 1979; OCCWG, 1997).

Intolerância à incerteza: Sabe-se que pacientes com TOC têm mais dificuldades em tomar decisões, parecem ser mais cautelosos, solicitam repetidamente as mesmas informações, necessitam que uma informação ou reasseguramento sejam repetidos, além de terem muitas dúvidas se suas decisões foram corretas ou não. As dificuldades de tomar decisão derivam da necessidade de ter certeza (CARR, 1974; OCCWG, 1997).

Perfeccionismo: É a tendência a acreditar que existe uma solução perfeita para cada problema, que fazer alguma coisa perfeita (livre de erros) não só é possível, como necessário e que mesmo erros pequenos têm sérias conseqüências. As metas exigidas não são apenas elevadas, como, também, muitas vezes, inatingíveis (RHÉAUME ET AL., 1995; FROST & STEKETEE, 1997; OCCWG, 1997).

Atualmente, diversas pesquisas de campo têm sido conduzidas com o intuito de verificar a importância das crenças disfuncionais na aquisição e manutenção dos sintomas do TOC. Com esse objetivo, TAYLOR ET AL, 2006 procuraram verificar, utilizando o “Obsessional – Beliefs Questionnaire - OBQ” (OCCWG, 2005), se crenças distorcidas exercem um papel importante em todos os casos de TOC. Concluíram, no entanto, que as crenças distorcidas exercem algum papel em 49% dos pacientes quando comparados com controles. Tal resultado era esperado, tendo em vista inúmeras evidências apontando também para outras hipóteses sobre a aquisição e manutenção dos sintomas do TOC (TAYLOR ET AL., 2006).

Seguindo essa mesma linha, CALAMARI ET AL, 2006 buscaram verificar o papel que as crenças distorcidas têm nos diferentes subgrupos de sintomas do TOC. Concluíram que as crenças distorcidas estão presentes em todos os subgrupos de sintomas, ocorrendo com maior frequência em pacientes enquadrados nos subgrupos com a predominância de Obsessões, Obsessões e compulsões de Simetria e Compulsões por limpeza e lavagem.

A partir dos estudos sobre os sintomas OCs e as crenças disfuncionais, foi ressaltada a necessidade do desenvolvimento de instrumentos que avaliassem a intensidade dos sintomas obsessivo-compulsivos, das crenças e sua redução ao longo do tratamento.

3.4. Instrumentos para avaliação das crenças no TOC

Na sequência de um simpósio sobre crenças relacionadas no TOC no Congresso Mundial de comportamento e Terapias Cognitivas na Dinamarca, em julho de 1995, um pequeno grupo de participantes se reuniu para discutir a avaliação cognitiva do TOC. Concordaram em iniciar um esforço coordenado para desenvolver e avaliar estratégias de avaliação, incluindo auto-relatos e métodos laboratoriais. Assim, o Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) foi formado. Como passo inicial, os organizadores concordaram em reunir todos os instrumentos de auto-relato sobre as crenças do TOC a fim de identificar os domínios e temas relevantes.

Foram coletados 16 instrumentos, na tentativa de desenvolver um único questionário, para avaliar diferentes domínios de crenças, com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento e manutenção dos sintomas OCs, estando entre eles: Irrational Beliefs Regarding Obsessions (FREESTON, LADOUCEUR, GAGNON, & THIBODEAU, 1993), Multidimensional Perfectionism Scale (FROST, MARTEN, LAHART & ROSENBLATE, 1990), Lucky Beliefs Questionnaire (FROST ET AL., 1993), Guilt Inventory (KUGLER & JONES, 1992), Responsibility Questionnaire (RHÉUME ET AL., 1995) e Thought-Action Fusion Scale (SHAFRAN ET AL., 1996) e outros não publicados (OCCWG, 1997). A dificuldade desses primeiros instrumentos dava-se ao fato deles avaliarem cada crença isoladamente, inexistindo, portanto, um instrumento que avaliasse, de forma ampla, as crenças disfuncionais no TOC. Além disso, os instrumentos vigentes apresentavam sobreposição de medidas, falta de avaliação das propriedades psicométricas e ausência de um consenso sobre se os conteúdos cognitivos de cada instrumento seriam específicos do TOC e se teriam uma efetiva importância para o transtorno. Em 1997, OCCWG, por consenso, propôs seis domínios de crenças subjacentes aos fenômenos OCs (OCCWG, 1997). 1) responsabilidade exagerada, 2) importância exagerada dos pensamentos, 3) importância de controlar os pensamentos, 4) superestimar o risco, 5) intolerância à incerteza, e 6) perfeccionismo.

Em uma tentativa de consolidar os achados, até o momento, sobre as crenças mais frequentes no TOC, o OCCWG construiu e validou o “Obsessional-Beliefs Questionnaire - OBQ” (Questionário de crenças obsessivas), representando uma espécie de consenso entre os pesquisadores dos modelos cognitivos sobre o TOC (TAYLOR, 2002). Inicialmente, o OBQ era constituído de 129 itens (OCCWG, 2001), foi adaptado

para 87 (OCCWG, 2003) e a versão atual contém 44 itens (OCCWG, 2005). E, de forma consistente, tem sido comprovada a validade de critério e validade convergente do OBQ provando ser satisfatórias (OCCWG, 2001, 2003, 2005).

O OBQ-44 é composto por 44 autoafirmações, divididas em 3 subescalas que representam 3 domínios de crenças disfuncionais: 1) responsabilidade e estimação de risco (RT); 2) importância e controle dos pensamentos (ICT); 3) perfeccionismo e intolerância a incerteza (PC) (OCCWG, 2005). As autoafirmações são graduadas em uma escala tipo *likert* de 1 para discordo plenamente até 7 para concordo plenamente (OCCWG, 2005). Até o momento o OBQ foi traduzido e validado em populações de diferentes países (SICA ET AL., 2004; JULIEN ET AL., 2008; BIGLIERI & VETERE, 2008; MYERS, FISHER, & WELLS, 2008; OCCWG, 2005) e o instrumento muito utilizado para avaliar os sistemas de crenças em pacientes com o transtorno (SICA ET AL., 2004).

A validade de critério e validade convergente do OBQ provaram ser satisfatórios. Por exemplo, pacientes com TOC obtiveram uma pontuação maior que os controles não-clínico em todas as escalas do OBQ e correlações significativas foram observadas entre algumas das escalas do OBQ e medidas de sintomas do TOC (OCCWG, 2001, 2003, 2005; TOLIN, WORHUNSKY, & MALTBYL, 2006).

4. JUSTIFICATIVA

Tendo em vista o crescente número de publicações relacionadas a crenças disfuncionais presentes no TOC, o presente trabalho tem como principal objetivo traduzir e adaptar o *Obsessional-Beliefs Questionnaire - OBQ*. Por se tratar de um instrumento de fácil aplicação e que relaciona as crenças distorcidas mais frequentes no portador de TOC, sua utilização pode ser empregada tanto no contexto clínico como no de pesquisa.

A busca por medidas que possibilitem explorar com maior confiabilidade as crenças disfuncionais no TOC abre um caminho que representa a objetivação de processos, até pouco, negligenciadas por alguns pesquisadores, principalmente pelo fato de que esses dados estariam sujeitos à avaliação subjetiva.

Sendo assim, a tradução e adaptação do OBQ para o Brasil representam além da abertura para novas pesquisas sobre o assunto, a obtenção de dados mais fidedignos e realistas sobre nossa população, possibilitando a comparação dos achados brasileiros com outros estudos, para que, quando alguém aplicá-la, seja no consultório ou em pesquisa, esteja minimamente seguro quanto sua validade.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo geral

Traduzir, realizar a adaptação transcultural do instrumento *Obsessional Beliefs Questionnaire – OBQ-44* em uma amostra de pacientes com TOC e verificar suas propriedades psicométricas.

5.2. Objetivos específicos

- Comparar os achados da versão brasileira aos das versões de outros países;
- Verificar a validade de conteúdo;
- Verificar a validade fatorial;
- Verificar a consistência interna;
- Verificar o teste-reteste em 20 pacientes com TOC;
- Examinar a sensibilidade à mudança do OBQ-44 em 48 pacientes antes e após a terapia Cognitivo-Comportamental para o TOC.
- Examinar o tamanho de efeito padronizado em 48 pacientes com TOC após a Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo;

6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo está de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução n.º 196/96), tendo o projeto de pesquisa sido previamente 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 (GPPG 07-144). Todos os participantes receberam os esclarecimentos necessários sobre os objetivos do projeto. Foi garantida sua confidencialidade, assim como a possibilidade de recusa ou abandono da pesquisa em qualquer momento da aplicação.

O trabalho de campo foi precedido pelo preenchimento do termo de consentimento informado em duas vias e, somente após concordância individualizada dos pacientes, o estudo foi realizado. O participante ficou com uma via em que consta o telefone do pesquisador principal, para futuros esclarecimentos ou retirada de seu consentimento, se assim o desejar. O sigilo dos dados levantados foi garantido pelos pesquisadores. Os instrumentos utilizados nessa pesquisa são largamente empregados, inclusive não havendo relatos de prejuízos nas pessoas nos quais são administrados.

De acordo com a classificação didática de projetos de pesquisa por risco e benefício (GOLDIM, 2000), o presente trabalho, por suas características, pode ser considerado com risco mínimo para os pacientes e controles avaliados.

Todos os dados foram mantidos em local considerado seguro pelos responsáveis do projeto. Apenas os membros da equipe, diretamente ligados à pesquisa, tiveram acesso e manusearam os dados coletados.

7. REFERÊNCIAS LITERÁRIAS

- ABRAMOWITZ J. S. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1997; 65: 44-52.
- ABRAMOWITZ, J. S., OLATUNJI, B. O., TIMPANO, K. R., RIEMANN, B. C., ADAMS, T., STORCH E. A., DEACON, B. J., WHEATON, M. G., BERMAN, N. C., LOSARDO, D., MCGRATH, P. B., BJÖRGVINSSON, T., & HALE L. R. Assessment of Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions: Development and Evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychological Assessment.* 2010; 22: 180-198.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.* DSM - IV- TR. 4.ed. rev. Porto Alegre: Artmed; 2002.
- ANTONY MM, DOWNIE F, & SWINSON RP. Diagnostic issues and epidemiology in obsessive-compulsive disorder. In RP Swinson MM, Antony S, Rachman, & MA. Richter (Eds.), *Obsessive-Compulsive Disorder: Theory, research, and treatment.* 1998; 3–32. New York: Guilford.
- BIGLIERI RR, & VETERE YG. Adaptación Argentina Del cuestionario de creencias obsesivas. *Interdisciplinaria.* 2008; 25: 53-76.
- BOBES J, GONZÁLEZ MP, BASCARÁN MT, ARANGO C, SÁIZ PA, BOUSÑO M. Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry.* 2001; 16: 239-45.
- BROWN TA, CAMPBELL LA, LEHMAN CL, GRISHAM JR AND MANCILL RB. Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology.* 2001; 110: 585–599.
- BURNS LG, KEORTGE SG, FORMAEA GM, STERNBERGER LG. Revision os the padua inventory of obsessivo compulsive disorder symptoms: distinctions between worry, obsessions, and compulsions. *Behaviour Research and Terapy.* 1996; 34: 163-173.
- CALAMARI JE, COHEN R, RECTOR NA, SZACUN-SHIMIZU K, RIEMANN BC, NORBERG MM. Dysfunctional belief-based obsessive-compulsive disorder subgroups. *Behavior Research and Therapy,* in press (2006).

CALVOCORESSI L, LIBMAN D, VEGSO SJ, MCDOUGLE CJ, PRICE LH. Global functioning of inpatients with obsessive-compulsive disorder, schizophrenia, and major depression. *Psychiatr Srvc.* 1998; 49: 379-381.

CAMERON CL. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.* 2007; 14(7): 696-704.

CARR AT. Compulsive neurosis: a review of literature. *Psychol Bull.* 1974; 81: 311-18.

CLARK DM & PURDON C. New perspectives for a theory of obsessions. *Australian Psychologist.* 1993; 28: 161-67.

CLARK DM. Cognitive behavioral treatment of obsessive-compulsive disorders: a commentary. 1999; 6: 408-415.

CORDIOLI AV, HELDT E, BOCHI DB, MARGIS R, SOUSA MB, TONELLO JF, MANFRO GG, KAPCZINSKI F. Cognitive-Behavioral Group Therapy in Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Clinical Trial. *Psychother Psychosom.* 2003; 72: 211-216.

CORDIOLI AV. TOC: Manual da Terapia Cognitivo-comportamental para o transtorno Obsessivo-Compulsivo. Porto Alegre: ARTMED, 2007.

CORDIOLI AV e colaboradores. Psicoterapias: Abordagens atuais. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2008.

COTTRAUX J, NOTE I, SAI NY, et al. A randomized controlled trial of cognitive therapy versus intensive behavior therapy in obsessive-compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics.* 2001; 70: 288-297.

DE VEAUGH-GEISS J, LANDUA P, KATZ R. Treatment of obsessive-compulsive disorder with clomipramine. *Psychiatric Annals.* 1989; 19: 97-101.

FOA EB, GOLDSTEIN A. Continuous exposure and complete response prevention in the treatment of obsessive-compulsive neurosis. *Behav. Ther.* 1978; 9: 821-829.

FOA EB, KOZAK MJ, SALKOVSKIS PM, et al. The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The obsessive-compulsive inventory. *Psychological Assessment.* 1998; 10: 206-214.

FOA EB, HUPPERT JD, LEIBERG S, et al. The obsessive-compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment.* 2002; 14: 485-496.

FOA EB, LIEBOWITZ MR, KOZAK MJ, DAVIES S, CAMPEAS R, FRANKLIN ME, et al. Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2005; 162(1): 151-161.

FONTENELLE LF, MENDLOWICZ MV, VERSIANI M. The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Prog. Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2006; 30(3): 327-37.

FREESTON MH, LADOUCEUR R. Appraisal of cognitive intrusions and response style: replication and extension. *Behavior Research and Therapy*. 1993; 31(2): 185-91.

FREESTON MH, LADOUCEUR R, GAGNON F, & THIBODEAU N. Beliefs about obsessional thoughts. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*. 1993; 15: 1-21.

FREESTON MH, LADOUCEUR R, GAGNON F, et al. Cognitive-behavioral therapy treatment of obsessive-compulsive thoughts: a controlled study. *J. Clin. Cons. Psychol*. 1997; 65: 405-413.

FROST RO, MARTEN P, LAHART C, & ROSENBLATE R. The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*. 1990; 14: 449-468.

FROST RO, KRAUSE MS, MCMAHON MJ, PEPPE J, EVANS M, MCPHEE AE, & HOLDEN M. Compulsivity and superstitiousness. *Behaviour Research and Therapy*. 1993; 31: 423-425.

FROST RO, & STEKETEE G. Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*. 1997; 35: 291–296.

FROST RO, & STEKETEE G. Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment. Oxford: Pergamon, 2002.

GOLDIM JR. *Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde*. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

GOODMAN WK, PRICE LH, RASMUSSEN AS, et al. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: development, use, and reliability. *Archives General Psychiatry*. 1989; 46: 106-1011.

GRABILL K, et al. Assessment of obsessive-compulsive disorder: A review, *Journal of Anxiety Disorders*. 2007, doi:10.1016/j.janxdis.2007.01.012.

HODGSON RJ, RACHMAN S. Obsessional-compulsive compulsive complaints. *Behaviour Research e Therapy*. 1977; 15: 389-395.

HOLLANDER E, ROSEN J. Transtorno do espectro obsessivo-compulsivo: uma revisão. In: Maj M, Sartorius N, Okasha A, Zohar J. *Transtorno obsessivo-compulsivo*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

JENIKE MA. Obsessive-compulsive disorder: efficacy of specific treatments as assessed by controlled trials. *Psychopharm. Bull*. 1993; 29: 487-499.

JENIKE MA. An update on obsessive-compulsive disorder. *Bull Menninger Clin*. 2001; 65: 4-25.

JULIEN, D, CAREAU, Y, O'CONNOR KP, BOUVARD M, RHÉAUME J, LANGLOIS F, FREESTON MH, RADOMSKY AS, & COTTRAUX J. Specificity of belief domains in OCD: Validation of the French version of the Obsessive Beliefs Questionnaire and a comparison across samples. *Journal of Anxiety Disorders*. 2008; 22: 1029–1041.

KARNO M, GOLDING JM, SORESON SB & BURNAM MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in .ve US communities. *Archives of General Psychiatry*. 1988; 45: 1094–1099.

KESSLER RC, BERGLUND P, DEMLER O, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62: 593-602.

KORAN LM, THIENEMANN ML, DAVENPORT R. Quality of life for patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1996; 153(6): 783-8.

KRONE KP, HIMLE JA, NESS RM. A standardized behavioral group treatment program for obsessive-compulsive disorder: preliminary outcomes. *Behaviour Research and Therapy*. 1991; 29: 627-663

KUGLER K, & JONES WH. On conceptualizing and assessing guilt. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1992; 62: 318-327.

LEE H, TELCH MJ. Autogenous/reactive obsessions and their relationship with OCD symptoms and schizotypal personality features. *Journal of Anxiety Disorders*. 2005; 19: 793-805.

LENSI P, CASSANO GB, CORREDDU G, et al. Obsessive-compulsive disorder: Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *Br J Psychiatry*. 1996; 169:101-7.

MACFALL ME, & WOLLERSHEIM JP. Obsessive-compulsive neurosis: a cognitive-behavioral formulation and approach to treatment. *Cognitive Therapy and Research*. 1979; 3: 333-48.

MARKS IM, HODGSON R, RACHMAN S. Treatment of chronic obsessive-compulsive *Psychiatry*. 1975; 127: 349-364.

MARKS IM. Psychiatry and behavioural psychotherapy. *Brit. J. Psych*. 1981; 139: 74-78.

MARKS IM, LELLIOT P, BASOGLU M, et al. Clomipramine, self-exposure, and therapist - aided exposure for obsessive-compulsive rituals. *Brit. J. Psychiatry*. 1988; 152: 522-534.

MARKS IM. The maturing of therapy: some brief psychotherapies help anxiety/depressive disorders but mechanisms of action are unclear. *British Journal of Psychiatry*. 2002: 200-204.

MASELLIS M, RECTOR N, RICHTER M. Quality of life in OCD: Differential Impact of Obsessions, Compulsions, and Depression Comorbidity. *Can J Psychiatry*. 2003; 48: 72-77.

MYERS SG, FISHER PL, & WELLS A. Belief domains of the Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44) and their specific relationship with obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*. 2008; 22: 475-484.

OBSESSIVE COMPULSIVE COGNITIONS WORKING GROUP (OCCWG). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 1997; 35: 667-681.

OBSESSIVE COMPULSIVE COGNITIONS WORKING GROUP (OCCWG). Development and initial validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory. *Behaviour Research and Therapy*. 2001; 39: 987-1006.

OBSESSIVE COMPULSIVE COGNITIONS WORKING GROUP (OCCWG). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and the interpretation of intrusions inventory: Part I. *Behaviour Research and Therapy*. 2003; 41: 863-878.

- OBSESSIVE COMPULSIVE COGNITIONS WORKING GROUP (OCCWG). Psychometric validation of the Obsessive Belief Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part 2. Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*. 2005; 43: 1527–1542.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento da CID 10*. Porto Alegre: Artes médicas, 1998.
- RACHMAN SJ & DE SILVA P. Abnormal and Normal Obsessions. *Behavior Research and Therapy*. 1978; 16: 233–238.
- RACHMAN SJ, & HODGSON RJ. Obsessions and compulsions. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1980.
- RACHMAN SJ. A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*. 1997; 35: 793–802.
- RACHMAN S. A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour Research and Therapy*. 1998; 36: 385–401.
- RASMUSSEN SA, EISEN JR. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1992; 53: 4-10.
- RHÉAUME J, FREESTON MH, DUGAS MJ, LETARTE H, & LADOUCEUR R. Perfectionism, responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*. 1995; 33: 785–794.
- SALKOVSKIS PM & HARRISON J. Abnormal and Normal Obsessions. A Replication. *Behavior Research and Therapy*. 1984; 22: 549–552.
- SALKOVSKIS PM. Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioral analysis. *Behav. Res. Ther.* 1985; 23: 571-583.
- SALKOVSKIS PM. Cognitive-behavioral factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav. Res. Ther.* 1989; 27: 677-682.
- SHAFRAN R, THORDARSON DS, & RACHMAN S. Thought action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 1996; 5: 379-391.
- SICA C, CORADESCHI D, SANAVIO E, DORZ S, MANCHISI D, NOVARA C. A study of the psychometric properties of the Obsessive Beliefs Inventory and Interpretations of Intrusions Inventory on clinical Italian individuals. *Journal of Anxiety Disorders*. 2004; 18: 291-307.

STEKETEE G, GREYSON JB, FOA EB. Obsessive-compulsive disorder: Differences between washers and checkers *Behavioral Research Therapy*. 1985; 23:197.

STEKETEE G, FROST R, & COHEN I. Measurement of beliefs in patients with OCD. *Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy*, New York, NY, 1996.

STEKETEE G, FROST RO, RHE'AUME J, & WILHELM S. Cognitive theory and treatment of obsessive-compulsive disorder. In MA Jenike, L Baer, & WE Minichiello, *Obsessive-compulsive disorders: Practical management*. St. Louis: Mosby, (1998).

STEKETEE G, PIGOTT T, SCHEMMEL T. Obsessive-compulsive disorder. *The latest assessment and treatment strategies*. Compact Clinicals: Kansas City, 1999.

STEKETEE G. Overcoming Obsessive-Compulsive Disorder: A behavioral and cognitive protocol of treatment of OCD. Client Manual. Oakland: New Harbinger Publications; 1999.

TAYLOR S, KYRIOS M, THORDARSON DS, STEKETEE G, & FROST R. Development and validation of instruments for measuring intrusions and beliefs in obsessive-compulsive disorder. In. Frost R, & Steketee G (Eds.). *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment*. New York: Pergamon Press. 2002:117-138.

TAYLOR S, ABRAMOWITZ JS, MCKAY D, CALAMARI JE, SOOKMAN D, & KYRIOS M. Do dysfunctional beliefs play a role in all types of obsessive compulsive disorder? *Journal of Anxiety Disorders*. 2006; 20: 85-97.

THE CLOMIPRAMINE COLABORATIVE STUDY GROUP (1991). Clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 48, 730-738.

TOLIN DF, WORHUNSKY P, & MALTBY N. Are "obsessive" beliefs specific to OCD?: a comparison across anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*. 2006; 44: 469-480.

TORRES AR, LIMA CP. Epidemiologia do transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2005; 27 (3): 237-42.

VAN BALKOM AJ, VAN OPPEN P, VEMEULEN AWA, et al. Meta-analysis on the treatment of OCD: comparison of antidepressants, behavior and cognitive psychotherapy. *Clin. Psychol.* 1994; 14: 359-381.

VAN OPPEN P, & ARNTZ, A. cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy.* 1994; 32:79-88.

VAN OPPEN P, DE HAAN E, VAN BALKON AJL, et al. Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy.* 1995; 33: 379-390.

VAN NOPPEN B, STEKETEE G, MCCORKLE MA, et. al. Group and multifamily behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: a pilot study. *Journal of Anxiety Disorders.* 1997; 11: 431-446.

WEISSMAN MM, BLAND RC, CANINO GJ, GRENNWALD S, HWU HG, LEE CK, and others. The cross national pidemiology of obsessive-compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *Journal of Clinical Psychiatry.* 1994; 55 (Suppl):5-10.

WELLS A, & MATTHEWS G. *Attention and emotion: a clinical perspective.* Hove, UK: Erlbaum, 1994.

WELLS A. *Cognitive therapy of anxiety disorders: a practice manual and conceptual guide.* Chichester, UK: Wiley, 1997.

WELLS A. *Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy.* Chichester, UK: Wiley, 2000.

8. ARTIGOS

8.1. Artigo 1 - Submetido para a Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul

Tradução e adaptação para o português do Brasil do Obsessional Beliefs Questionnaire – OBQ-44

Translation and adaptation to Brazilian Portuguese of Obsessional Beliefs Questionnaire – OBQ-44

Cristiane Flôres Bortoncello¹, Analise Vivian², Juliana Braga Gomes¹, Aristides Volpato Cordioli³.

¹ *Mestranda Ciências Médicas: Psiquiatria – Universidade Federal do Rio Grande do Sul -UFRGS, Porto Alegre;* ²*Doutoranda em ciências médicas: psiquiatria, UFRGS;* ³*Doutor, Professor Associado, departamento de psiquiatria e medicina legal – UFRGS.*

Correspondencia

Cristiane Flôres Bortoncello

Department of Psychiatry, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

R. Ramiro Barcelos, 2350, Room 400N

90035-903 Porto Alegre, RS, Brazil

Phone: (+55 51) 33328003/ (55-51)

E-mail: cris.bortoncello@terra.com.br

Resumo

O *Obsessional Beliefs Questionnaire (OBQ-44)* é um instrumento auto-respondido composto por 44 itens que avaliam as crenças dos pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). O objetivo do presente estudo foi traduzir e adaptar para o português do Brasil a referida escala.

Método: O processo de tradução e adaptação do *OBQ-44* obedeceu às seguintes etapas: solicitação de licença de uso da escala para os autores do referido instrumento, tradução da escala na versão original em Inglês para o Português do Brasil por dois profissionais da saúde de forma independente, ambos com fluência em Inglês. Comparadas as duas escalas traduzidas, obteve-se uma versão inicial que foi aplicada a uma amostra de 20 pacientes, com diagnóstico principal de (TOC), visando observar a sua compreensão e realizar adaptações de linguagem. A seguir, a escala foi retro-traduzida de forma independente por dois psiquiatras fluentes na língua inglesa. Comparadas as duas versões, gerou-se uma versão final que foi encaminhada para a autora, obtendo-se sua aprovação.

Resultados: a versão da escala em Português do Brasil, após sua tradução e adaptação, mostrou ser de fácil compreensão por parte dos pacientes de diferentes níveis educacionais, podendo ser utilizada em pacientes e classes econômicas e sociais diversas que caracterizam nosso país.

Conclusão: o *OBQ-44* na versão adaptada para o Português do Brasil e por ser um instrumento de fácil compreensão e auto-aplicável, poderá ser útil na identificação das crenças disfuncionais de pacientes com TOC auxiliando na compreensão da origem e manutenção do transtorno.

Descritores: Transtorno obsessivo-compulsivo, escalas, tradução, adaptação.

Abstract

Objective: The Obsessional Beliefs Questionnaire (OBQ-44) is a self-administered tool compound by 44 items that evaluates the patient's belief with Obsessive Compulsive Disorder (OCD). The objective of this study is to translate and adapt into Brazilian Portuguese the referred scale.

Method: The process of translation and adaptation of OBQ-44 followed the following steps: request license to use the scale in the original version to the authors of the referred tool, translation of the scale from English into Brazilian Portuguese independently done by two health professionals, both fluent in English. Comparing the two scales, an early version was obtained and was applied to a sample of 20 patients, with primary diagnosis of OCD, aiming to observe patient's comprehension and perform adjustments adaptations to the language. Then, the scale was retro-translated independently done by two psychiatrists fluent in English. Comparing the two versions, a final version was developed and sent to the author, obtaining the approval.

Results: The version of the scale in Brazilian's Portuguese, after its translation and adaptation, proved to be easy to understand by patients of different education levels, it can be utilized by patients of different social and economic class of our country.

Conclusion: The OBQ-44 the version adapted to Brazilian Portuguese, because it is an easy tool to understand and because it is self-applied, it may be useful in the studies of dysfunctional beliefs of patients with OCD, and a better understanding of the role that such beliefs have in the origin and maintenance of the disorder.

Descriptors: Obsessive-compulsive disorder, questionnaires, translating, adaptation.

Introdução

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) caracteriza-se pela presença de pensamentos, imagens ou impulsos intrusivos (obsessões) e por comportamentos repetitivos (compulsões) realizados com a finalidade de reduzir o desconforto ou impedir a ocorrência dos desfechos temidos ¹.

Embora o TOC seja uma doença muito estudada, ainda pouco se conhece sobre sua etiologia. Teorias recentes sustentam uma hipótese integradora, em que fatores neurobiológicos (incluindo genéticos), psicológicos e ambientais estariam envolvidos na gênese do transtorno. Dentre os fatores psicológicos, teorias comportamentais e cognitivas buscam explicar a origem e manutenção do transtorno ².

Pesquisadores vêm trabalhando no desenvolvimento de modelos cognitivos do TOC ³⁻⁹. Apesar de apresentarem características distintas, existe um consenso a respeito dos componentes essenciais ao modelo cognitivo: (1) normalidade das intrusões: pensamentos intrusivos normais e patológicos fazem parte de um contínuo; (2) distorção na avaliação das intrusões: o problema central é a avaliação errônea dos pensamentos intrusivos indesejáveis ou obsessões; (3) neutralização e evitação: estratégias de neutralização aumentam a intensidade das obsessões, e as evitações reforçam as interpretações errôneas dos pensamentos intrusivos; (4) crenças disfuncionais: a tendência a fazer as avaliações errôneas das obsessões decorre de crenças disfuncionais subjacentes, envolvendo conteúdo de risco, perigo, responsabilidade, incerteza, necessidade de controle, perfeccionismo. ¹⁰

Estudos de campo têm sido conduzidos com o intuito de verificar a importância das crenças disfuncionais na aquisição e manutenção dos sintomas do TOC, tendo

diversos instrumentos sido desenvolvidos com essa finalidade. Um grupo de pesquisadores e estudiosos do TOC o Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG), em 1997¹¹, coletaram 16 instrumentos, na tentativa de desenvolver um único questionário, para avaliar diferentes domínios de crenças, com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento e manutenção dos sintomas OCs, estando entre eles: Irrational Beliefs Regarding Obsessions¹², Multidimensional Perfectionism Scale¹³, Lucky Beliefs Questionnaire¹⁴, Guilt Inventory¹⁵, Responsibility Questionnaire¹⁶, Thought-Action Fusion Scale¹⁷ e outros não publicados¹¹. A dificuldade desses primeiros instrumentos dava-se ao fato deles avaliarem cada crença isoladamente, inexistindo, portanto, um instrumento que avaliasse, de forma ampla, as crenças disfuncionais no TOC. Além disso, os instrumentos vigentes apresentavam sobreposição de medidas, falta de avaliação das propriedades psicométricas e ausência de um consenso sobre se os conteúdos cognitivos de cada instrumento seriam específicos do TOC e se teriam uma efetiva importância para o transtorno.

Em uma tentativa de consolidar os achados, até o momento, sobre as crenças mais frequentes no TOC, o OCCWG construiu e validou o “Obsessional Beliefs Questionnaire - OBQ” (Questionário de crenças obsessivas), representando uma espécie de consenso entre os pesquisadores dos modelos cognitivos sobre o TOC¹⁸. Inicialmente, o OBQ era constituído de 129 itens¹⁹, foi adaptado para 87²⁰ e a versão atual contém 44 itens²¹. E, de forma consistente, tem sido comprovada a validade de critério e validade convergente do OBQ provando ser satisfatórias¹⁹⁻²¹.

O OBQ-44 é composto por 44 autoafirmações, divididas em 3 subescalas que representam 3 domínios de crenças disfuncionais: 1) responsabilidade e estimação de risco (RR); 2) importância e controle dos pensamentos (ICP); 3) perfeccionismo e intolerância a incerteza (PI)²¹. As autoafirmações são graduadas em uma escala tipo *likert* de 1 para discordo plenamente até 7 para concordo plenamente²¹. Até o momento

o OBQ foi traduzido e validado em populações de diferentes países^{22-25, 21} e o instrumento muito utilizado para avaliar os sistemas de crenças em pacientes com o transtorno²².

A validade de critério e validade convergente do OBQ provaram ser satisfatórios. Por exemplo, pacientes com TOC obtiveram uma pontuação maior que os controles não-clínico em todas as escalas do OBQ e correlações significativas foram observadas entre algumas das escalas do OBQ e medidas de sintomas do TOC^{19-21,26}.

Assim, o uso do OBQ-44 é relevante para auxiliar os profissionais de saúde a identificarem conjunto de crenças disfuncionais nos pacientes com este transtorno.

O objetivo deste estudo foi traduzir e adaptar o OBQ-44 para o Português do Brasil. Por se tratar de um instrumento auto-respondido, de fácil aplicação e que identifica as crenças distorcidas mais freqüentes no portador de TOC, sua utilização pode ser empregada tanto no contexto clínico como no de pesquisa, possibilitando suprir uma lacuna ainda presente em nosso país.

Métodos

Após autorização fornecida pelos autores do OBQ-44, esse foi traduzido e adaptado ao Português do Brasil. A tradução do Inglês para o Português foi realizada por uma psicóloga e um psiquiatra bilíngues que nunca haviam tido contato com a escala original, de forma a garantir a imparcialidade. Após a tradução, as duas versões da escala foram comparadas, obtendo-se uma versão inicial que foi aplicada a uma amostra de 20 pacientes com TOC em tratamento no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O objetivo dessa fase do estudo foi verificar a compreensão por parte dos pacientes e realizar adaptações de linguagem, analisando sugestões para

aperfeiçoamento do instrumento. Os sujeitos foram selecionados para representar diferentes níveis socioeconômicos e educacionais.

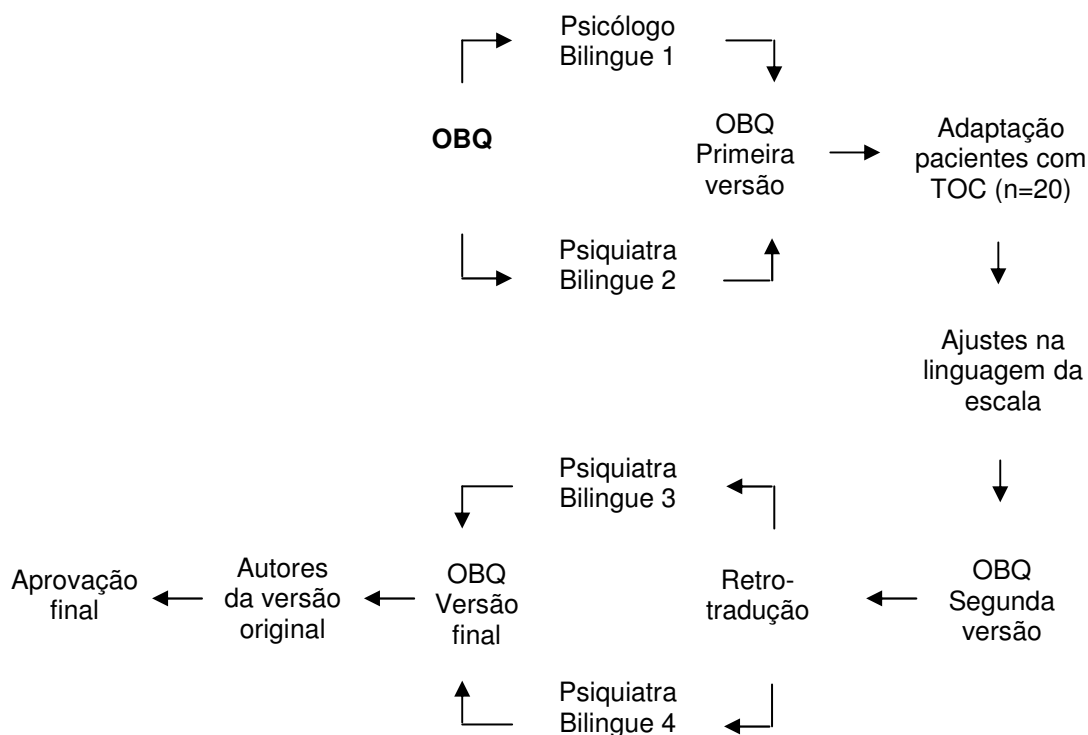
O instrumento foi preenchido individualmente, na presença do entrevistador. Cada entrevista teve duração aproximada de 30 minutos. Primeiramente, o entrevistado lia as afirmações e, caso não houvesse compreensão da questão ou de determinada palavra, havia uma modificação em conjunto com o entrevistador até que o paciente entendesse seu real significado. Todas as ideias propostas pelos entrevistados, durante esta etapa, foram observadas e os ajustes necessários realizados. A seguir, a escala foi retro-traduzida por dois psiquiatras bilíngues, que nunca haviam tido contato com a escala original e com experiência no atendimento a pacientes com TOC. Comparadas as duas versões da retro-tradução, gerou-se uma versão final que foi encaminhada para os autores, obtendo sua aprovação (Anexo 1).

No OBQ-44 é possível avaliar três domínios de crenças disfuncionais: 1) responsabilidade/estimação de riscos (RR) (questões 1, 5, 6, 8, 15, 16, 17, 19, 22, 23, 29, 33, 34, 36, 39, 41); 2) importância/controlar os pensamentos (ICP) (questões 7, 13, 21, 24, 27, 28, 30, 32, 35, 38, 42, 44) e 3) perfeccionismo/intolerância a incerteza (PI) (questões 2, 3, 4, 9, 10, 11, 12, 14, 18, 20, 25, 26, 31, 37, 40, 43).

O projeto e os procedimentos foram aprovados pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (nº 07-144). Todos os participantes preencheram o termo de consentimento informado, aceitando participar deste estudo.

A figura 1 mostra a metodologia utilizada nos processos de tradução, adaptação e retro-tradução.

Figura 1 - Passos para tradução, adaptação e retro-tradução para o OBQ-44



Resultados

A amostra foi intencional. Dos 20 pacientes, metade (50%) era do sexo masculino e com idade média de 45 ± 16 anos, variando de 20 a 65 anos. A escolaridade predominante foi terceiro grau incompleto (75%) e verificamos diferentes classes socioeconômicas, sendo: classe A (20%), classe B (35%), classe C (35%) e classe D (10%).

Os pacientes apresentaram dúvidas quanto ao enunciado de algumas questões, solicitando explicação ao entrevistador e sugerindo mudanças para que se tivesse uma melhor clareza e compreensão do instrumento. Segue lista de alterações realizadas (Tabela 1).

Após todo o processo de tradução, retro-tradução e ajustes na linguagem, a versão final foi enviada à autora para avaliação. Após a avaliação da autora, a versão brasileira do OBQ-44 foi re-enviada para nós, obtendo-se a aprovação e garantindo a validade de conteúdo do instrumento.

Tabela 1 – Alterações feitas na escala durante e após o processo de adaptação

Antes da adaptação	Sugestão dos entrevistados	Depois da adaptação
Pessoa de valor	Pessoa digna	Pessoa de valor (digna)
Em relação aos meus entes queridos	Sobre as pessoas importantes para mim	Sobre as pessoas importantes para mim
Todos os tipos de situações diárias	Todas as atividades diárias	Todas as atividades diárias
Precauções extras, eu tenho mais probabilidade	Cuidados extras (além dos usuais), eu tenho mais chance	Cuidados extras, (além dos usuais) eu tenho mais chance
Bizarros ou repulsivos	Bizarros ou revoltantes	Bizarros ou revoltantes
Tudo seja bem claro	Tudo seja bem claro ou compreensível	Tudo seja bem claro (compreensível)
Responsável pelo resultado	Responsável pelo ocorrido	Responsável pelo ocorrido
Pensamentos intrusivos	Pensamentos que involuntariamente invadem a minha mente	Pensamentos intrusivos (que involuntariamente invadem a minha mente)
Experiências comuns	Experiências do dia a dia	Experiências comuns (do dia a dia)

Discussão

Inicialmente, o OBQ era constituído de 129 autoafirmações e foi adaptada para 87 itens^{19,20}. Em 2005, o OBQ foi novamente reavaliado, ficando na versão atual com 44 autoafirmações²¹. No que diz respeito à validação dos resultados obtidos através do OBQ, bem como suas qualidades psicométricas, destacamos que o instrumento vem em

um continuum de validações desde 2001, sempre demonstrando um bom nível de confiabilidade e estabilidade temporal.

Em nosso estudo de tradução e adaptação do OBQ-44 foi possível avaliar três domínios de crenças disfuncionais:

1) Responsabilidade e Estimação de riscos: significa que a pessoa acredita que possa ser ou venha a ser a causa de dano para si ou para os outros, a não ser que faça algo para impedir ou reparar. É a crença que alguém tem de deter um poder que é decisivo para provocar ou para impedir que aconteçam desfechos negativos considerados subjetivamente críticos de serem prevenidos. A distorção cognitiva mais típica é acreditar que qualquer influência sobre um desfecho equivale a ter responsabilidade total por esse. Tanto diz respeito à probabilidade de dano físico como ao dano resultante de falha moral^{7,8,16,11}. Exagerar a probabilidade ou a gravidade do dano ou do perigo é certamente a crença mais comum em pacientes com rituais de lavagem ou de verificações. Envolve dois componentes: superestimar a probabilidade de que um evento catastrófico venha a acontecer e/ou o grau do seu impacto. Um evento altamente improvável, embora de grande impacto, causa eventualmente mais aflição do que outro bem mais provável, mas de impacto menor. Influi ainda no grau de aflição associada à avaliação diminuída dos recursos de que o indivíduo dispõe para seu eventual manejo. É uma dimensão que se sobrepõe, de certa forma, ao excesso de responsabilidade²⁷¹¹.

2) Importância e Controle dos pensamentos: é a crença de que a mera presença de um pensamento indica que ele é importante, sobre o qual a pessoa acredita ter o poder de provocar ou impedir desfechos negativos futuros executando rituais^{5,6,11}. Inclui-se ainda a chamada fusão do pensamento e da ação¹⁷. Uma das disfunções centrais no TOC são as pressuposições de que o indivíduo faz sobre a forma ou o conteúdo dos pensamentos ou imagens que ocupam a corrente do pensamento. Uma dessas disfunções é a tendência

a supervalorizar a importância de exercer um controle completo sobre pensamentos, imagens e impulsos intrusivos e a crença de que isso tanto é possível como desejável^{28-30,3,11}.

3) Perfeccionismo e Intolerância a incerteza: o perfeccionismo é a tendência a acreditar que existe uma solução perfeita para cada problema, que fazer alguma coisa perfeita (livre de erros) não só é possível, como necessário e que mesmo erros pequenos têm sérias conseqüências. As metas exigidas não são apenas elevadas, como, também, muitas vezes, inatingíveis^{16,31,11}. Sabe-se que pacientes com TOC têm mais dificuldades em tomar decisões, parecem ser mais cautelosos, solicitam repetidamente as mesmas informações, necessitam que uma informação ou reasseguramento sejam repetidos, além de terem muitas dúvidas se suas decisões foram corretas ou não. As dificuldades de tomar decisão derivam da necessidade de ter certeza^{32,11}.

Portanto, a tradução deste instrumento para o Português do Brasil possibilitará aos pesquisadores e profissionais um maior aprofundamento e compreensão das crenças disfuncionais comuns em pacientes portadores do TOC.

A avaliação da equivalência semântica envolve a capacidade de transferência de sentido dos conceitos contidos no instrumento original para a versão, propiciando um efeito nos respondentes semelhante nas duas culturas. É recomendado que o processo de adaptação seja uma combinação entre um componente de tradução literal de palavras e frases de um idioma ao outro, e um processo cuidadoso de sintonização que contemple o contexto cultural e o estilo de vida da população-alvo da versão³³.

Durante todo o processo de adaptação transcultural do OBQ-44 para o Português do Brasil buscou-se alcançar uma equivalência entre a escala original e a versão traduzida. Para que esse critério fosse satisfeito, um profissional treinado realizou a aplicação do instrumento já traduzido, visando auxiliar o paciente durante o processo de

adaptação. As dificuldades no entendimento de alguns itens foram constatadas em todos os sujeitos que participaram do estudo, o que determinou a escolha de palavras e expressões conhecidas por indivíduos de qualquer nível educacional. A apreciação e aprovação pelos autores da versão original do questionário após as adaptações de linguagem e retro-tradução confirmam que a metodologia utilizada foi cuidadosa.

O OBQ-44, após sua tradução e adaptação para o Português do Brasil, mostrou ser de fácil compreensão por parte dos portadores de TOC de diferentes níveis educacionais, classes econômicas e sociais que caracterizam nosso país. Além disso, demonstra ser útil na investigação de fenômenos até então de avaliação subjetiva, contribuindo para o avanço das pesquisas e do conhecimento. O OBQ-44 é um recurso importante para a identificação de um grupo de fatores (as crenças disfuncionais) subjacentes aos sintomas obsessivo-compulsivos, cujo papel tanto na origem como na sua manutenção ainda está por ser esclarecido.

Sendo assim, a tradução e adaptação do OBQ-44 para o Português do Brasil representa, além da abertura para novas pesquisas sobre o assunto, a obtenção de dados mais fidedignos e realistas sobre nossa população, proporcionando maior segurança para os profissionais na utilização do questionário, seja no âmbito clínico ou de pesquisa.

Agradecimentos

Os autores expressam seu agradecimento aos profissionais da área da saúde Lisandra B. Soldati, Ygor Ferrão, Marcelo Basso de Sousa, Roseli Gedanke Shavitt e aos pacientes por sua colaboração.

Referências

1. American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. DSM - IV- TR. 4.ed. rev. Porto Alegre: Artmed; 2002.
2. Cameron, C.L. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2007;14(7):696-704.
3. Clark, D.M. e Purdon, C. New perspectives for a theory of obsessions. *Australian Psychologist*. 1993;28:161-67.
4. Freeston, M. H., Rhéaume, J., & Ladouceur, R. Correcting faulty appraisals of obsessive thoughts. *Behavior Research and Therapy*. 1996;13:459-470.
5. Rachmann, S. J. A cognitive theory of obsessions. *Behavior Research and Therapy*. 1997;35:793-802.
6. Rachmann, S. J. A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behavior Research and Therapy*. 1998;36:385-401.
7. Salkoviskis, P. M. Obsessive-compulsive problems: A cognitive-behavioral analysis. *Behavior Research and Therapy*. 1985;23:571-583.
8. Salkoviskis, P. M. Cognitive-behavioral factors and the persistence of. Intrusive thoughts in obsessional problems. *Behavior Research and Therapy*. 1989;27(6):677-682.
9. Van Oppen, P., & Arntz, A. cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*. 1994; 32:79-88.
10. Clark, D. A. Cognitive behavioral treatment of obsessive-compulsive disorders: a commentary. 1999;6:408-415.

11. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 1997; 35: 667–681.
12. Freeston MH, Ladouceur R, Gagnon F, & Thibodeau N. Beliefs about obsessional thoughts. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*. 1993; 15: 1-21.
13. Frost RO, Marten P, Lahart C, & Rosenblate R. The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*. 1990; 14: 449-468.
14. Frost RO, Krause MS, McMahon MJ, Peppe J, Evans M, McPhee AE, & Holden M. Compulsivity and superstitiousness. *Behaviour Research and Therapy*. 1993; 31: 423-425.
15. Kugler K, & Jones WH. On conceptualizing and assessing guilt. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1992; 62: 318-327.
16. Rhéaume J, Freeston MH, Dugas MJ, Letarte H, & Ladouceur R. Perfectionism, responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*. 1995; 33: 785–794.
17. Shafran R, Thordarson DS, & Rachman S. Thought action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 1996; 5: 379-391.
18. Taylor, S., Kyrios, M., Thordarson, D. S., Steketee, G., & Frost, R. Development and validation of instruments for measuring intrusions and beliefs in obsessive-compulsive disorder. In: Frost, R. & Steketee, G. (Eds.). *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment*. New York: Pergamon Press. 2002:117–138.
19. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory. *Behaviour Research and Therapy*. 2001;39:987–1006.

20. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and the interpretation of intrusions inventory: Part I. *Behaviour Research and Therapy*. 2003;41:863–878.
21. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and the interpretation of intrusions inventory: Part 2. Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*. 2005;43:1527–1542.
22. Sica, C., Coradeschi, D., Sanavio, E., Dorz, S., Manchisi, D. Novara, C. A study of the psychometric properties of the obsessive beliefs inventory and interpretations of intrusions inventory on clinical Italian individuals. *Journal of Anxiety Disorders*. 2004;18:291-307.
23. Julien, D, Careau, Y, O'Connor KP, Bouvard M, Rhéaume J, Langlois F, Freeston MH, Radomsky AS, & Cottraux J. Specificity of belief domains in OCD: Validation of the French version of the Obsessive Beliefs Questionnaire and a comparison across samples. *Journal of Anxiety Disorders*. 2008; 22: 1029–1041.
24. Biglieri RR, & Vetere YG. Adaptación Argentina Del cuestionario de creencias obsesivas. *Interdisciplinaria*. 2008; 25: 53-76.
25. Myers SG, Fisher PL, & Wells A. Belief domains of the Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44) and their specific relationship with obsessive–compulsive symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*. 2008; 22: 475–484.
26. Tolin DF, Worhunsky P, & Maltby N. Are “obsessive” beliefs specific to OCD?: a comparison across anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*. 2006; 44: 469–480.
27. Macfall ME, & Wollersheim JP. Obsessive-compulsive neurosis: a cognitive-behavioral formulation and approach to treatment. *Cognitive Therapy and Research*. 1979; 3: 333-48.

28. Wells A, & Matthews G. Attention and emotion: a clinical perspective. Hove, UK: Erlbaum, 1994.
29. Wells A. Cognitive therapy of anxiety disorders: a practice manual and conceptual guide. Chichester, UK: Wiley, 1997.
30. Wells A. Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy. Chichester, UK: Wiley, 2000.
31. Frost RO, & Steketee G. Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*. 1997; 35: 291–296.
32. Carr AT. Compulsive neurosis: a review of literature. *Psychol Bull*. 1974; 81: 311-18.
33. Reichenheim, E. M; Moraes, C. L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Revista de Saúde Pública*. 2007;41(4):665-673.

OBO-44

Autoria: Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG)

Tradução e adaptação: Cristiane Flôres Bortoncello e Aristides Volpato Cordioli

Nome: _____ Data da aplicação: _____

Este inventário lista diferentes atitudes ou crenças que as pessoas algumas vezes apresentam. Leia cada afirmativa cuidadosamente e decida o quanto você concorda ou discorda em relação à ela. Para cada uma das alternativas, escolha o número correspondente à resposta **que melhor descreve como você pensa**. Pelo fato das pessoas serem diferentes, **não há respostas certas ou erradas**. Para decidir se uma determinada afirmativa é típica de sua maneira de ver as coisas, simplesmente tenha em mente o que você **é na maior parte do tempo**.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente	Discordo moderadamente	Discordo um pouco	Nem concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo moderadamente	Concordo totalmente

IMPORTANTE: Ao atribuir suas notas, tente evitar o ponto médio da escala (4), indicando, de preferência se você usualmente discorda ou concorda com as afirmativas sobre suas próprias crenças e atitudes.

1. Eu freqüentemente penso que as coisas ao meu redor são perigosas.	1	2	3	4	5	6	7
2. Se eu não tiver absoluta certeza de alguma coisa, com certeza eu vou errar.	1	2	3	4	5	6	7
3. As coisas deveriam ser perfeitas de acordo com as minhas próprias normas/regras.	1	2	3	4	5	6	7
4. A fim de ser uma pessoa de valor (digna), eu devo ser perfeito em tudo que faço.	1	2	3	4	5	6	7
5. Quando eu percebo que tenho chance, eu devo agir para evitar que coisas ruins aconteçam.	1	2	3	4	5	6	7
6. Mesmo que algo ruim tenha pouca probabilidade de ocorrer, devo tentar prevenir a qualquer custo.	1	2	3	4	5	6	7
7. Para mim, ter vontade de fazer algo ruim é o mesmo que fazê-lo.	1	2	3	4	5	6	7
8. Se eu não agir quando sentir o perigo, serei responsável por quaisquer conseqüências.	1	2	3	4	5	6	7
9. Se eu não puder fazer algo perfeito, eu não deveria fazer nada.	1	2	3	4	5	6	7
10. Eu devo dar o máximo de mim o tempo todo.	1	2	3	4	5	6	7
11. É muito importante para mim considerar todas as alternativas possíveis de uma situação.	1	2	3	4	5	6	7
12. Mesmo tendo pequenos erros, significa que o trabalho não está completo.	1	2	3	4	5	6	7
13. Se eu tiver pensamentos ou impulsos agressivos sobre as pessoas importantes para mim, isto significa que, secretamente, eu quero machucá-las.	1	2	3	4	5	6	7
14. Devo sempre ter certeza das minhas decisões.	1	2	3	4	5	6	7
15. Em todas as atividades diárias, falhar em prevenir os danos é tão ruim quanto provocá-los.	1	2	3	4	5	6	7
16. Evitar problemas graves (por exemplo, doença ou acidentes) exige constante esforço da minha parte.	1	2	3	4	5	6	7
17. Para mim, não prevenir dano é tão ruim quanto causá-lo.	1	2	3	4	5	6	7
18. Eu deveria ficar triste se cometer um erro.	1	2	3	4	5	6	7
19. Eu devo ter certeza que os outros estejam protegidos de quaisquer	1	2	3	4	5	6	7

conseqüências negativas das minhas decisões ou atos.							
20. Para mim, as coisas não estão corretas se não estiverem perfeitas.	1	2	3	4	5	6	7
21. Ter pensamentos horríveis significa que eu sou uma pessoa má.	1	2	3	4	5	6	7
22. Se eu não tomar cuidados extras (além dos usuais), eu tenho mais chance do que os outros de sofrer ou causar um sério acidente.	1	2	3	4	5	6	7
23. Para eu me sentir seguro, tenho que estar tão preparado quanto for possível para qualquer coisa que possa dar errado.	1	2	3	4	5	6	7
24. Eu não deveria ter pensamentos bizarros ou revoltantes.	1	2	3	4	5	6	7
25. Para mim, cometer um erro é tão ruim quanto falhar totalmente.	1	2	3	4	5	6	7
26. É essencial que tudo seja bem claro (compreensível), mesmo nos mínimos detalhes.	1	2	3	4	5	6	7
27. Ter pensamentos pecaminosos é tão ruim quanto cometê-los.	1	2	3	4	5	6	7
28. Eu deveria ser capaz de livrar minha mente de pensamentos indesejáveis.	1	2	3	4	5	6	7
29. Eu tenho mais probabilidade do que as outras pessoas, de acidentalmente, causar danos a mim mesmo ou aos outros.	1	2	3	4	5	6	7
30. Ter maus pensamentos significa que eu sou estranho ou anormal.	1	2	3	4	5	6	7
31. Eu devo ser o melhor nas coisas que são importantes para mim.	1	2	3	4	5	6	7
32. Ter um pensamento ou imagem sexual indesejados significa que eu realmente quero realizá-los.	1	2	3	4	5	6	7
33. Se minhas ações pudessem ter um efeito, mesmo pequeno, sobre alguma possível desgraça, eu seria o responsável pelo ocorrido.	1	2	3	4	5	6	7
34. Mesmo quando eu sou cuidadoso, eu freqüentemente penso que coisas ruins irão ocorrer.	1	2	3	4	5	6	7
35. Ter pensamentos intrusivos (que involuntariamente invadem a minha mente) significa que eu estou fora de controle.	1	2	3	4	5	6	7
36. Eventos prejudiciais poderão acontecer, a menos que eu seja muito cuidadoso.	1	2	3	4	5	6	7
37. Eu devo trabalhar em algo até que fique perfeito.	1	2	3	4	5	6	7
38. Ter pensamentos violentos significa que eu vou perder o controle e me tornarei violento.	1	2	3	4	5	6	7
39. Para mim, não conseguir evitar um desastre é tão ruim quanto causá-lo.	1	2	3	4	5	6	7
40. Se eu não fizer um trabalho perfeito, as pessoas não me respeitarão.	1	2	3	4	5	6	7
41. Mesmo experiências comuns (do dia a dia) na minha vida, são cheias de risco.	1	2	3	4	5	6	7
42. Ter um mau pensamento equivale moralmente a praticar uma má ação.	1	2	3	4	5	6	7
43. Não importa o que eu faça, nunca será bom o suficiente.	1	2	3	4	5	6	7
44. Se eu não controlar meus pensamentos, eu serei punido.	1	2	3	4	5	6	7

8.2 Artigo 2A: Submetido ao Journal of Anxiety Disorders

Questionário de Crenças Obsessivas- OBQ-44: Propriedades psicométricas da versão brasileira.

Cristiane Flôres Bortoncello¹, Daniela Tusi Braga¹, Juliana Braga Gomes¹, Fernanda Pasquoto de Souza¹, Aristides Volpato Cordioli².

¹Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas, Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul -UFRGS, Porto Alegre; ²Doutor, Professor Associado, Departamento de Psiquiatria e Medicina *Legal* – UFRGS.

Suporte financeiro: Fundo de Incentivo a Pesquisa e Eventos (FIPE), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível superior - CAPES

Corresponding Author

Cristiane Flôres Bortoncello
Department of Psychiatry, Universidade Federal do Rio Grande do Sul
R. Cecilia Meirelles, 442
92.025-010 – Canoas, RS, Brazil
Phone: (+55 51) 30323342/(55-51) 97398544
E-mail: cris.bortoncello@terra.com.br

Resumo

O presente estudo foi delineado para avaliar as propriedades psicométricas da versão brasileira do Obsessional Beliefs Questionnaire (*OBQ-44*) em 104 pacientes adultos com Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O objetivo secundário foi verificar se os escores do OBQ-44 reduzem após a realização da Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG).

Através da análise fatorial, foram identificados 3 domínios de crenças disfuncionais da escala original. O instrumento apresentou consistência interna muito boa e reprodutibilidade boa. A sensibilidade à mudança, observada através da TCCG, foi boa e, quanto ao tamanho de efeito padronizado, verificou-se forte intensidade após intervenção. A utilização do OBQ-44 é importante, porque além de ser um instrumento de fácil aplicação e ser auto-aplicável, relaciona as crenças distorcidas mais frequentes no portador de TOC, possibilitando aos profissionais da saúde avaliar se as crenças disfuncionais destes pacientes, modificam-se após o tratamento.

Palavras-chave: Transtorno Obsessivo-Compulsivo; Domínios de crenças; Questionário; Psicométricas

Abstract

The present study was designed to assess the psychometric properties of the Brazilian version of the Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ-44) in 104 patients with obsessive compulsive disorder (OCD) at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre. The secondary objective was to ascertain whether a decline in OBQ-44 scores occurs after cognitive-behavioral group therapy (CBGT). Factor analysis identified three dysfunctional belief domains from the original scale. Internal consistency and reproducibility were very good and good respectively. Sensitivity to treatment change (cognitive-behavioral group therapy) was good, and pre–post intervention standardized effect sizes (Cohen's *d*) were strong. The OBQ-44 plays an important role in this setting; as a user-friendly, self-administered instrument that lists the most common dysfunctional beliefs of OCD patients, it enables healthcare providers to assess whether their patients' beliefs change after treatment.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder; belief domains; questionnaire; psychometrics

1. Introdução

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) caracteriza-se pela presença de obsessões e/ou compulsões que consomem tempo ou interferem de forma significativa nas rotinas diárias do indivíduo, no seu trabalho, na sua vida familiar ou social e causam acentuado sofrimento (American Psychiatric Association, 2000).

Uma alta prevalência de crenças disfuncionais no TOC tem sido identificada e, da mesma forma, foram sugeridos modelos nos quais tais crenças desempenhariam um papel relevante na origem e manutenção dos sintomas OCs (Rachman & De Silva, 1978; Rachman, 1997, 1998; 2002; Salkovskis, 1985 e 1999; Salkovskis, Forrester & Richards, 1998). Embora a identificação de crenças disfuncionais tenha contribuído para uma melhor compreensão dos fenômenos OCs, sua relação com as diferentes manifestações do TOC não está clara, bem como seu papel na gênese e manutenção dos sintomas e a contribuição do uso das crenças na TCC do TOC.

Para possibilitar a investigação sobre o papel das crenças disfuncionais no TOC, diferentes instrumentos foram desenvolvidos; entre eles: Irrational Beliefs Regarding Obsessions (Freeston, Ladouceur, Gagnon, & Thibodeau, 1993), Multidimensional Perfectionism Scale (Frost, Marten, Lahart & Rosenblate, 1990), Lucky Beliefs Questionnaire (Frost et al., 1993), Guilt Inventory (Kugler & Jones, 1992), Responsibility Questionnaire (Rhéume, Freeston, Dugas, Letarte, & Ladouceur, 1995) e Thought-Action Fusion Scale (Shafran, Thordarson, & Rachman, 1996) bem como outros instrumentos não publicados (OCCWG, 1997). A dificuldade desses instrumentos dava-se ao fato deles avaliarem cada crença isoladamente, inexistindo, portanto, um instrumento que avaliasse, de forma ampla, as crenças disfuncionais no TOC. Além disso, os instrumentos vigentes apresentavam sobreposição de medidas, falta de avaliação das propriedades psicométricas e ausência de um consenso sobre se os

conteúdos cognitivos de cada instrumento seriam específicos do TOC e se teriam uma efetiva importância para o transtorno.

Em 1997, um grupo de pesquisadores dos eventos cognitivos relacionados ao TOC, o Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG), por consenso, propôs seis domínios de crenças subjacentes aos fenômenos OCs (OCCWG, 1997). 1) responsabilidade exagerada, 2) importância exagerada dos pensamentos, 3) importância de controlar os pensamentos, 4) superestimar o risco, 5) intolerância à incerteza, e 6) perfeccionismo.

Com o objetivo de consolidar as proposições, o OCCWG construiu e validou o “Obsessional-Beliefs Questionnaire - OBQ” (Questionário de Crenças Obsessivas). Inicialmente, o OBQ era constituído de 129 itens (OCCWG, 2001), sendo, em seguida, adaptado para 87 (OCCWG, 2003) e, finalmente, chegar à versão atual contendo 44 itens (OCCWG, 2005). Com isso, de forma consistente, têm sido comprovadas a validade de critério e validade convergente do OBQ provando-se satisfatórias (OCCWG, 2001, 2003, 2005). Uma versão ainda mais abreviada para uso clínico tem sido proposta, mas ainda não tem sido utilizada (Moulding et al., 2010).

O próprio OCCWG propôs uma redução de 6 para 3 domínios de crenças em razão da constatação de sobreposições de domínios e, no OBQ-44, foram agrupados em 3 subescalas que representam 3 domínios de crenças disfuncionais: 1) responsabilidade e estimativa de risco (RR); 2) importância e controle dos pensamentos (ICP); e 3) perfeccionismo e intolerância a incerteza (PI) (OCCWG, 2005). Até o momento, o OBQ foi traduzido e validado em populações de diferentes países (Sica et al., 2004; Julien et al., 2008; Biglieri & Vetere, 2008; Myers, Fisher, & Wells, 2008; OCCWG, 2005), sendo um instrumento muito utilizado para avaliar os sistemas de crenças em pacientes com TOC.

A utilização do OBQ-44 é importante, porque além de ser um instrumento de fácil aplicação e ser auto-aplicável, relaciona as crenças distorcidas mais frequentes no portador de TOC, possibilitando aos profissionais da saúde avaliar se as crenças disfuncionais destes pacientes, modificam-se após o tratamento.

O presente trabalho tem como objetivo principal avaliar as propriedades psicométricas do Questionário de Crenças Obsessivas (OBQ-44) na versão traduzida e adaptada para o Português do Brasil. O objetivo secundário foi verificar se os escores do OBQ-44 reduzem após a realização da Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG).

2. Método

2.1. Participantes e procedimentos

O questionário foi aplicado a uma amostra de 104 pacientes adultos, recrutados por meio de anúncios em jornais e programas de rádio e televisão, ao longo dos anos de 2007 a 2010, sendo diagnosticados como portadores do TOC segundo os critérios do DSM-IV-TR através da entrevista clínica e do Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-IV) (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997). A avaliação inicial foi realizada por psicólogos experientes e devidamente treinados, tendo como critérios de inclusão e exclusão os mesmos utilizados por Cordioli et al. (2003). Dos 131 pacientes avaliados, 104 foram selecionados e 27 excluídos. As razões para a exclusão foram: falta de motivação para participar da TCCG (n=16), *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS) < 16 (n=5), alcoolismo (n=2) e sintomas psicóticos presentes (n=4). O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), sendo obtido o consentimento informado dos participantes.

2.2. Procedimentos

2.2.1. *Entrevista clínica estruturada para DSM-IV Axis I Disorders (SCID-IV)* (First et al., 1997).

Tal entrevista estruturada é baseada nos critérios de diagnósticos do DSM-IV, da American Psychiatric Association. Trata-se de 6 capítulos que incluem Transtornos do Humor e Episódios de alteração de Humor, Transtornos Psicóticos e Sintomas Associados, Diagnósticos Diferenciais de Transtornos Psicóticos, Transtornos Decorrentes do Uso e Abuso de Álcool e Outras Substâncias e Transtornos de Ansiedade e Outros Transtornos.

2.2.2. *Questionário de Crenças Obsessivas (OBQ-44)* (OCCWG, 2005).

Trata-se de um instrumento auto-respondido composto por 44 autoafirmações e dividido em 3 subescalas que representam 3 domínios de crenças disfuncionais: 1) responsabilidade e estimação de risco (RR); 2) importância e controle dos pensamentos (ICP); e 3) perfeccionismo e intolerância a incerteza (PI). As auto-afirmações são graduadas em uma escala tipo *likert* de 1 para discordo plenamente até 7 para concordo plenamente.

2.2.3. *Escala obsessivo-compulsivo de Yale-Brown (Y-BOCS)* (Goodman et al., 1989).

Traduzida e adaptada para o Português do Brasil por Asbahr et al. (1992), essa escala avalia a gravidade dos sintomas do TOC. Apresenta 10 questões, em que cada uma é avaliada de "0" (sem sintomas) a "4" (severidade extrema das compulsões ou obsessões). Das 10 questões, 5 dizem respeito a obsessões e 5 a compulsões.

2.3. *Análise estatística.*

O método *Principal Axis Factoring* com rotação VARIMAX foi utilizado para a extração dos fatores do OBQ-44, na análise fatorial confirmatória. Além do método de extração dos fatores, a medida de adequacidade da amostra *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) foi calculada com o intuito de avaliar, de forma geral, se a matriz de correlação dos itens indicava que a análise estava adequada. Valores iguais ou acima a 0.5 indicam que a

análise está adequada e valores inferiores indicam que os itens estão fracamente associados dentro de cada fator. Foi utilizado o teste de esfericidade de Bartlett para verificar a significância deste valor (Hair, Andersons, Tatham, & Black, 1998). Da mesma forma, foi calculado o percentual de explicação comum de cada fator para verificar a quantidade de variância que o mesmo representa; visto que esse percentual é importante para analisar a maior influência de um determinado conjunto de questões na avaliação geral das crenças.

A média e o desvio padrão foram utilizados para descrever os escores dos domínios de crenças do OBQ-44. As variáveis qualitativas foram descritas através de frequências absolutas e relativas. A consistência interna do questionário foi avaliada pelo coeficiente Alfa de Cronbach e a confiabilidade teste-reteste pelo teste t-Student para amostras pareadas.

A sensibilidade à mudança foi verificada através da comparação dos escores dos pacientes com TOC antes e após a TCCG sendo avaliada através do teste t-Student para amostras pareadas. Para o cálculo do Tamanho do Efeito Padronizado (TEP), foi utilizado a fórmula de Cohen (1988), tanto para o instrumento OBQ-44 como para a Y-BOCS.

Os dados foram armazenados e analisados no programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 12.0* (SPSS, 2003). O nível de significância adotado foi de 5%.

3. Resultados

3.1. Características demográficas e clínicas dos sujeitos

A amostra foi constituída de 104 sujeitos (36 homens e 68 mulheres, com variação da idade entre 18 e 65 anos: média=41,5 ±14,3). Destes sujeitos, 51% eram casados, 51,9% não tinham filhos, 94,2% eram de etnia branca, 52,9% moravam com os

cônjuges e 25,9% moravam com os pais. A média de anos de estudo foi de 13,5 ($\pm 3,89$); em relação à ocupação, 43,3% estavam trabalhando, 17,3% eram aposentados por tempo de serviço, 14,4% eram estudantes e 6,7% estavam desempregados. A média de idade de início dos sintomas foi de 13,99 ($\pm 9,57$). Em relação às médias dos instrumentos, encontramos na subescala de obsessões da Y-BOCS 12,53 ($\pm 3,17$), na subescala de compulsões da Y-BOCS 13,29 ($\pm 3,17$) e no total da Y-BOCS 25,83 ($\pm 5,42$).

3.2. *Validade fatorial*

A análise fatorial confirmatória foi utilizada para verificar se os itens que compõem cada um dos 3 domínios de crenças do OBQ-44 realmente se auto-correlacionam e medem de modo semelhante as crenças, sendo útil para definir validade relacionada a constructo. Percebe-se que todas as correlações estão acima de 0,30 (Tabela 1).

É importante salientar que foi solicitado, na análise, a extração dos 3 domínios de crenças da versão original para confirmar, no presente estudo, se essa quantidade de fatores realmente estava adequada para a avaliação das crenças e se algum item poderia não estar apropriado para o bloco de questões sugeridas.

A medida de adequação da amostra KMO foi de 0,85, indicando que os dados são adequados para a realização da análise fatorial (Hutcheson & Sofroniou, 1999). O teste de esfericidade de Bartlett (Bartlett, 1954) confirmou essa adequação ao apresentar significância estatística ($\chi^2=2908$; gl=946; $p<0,001$).

Os três domínios de crenças (PI, ICP e RR) explicam 45% do instrumento OBQ-44. O primeiro domínio de crença (PI) foi composto por 16 itens que se concentram em crenças sobre perfeccionismo e intolerância a incerteza (OCCWG, 2005) e representam 35,4% do total da variação encontrada. O segundo domínio (ICP) foi composto por 12 itens que descrevem crenças sobre importância e controle dos pensamentos (OCCWG, 2005) e representam 34,2% da variação total encontrada. O terceiro domínio (RR) foi

composto por 16 itens que descrevem crenças sobre excesso de responsabilidade e estimacão de risco (OCCWG, 2005) e representam 30,4% da variao total encontrada (Tabela 1).

3.3. *Consistência interna*

A consistência interna do instrumento foi avaliada de acordo com as respostas da primeira avaliao do paciente, sendo realizada para cada domínio de crenças do OBQ-44 e para os 44 itens de forma geral alfa de Cronbach, sendo considerada muito boa: OBQ-44 total ($\alpha=0,955$), RR ($\alpha =0,917$), PI ($\alpha=0,908$) e ICP ($\alpha=0,916$).

3.4. *Confiabilidade teste re-teste*

Para avaliar a fidedignidade e reprodutibilidade do instrumento, o teste e re-teste foi realizado em 20 sujeitos que não participaram da TCCG, obedecendo um intervalo de tempo de 7 a 15 dias entre a primeira e a segunda aplicao. Não houve diferença estatisticamente significativa entre a primeira aplicao (teste) e a segunda (re-teste) nos três domínios de crenças do OBQ-44, mostrando, com isso, que o instrumento tem boa fidedignidade, ou seja, mede o que se propõe a medir (Tabela 2).

3.5. *Sensibilidade a mudança*

Com o objetivo de avaliar a qualidade das medidas do OBQ-44, foi observado apenas na amostra que realizou a TCCG, antes e depois do tratamento, se os escores dos 3 domínios de crenças foram sensíveis a mudanças. Os escores dos 3 domínios de crenças no grupo TCCG (n=48) reduziram significativamente após interveno demonstrando que o OBQ-44  sensível a mudanças, ou seja, através do teste t-Student pde-se observar que os escores do RR, PI e ICP reduziram significativamente após as 12 sessões de TCCG. O mesmo ocorreu com os escores das subescalas de obsessão, compulsão e total da Y-BOCS que reduziram seus escores em nível estatisticamente significativo (Tabela 3). O tamanho do efeito do tratamento na Y-BOCS e no OBQ-44

foi calculado de acordo com a seguinte fórmula: $ES = \frac{x_2 - x_1}{\sqrt{s_1^2 + s_2^2 - 2r_{12}s_1s_2}}$ onde $x_1 =$

escores pré, $x_2 =$ escores pós, $s_1 =$ desvio padrão dos escores pré; $s_2 =$ desvio padrão dos escores pós e $r_{12} =$ correlação de Pearson entre os escores pré e pós (Tabela 3). Os tamanhos do efeito do tratamento na Y-BOCS e no OBQ-44 foram de 0,80 a 1,41, sendo considerados de forte intensidade (Cohen, 1988).

3.6. Validade de Conteúdo

A validade de conteúdo do OBQ-44 para o Português do Brasil obedeceu as seguintes etapas: solicitação de licença de uso da escala para os autores do referido instrumento, tradução da escala na versão original em Inglês para o Português do Brasil por dois profissionais da saúde de forma independentes, ambos com fluência em Inglês. Comparadas as duas versões, obteve uma versão inicial que foi aplicada a uma amostra de 20 pacientes, com diagnóstico principal de TOC, visando observar a sua compreensão e realizar adaptações de linguagem. A seguir, a escala foi retro-traduzida de forma independente por dois psiquiatras fluentes na língua inglesa. Comparadas as duas versões, gerou-se uma versão final que foi encaminhada para a autora, obtendo-se sua aprovação.

4. Discussão

O objetivo principal do presente estudo foi avaliar as propriedades psicométricas da versão brasileira do Questionário de Crenças Obsessivas – OBQ-44. O objetivo secundário foi verificar se os escores do OBQ-44 reduzem após a realização da TCCG.

O presente estudo verificou boas propriedades psicométricas (validade fatorial, consistencia interna, teste-reteste, sensibilidade a mudança e validade de conteúdo), semelhante ao que foi encontrado pela versão americana (OCCWG, 2005), versão francesa (Julien et al., 2008), a versão alemã (Myers et al., 2008) e a versão em italiano (Sica et al., 2004), o que comprova que o OBQ-44 na versão brasileira encontra-se de acordo com o que se espera de um instrumento para medir crenças obsessivas.

A análise fatorial foi realizada levando em conta os 3 domínios de crenças da versão original do OCCWG (2005) que revelaram-se independentes, não havendo sobreposição entre os itens dos domínios de crenças em pacientes com TOC. Da mesma forma, Julien et al. (2008) sugeriram que a versão OBQ-44 mantivesse os mesmos 3 domínios de crenças. Segundo Hair et al. (1998), os itens com cargas fatoriais entre 0.30 e 0.50 são de baixa importância e a partir de 0.50 são consideradas de maior valor. Em nosso estudo, foi verificado que as cargas fatoriais de todos os itens do questionário estavam acima de 0.30, ou seja, representando ser relevantes para o instrumento.

A consistência interna da versão brasileira do instrumento OBQ-44 foi examinada através dos 44 itens de forma geral e dos três domínios de crenças, verificando ser muito boa e coerente com outros estudos (OCCWG, 2005; Sica et al., 2004; Julien et al., 2008).

No teste e re-teste, nosso estudo verificou que o instrumento apresenta boa reprodutibilidade, estabilidade nos escores das crenças, revelando ser fidedigno. A aplicação desses resultados estão em linha com os estudos de Julien et al. (2008) e Sica et al. (2008) que apresentaram nível de estabilidade adequado para uma medida de crenças.

Na avaliação da sensibilidade à mudança do instrumento OBQ-44, os escores dos 3 domínios de crenças do nosso estudo reduziram significativamente após a TCCG (n=48), sugerindo, assim, que o instrumento é capaz de identificar possíveis mudanças e que apresenta qualidade das medidas. O TEP do tratamento na Y-BOCS e no OBQ-44 foram considerados de forte intensidade. Esse tamanho efeito foi maior no OBQ-44 (1,41) do que na Y-BOCS (0,97) após a intervenção, sugerindo que a TCCG modifica as crenças dos pacientes e que o OBQ-44 se qualifica para servir como uma medida primária para mudança de tratamento. Importante salientar que, em nosso estudo, a TCCG trabalha as questões cognitivas e, por isso, é provável verificar o aumento do

efeito das crenças após o tratamento. Resultado diferente obteve Anholt et al. (2010), em estudo sobre sensibilidade à mudança, no qual verificaram em sua amostra que o tamanho de efeito do OBQ-44 foi médio e muito inferior ao da Y-BOCS considerado forte, após a realização da terapia de Exposição e Prevenção de Resposta (EPR). Entretanto, é possível que a terapia de EPR explore mais os aspectos comportamentais e portanto explicaria esta diferença. Em nosso estudo, o tratamento realizado através da TCCG trabalha os aspectos cognitivos e comportamentais e como o OBQ-44 é um instrumento de crenças obsessivas é provável que sejam encontrados resultados de efeito de tratamento diferentes entre a terapia de EPR e a TCCG. O tamanho de efeito de tratamento através da TCCG na sub-escala de obsessões da Y-BOCS (0,98) se aproximam dos efeitos do domínio ICP (0,94), provavelmente porque as questões da sub-escala de obsessões da Y-BOCS se aproximam das questões do domínio ICP, explicando estes resultados. Portanto, o OBQ-44 pode ser útil na avaliação inicial do paciente portador do TOC e após para avaliar quais os domínios de crenças estão mais elevados e se as crenças disfuncionais dos pacientes diminuem ou modificam-se com tratamento. Além disso, é possível ainda verificar os fatores associados às mudanças nos domínios de crenças, se elas se correlacionam ou não com os tipos de sintomas apresentados pelos pacientes e com a modalidade de tratamento: psicoterápica ou medicação. Esses são alguns exemplos de questões em aberto; para seu esclarecimento, o OBQ-44 pode ser um instrumento importante.

Sugerimos que futuros estudos possam ter um número maior de participantes, incluindo indivíduos não clínicos e com outros tipos de transtornos de ansiedade para que possa ser verificada a validade convergente e discriminante do OBQ-44, pois é possível que o referido instrumento avalie crenças que não são específicas do TOC. É necessária uma amostra maior para avaliar dimensões e correlação com domínios.

Mais pesquisas poderão incluir pacientes com uma ampla gama de transtornos ansiosos e sujeitos não clínicos, pois é possível que grandes grupos de algumas doenças possam fornecer um suporte adequado para testar se os domínios de crenças são específicas ou relevantes para TOC ou outros transtornos de ansiedade e, ainda, também é uma questão em aberto se essas crenças podem ter maior significado na etiologia e manutenção do TOC. Estudos são necessários para avaliar tal hipótese. A padronização e definições de instrumentos de medidas permitem realizar pesquisas destinadas a elucidar o papel das crenças nos fenômenos OCs, bem como os efeitos das terapias cognitivas, comportamentais e farmacológicas. Portanto, ressaltamos a importância do uso do OBQ-44 tanto em pesquisas como na prática clínica.

O OBQ-44 é uma escala ainda extensa para uso clínico, levando aproximadamente 20 minutos para preencher, estando em andamento uma proposição para reduzir para apenas 20 itens (Moulding et al., 2010), mas ainda necessita ser avaliado se as mesmas propriedades psicométricas do OBQ-44 seriam mantidas.

A utilização do OBQ-44, na sua versão brasileira, poderá auxiliar aos profissionais de saúde a identificar as crenças disfuncionais nos portadores de TOC e aos pesquisadores a elucidar o seu papel na gênese e manutenção dos sintomas OCs. Por se tratar de uma escala auto-respondida, utilizá-la facilitará o conhecimento dos domínios de crenças dos pacientes mais cedo; o que é relevante, visto que estes levam muitos anos para procurar tratamento para o TOC.

Portanto, nosso estudo verificou a grande importância que o OBQ-44 tem na área clínica, pois ele avalia as crenças disfuncionais mais utilizadas pelos pacientes com TOC e possibilita aos pesquisadores e profissionais, a comparação destes dados após o tratamento, sendo um instrumento necessário e útil na qualidade de vida dos pacientes portadores deste transtorno.

Agradecimentos

Esse trabalho foi possível graças à Fundação de Incentivo à Pesquisa e Eventos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (FIPE-HCPA), pelo apoio financeiro que permitiu a execução do estudo e ao Centro de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (CAPES), pela bolsa de pesquisa fornecida para o primeiro autor. Os autores agradecem a participação dos pacientes que nos permitiram utilizar seus dados para que esta pesquisa pudesse ser realizada.

Tabela 1 – Análise fatorial das questões do OBQ-44 agrupadas por domínio (n=104)

Itens	RR	PI	ICP
1-Eu freqüentemente penso que as coisas ao meu redor são perigosas.	0.463		
5-Quando eu percebo que tenho chance, eu devo agir para evitar que coisas ruins aconteçam.	0.452		
6-Mesmo que algo ruim tenha pouca probabilidade de ocorrer, devo tentar prevenir a qualquer custo.	0.563		
8-Se eu não agir quando sentir o perigo, serei responsável por quaisquer conseqüências.	0.538		
15-Em todas as atividades diárias, falhar em prevenir os danos é tão ruim quanto provocá-los.	0.556		
16-Evitar problemas graves (por exemplo, doença ou acidentes) exige constante esforço da minha parte.	0.686		
17-Para mim, não prevenir dano é tão ruim quanto causá-lo.	0.513		
19-Eu devo ter certeza que os outros estejam protegidos de quaisquer conseqüências negativas das minhas decisões ou atos.	0.431		
22-Se eu não tomar cuidados extras (além dos usuais), eu tenho mais chance do que os outros de sofrer ou causar um sério acidente.	0.560		
23-Para eu me sentir seguro, tenho que estar tão preparado quanto for possível para qualquer coisa que possa dar errado.	0.307		
29-Eu tenho mais probabilidade do que as outras pessoas, de acidentalmente, causar danos a mim mesmo ou aos outros.	0.373		
33-Se minhas ações pudessem ter um efeito, mesmo pequeno, sobre alguma possível desgraça, eu seria o responsável pelo ocorrido.	0.621		
34-Mesmo quando eu sou cuidadoso, eu freqüentemente penso que coisas ruins irão ocorrer.	0.603		
36-Eventos prejudiciais poderão acontecer, a menos que eu seja muito cuidadoso.	0.680		
39-Para mim, não conseguir evitar um desastre é tão ruim quanto causá-lo.	0.541		
41-Mesmo experiências comuns (do dia a dia) na minha vida, são cheias de risco.	0.501		
2-Se eu não tiver absoluta certeza de alguma coisa, com certeza eu vou errar.		0.513	
3-As coisas deveriam ser perfeitas de acordo com as minhas próprias normas/regras.		0.475	
4-A fim de ser uma pessoa de valor (digna), eu devo ser perfeito em tudo que faço.		0.735	
9-Se eu não puder fazer algo perfeito, eu não deveria fazer nada.		0.653	
10-Eu devo dar o máximo de mim o tempo todo.		0.597	
11-É muito importante para mim considerar todas as alternativas possíveis de uma situação.		0.439	
12-Mesmo tendo pequenos erros, significa que o trabalho não está completo.		0.611	
14-Devo sempre ter certeza das minhas decisões.		0.475	
18-Eu deveria ficar triste se cometer um erro.		0.388	
20-Para mim, as coisas não estão corretas se não estiverem perfeitas.		0.788	
25-Para mim, cometer um erro é tão ruim quanto falhar totalmente.		0.618	
26-É essencial que tudo seja bem claro (compreensível), mesmo nos mínimos detalhes.		0.529	
31-Eu devo ser o melhor nas coisas que são importantes para mim.		0.562	
37-Eu devo trabalhar em algo até que fique perfeito.		0.823	
40-Se eu não fizer um trabalho perfeito, as pessoas não me respeitarão.		0.584	
43-Não importa o que eu faça, nunca será bom o suficiente.		0.300	
7-Para mim, ter vontade de fazer algo ruim é o mesmo que fazê-lo.			0.564
13-Se eu tiver pensamentos ou impulsos agressivos sobre as pessoas importantes para mim, isto significa que, secretamente, eu quero machucá-las.			0.703
21-Ter pensamentos horríveis significa que eu sou uma pessoa má.			0.718
24-Eu não deveria ter pensamentos bizarros ou revoltantes.			0.521
27-Ter pensamentos pecaminosos é tão ruim quanto cometê-los.			0.634
28-Eu deveria ser capaz de livrar minha mente de pensamentos indesejáveis.			0.459
30-Ter maus pensamentos significa que eu sou estranho ou anormal.			0.724
32-Ter um pensamento ou imagem sexual indesejados significa que eu realmente quero realizá-los.			0.737
35-Ter pensamentos intrusivos (que involuntariamente invadem a minha mente) significa que eu estou fora de controle.			0.562
38-Ter pensamentos violentos significa que eu vou perder o controle e me tornarei violento.			0.674
42-Ter um mau pensamento equivale moralmente a praticar uma má ação.			0.670
44-Se eu não controlar meus pensamentos, eu serei punido.			0.627

Legenda: RR= Responsabilidade e estimação de risco; PI= Perfeccionismo e intolerância a incerteza; ICP= Exagero da importância e controle dos pensamentos;

O método *Principal Axis Factoring* com rotação VARIMAX foi utilizado para a extração dos 3 domínios do OBQ-44. Variação fatorial encontrada

Tabela 2 – Fidedignidade do OBQ-44 (teste re-teste) (n=20)

Fatores de domínios de crença	Teste	Re-teste	p*
	Média ± DP	Média ± DP	
RR	70.1 ± 18.5	68.2 ± 19.3	0.377
PI	84.1 ± 19.0	81.7 ± 23.2	0.244
ICP	44.2 ± 17.5	43.8 ± 21.6	0.821

Legenda: RR= Responsabilidade e estimação de risco; PI= Perfeccionismo e intolerância a incerteza;

ICP= Exagero da importância e controle dos pensamentos

*Teste t-Student para amostras pareadas

Tabela 3 – Sensibilidade a mudança (n=48) **

	Pré-TCCG	Pós-TCCG	TEP	p*
	Média ± DP	Média ± DP		
OBQ-44				
RR	72.2 ± 19.8	45.9 ± 23.6	1.20	<0.001
PI	82.4 ± 19.4	53.8 ± 26.8	1.26	<0.001
ICP	41.0 ± 18.8	28.5 ± 18.7	0.94	<0.001
Total	195.6 ± 50.1	128.3 ± 62.1	1.41	<0.001
Y-BOCS				
Obsessão	12.5 ± 3.1	8.8 ± 4.3	0.98	<0.001
Compulsão	13.2 ± 3.1	9.2 ± 5.1	0.80	0.012
Total	25.6 ± 5.3	18.1 ± 8.9	0.97	<0.001

Legenda: RR= Responsabilidade e estimação de risco; PI= Perfeccionismo e intolerância a incerteza;
 ICP= Exagero da importância e controle dos pensamentos; TEP=Tamanho de efeito padronizado;
 TCCG= Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo; OBQ-44= Obsessional Beliefs Questionnaire; Y-
 BOCS= Yale- Brown Obsessive Compulsive Scale;

*Teste t-Student para amostras pareadas

** Comparação entre o pré e pós TCCG em cada domínio do OBQ-44 por grupo em estudo

Referências

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-text revision*. (4th ed.). Washington, DC, US.
- Anholt G. A., Oppen P. V., Cath D. C., Emmelkamp P. M. G., Smit J. H. & Balkom A. J. L. M. V. (2010). Sensitivity to change of the obsessive Compulsive Beliefs Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 154-159.
- Asbahr F. R., Lotufo Neto F., Turecki G. X., Del Porto J. A., Rodríguez L. R., Baruzzi, M., Lima M. A., Gentil V. (1992). Escala Yale-Brown de Sintomas Obsessivo-Compulsivos, tradução brasileira, São Paulo.
- Bartlett, M. S. (1954). A note on the multiplying factors for various chisquare approximations. *Journal of the Royal Statistical Society*, 16 (Series B), 296–298.
- Biglieri R. R., & Vetere Y. G. (2008). Adaptación Argentina Del cuestionario de creencias obsesivas. *Interdisciplinaria*, 25, 53-76.
- Cohen J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cordioli, A.V., Heldt, E., Braga, D.B., Margis, R., Basso, M.S., & Fonseca, J.T. (2003). Cognitive-Behaviour Group Therapy in Obsessive-Compulsive Disorder: a Randomized Clinical Trial. *Psychother Psychosom*, 72, 211-216.
- First, M. B, Spitzer R. L., Gibbon M., & Williams J. B. W. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders - clinician version (SCID-IV)*. American Psychiatric Press: Washington (DC).
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (1993). Beliefs about obsessional thoughts. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 15, 1-21.
- Frost, R. O; Marten, P., Lahart C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Frost, R. O., Krause, M. S., McMahon, M. J., Peppe, J., Evans, M., McPhee, A. E., & Holden, M. (1993). Compulsivity and superstitiousness. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 423-425. Frost, R. O., & Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 291–296.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., et al, (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.

- Hair J. F. Jr., Andersos, R. E., Tatham R. L., & Black W. C. (1998). *Multivariate Data Analysis*. Fifth Edition. Prentice Hall: New Jersey.
- Hutcheson, G., & Sofroniou, N. (1999). *The multivariate social scientist*. Sage: London.
- Julien, D., Careau, Y., O'Connor, K. P., Bouvard, M., Rhéaume, J., Langlois, F., Freeston, M. H.; Radomsky, A. S., & Cottraux, J. (2008). Specificity of belief domains in OCD: Validation of the French version of the Obsessive Beliefs Questionnaire and a comparison across samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1029–1041.
- Kugler, K., & Jones, W. H. (1992). On conceptualizing and assessing guilt. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 318-327.
- Marks, I. M., Hodgson, R., & Rachman, S. (1975). *Treatment of chronic obsessive-compulsive Psychiatry*, 127, 349-364.
- Moulding R., Jeromy A., Nedeljkovic M., Doron G., Kyrios M., & Ayalon A. (2010). The Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ): Examination in nonclinical Samples and Development of a Short Version. *Assessment*, xx(x) 1-18.
- Myers S. G., Fisher P. L., & Wells A. (2008). Belief domains of the Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44) and their specific relationship with obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 475–484.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667–681.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) (2001). Development and initial validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 987–1006.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) (2003). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and the interpretation of intrusions inventory: Part I. *Behaviour Research & Therapy*, 41, 863–878.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) (2005). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and the interpretation of intrusions inventory: Part 2. Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1527–1542.
- Rachman, S. J. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793–802.
- Rachman, S. J., & De Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.

- Rachman, S. A. (1998). A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behavior Research and Therapy*, 36, 385-401.
- Rachman, S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 625–639.
- Rh eaume, J., Freeston, M. H., Dugas, M. J., Letarte, H. & Ladouceur, R. (1995). Perfectionism, responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 785–794.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessive-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571–583.
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S29-S52, 1999.
- Salkovskis, P. M., Forrester, E., Richards, C. (1998). Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *British Journal of Psychiatry*, 173, suppl. 35, 53-53.
- Shafran, R., Thordarson, D. S. & Rachman, S. (1996). Thought action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 379-391.
- Sica, C., Coradeschi, D., Sanavio, E., Dorz, S., Manchisi, D., & Novara, C. (2004). A study of the psychometric properties of the obsessive beliefs inventory and interpretations of intrusions inventory on clinical Italian individuals. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 291-307.
- Statistical Package for Social Sciences-(SPSS), I. (2003). SPSS (Version 12.0). Chicago, IL, USA.

8.3 Artigo 2B - versão em inglês

Journal of Anxiety Disorders

Psychometric properties of the Brazilian version of the Obsessive Beliefs Questionnaire
(OBQ-44).

Cristiane Flôres Bortoncello¹, Daniela Tusi Braga¹, Juliana Braga Gomes¹, Fernanda
Pasquoto de Souza¹, Aristides Volpato Cordioli².

¹Master's candidate in Psychiatry, Graduate Program in Medical Sciences, Universidade
Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); ² Associate Professor, Department of
Psychiatry and Forensic Medicine, UFRGS.

Financial support: Fundo de Incentivo a Pesquisa e Eventos (FIPE), Coordenação de
Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível superior - CAPES

Corresponding Author

Cristiane Flôres Bortoncello
Department of Psychiatry, Universidade Federal do Rio Grande do Sul
R. Cecilia Meirelles, 442
Canoas, RS, Brazil 92025-010
Phone: (+55 51) 30323342/(55-51) 97398544
E-mail: cris.bortoncello@terra.com.br

Abstract

The present study was designed to assess the psychometric properties of the Brazilian version of the Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ-44) in 104 patients with obsessive compulsive disorder (OCD) at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre. The secondary objective was to ascertain whether a decline in OBQ-44 scores occurs after cognitive-behavioral group therapy (CBGT). Factor analysis identified three dysfunctional belief domains from the original scale. Internal consistency and reproducibility were very good and good respectively. Sensitivity to treatment change (cognitive-behavioral group therapy) was good, and pre–post intervention standardized effect sizes (Cohen's *d*) were strong. The OBQ-44 plays an important role in this setting; as a user-friendly, self-administered instrument that lists the most common dysfunctional beliefs of OCD patients, it enables healthcare providers to assess whether their patients' beliefs change after treatment.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder; belief domains; questionnaire; psychometrics

Resumo

O presente estudo foi delineado para avaliar as propriedades psicométricas da versão brasileira do Obsessional Beliefs Questionnaire (*OBQ-44*) em 104 pacientes adultos com Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O objetivo secundário foi verificar se os escores do OBQ-44 reduzem após a realização da Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG).

Através da análise fatorial, foram identificados 3 domínios de crenças disfuncionais da escala original. O instrumento apresentou consistência interna muito boa e reprodutibilidade boa. A sensibilidade à mudança, observada através da TCCG, foi boa e, quanto ao tamanho de efeito padronizado, verificou-se forte intensidade após intervenção. A utilização do OBQ-44 é importante, porque além de ser um instrumento de fácil aplicação e ser auto-aplicável, relaciona as crenças distorcidas mais frequentes no portador de TOC, possibilitando aos profissionais da saúde avaliar se as crenças disfuncionais destes pacientes, modificam-se após o tratamento.

Palavras-chave: Transtorno Obsessivo-Compulsivo; Domínios de crenças; Questionário; Psicométricas

1. Introduction

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is characterized by the presence of obsessions and/or compulsions that are time-consuming (or interfere significantly with the person's daily activities, work, family or social life) and cause marked distress (American Psychiatric Association, 2000).

A high prevalence of dysfunctional beliefs has been identified in OCD. Several models have been proposed, according to which these beliefs would play a relevant role in the onset and persistence of OCS (Rachman & De Silva, 1978; Rachman, 1997, 1998; 2002; Salkovskis, 1985, 1999; Salkovskis, Forrester & Richards, 1998). Although the identification of dysfunctional beliefs has contributed to a better understanding of obsessive-compulsive phenomena, their relationship with the various manifestations of OCD is still unclear, as is their role in pathogenesis and persistence of symptoms and the potential for use of such beliefs in CBT for OCD.

Several instruments have been developed for investigation of the role of dysfunctional beliefs in OCD, such as the Irrational Beliefs Regarding Obsessions inventory (Freeston, Ladouceur, Gagnon, & Thibodeau, 1993), the Multidimensional Perfectionism Scale (Frost, Marten, Lahart & Rosenblate, 1990), the Lucky Beliefs Questionnaire (Frost et al., 1993), the Guilt Inventory (Kugler & Jones, 1992), the Responsibility Questionnaire (Rhéume, Freeston, Dugas, Letarte, & Ladouceur, 1995) and the Thought-Action Fusion Scale (Shafran, Thordarson, & Rachman, 1996), as well as other unpublished instruments (OCCWG, 1997). The key drawback of these instruments is the fact that they assessed each belief in an isolated manner; no instrument was available to conduct a broad evaluation of dysfunctional beliefs in OCD patients. Furthermore, contemporary instruments are hampered by the overlap of measurements and by the limited assessment of their psychometric properties, as well as

by the lack of consensus on whether the cognitive contents of each instrument are indeed OCD-specific and actually play a role in the disorder.

In 1997, by consensus, the Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG)—a group of researchers investigating OCD-related cognitive events—proposed that six belief domains underlie obsessive-compulsive phenomena (OCCWG, 1997): 1) inflated responsibility; 2) overimportance of thoughts; 3) excessive concern about the importance of controlling one's thoughts; 4) overestimation of threat; 5) intolerance of uncertainty; and 6) perfectionism.

To consolidate these proposals, the OCCWG created and validated the Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ). The OBQ, which initially comprised 129 items (OCCWG, 2001), was later revised to include only 87 (OCCWG, 2003), and in its current version, consists of 44 items (OCCWG, 2005). The criterion-related and convergent validity of the OBQ have consistently proved satisfactory (OCCWG, 2001, 2003, 2005). An even briefer version of the instrument has been proposed for the clinical setting, but has yet to be tested (Moulding et al., 2010).

The OCCWG itself proposed that the initial set of belief domains be reduced from six to three due to overlap. In the OBQ-44, items were grouped into three subscales which represent three dysfunctional belief domains: 1) responsibility and threat estimation (RT); 2) importance and control of thoughts (ICT); and 3) perfectionism and intolerance for uncertainty (PC) (OCCWG, 2005). Thus far, the OBQ has been translated into several languages and validated in several populations in various countries (Sica et al., 2004; Julien et al., 2008; Biglieri & Vetere, 2008; Myers, Fisher, & Wells, 2008; OCCWG, 2005), and is widely used for assessment of belief systems in patients with OCD.

The OBQ-44 plays an important role in this setting: not only is it a user-friendly, self-administered instrument, it also lists the most common dysfunctional beliefs of OCD

patients, thus enabling healthcare providers to assess whether their patients' beliefs change after treatment.

The present study sought to assess the psychometric properties of the Brazilian Portuguese version of the OBQ-44 and to ascertain whether a decline in OBQ-44 scores occurs after cognitive-behavioral group therapy (CBGT).

2. Method

2.1. Participants and procedures

The questionnaire was administered to a sample of 104 adult patients. Participants were recruited through advertisements placed in newspapers and broadcast on radio and TV stations between 2007 and 2010, and were included if they presented a DSM-IV-TR diagnosis of OCD as established by the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997). Initial assessment was carried out by experienced and duly trained psychologists. The criteria for inclusion and exclusion were those established by Cordioli et al. (2003). Of the 131 patients assessed, 104 were selected and 27 were excluded from the sample. Reasons for exclusion were lack of motivation to take part in CBGT (n=16), Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) score < 16 (n=5), alcoholism (n=2), and presence of psychotic symptoms (n=4). The study was approved by the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) institutional review board and all patients provided written informed consent.

2.2. Procedures

2.2.1. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) (First et al., 1997).

This structured interview is based on the DSM-IV diagnostic criteria. It consists of six chapters that cover mood episodes and mood disorders, psychotic disorders and associated symptoms, differential diagnosis of psychotic disorders, substance use

disorders, and anxiety and other disorders. The streamlined clinician version of the interview (SCID-CV) was used in this study.

2.2.2. *Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ-44)* (OCCWG, 2005).

Is a self-report measure composed of 44 statements and divided into three subscales that represent three dysfunctional belief domains: 1) responsibility/threat estimation (RT); 2) importance/control of thoughts (ICT); and 3) perfectionism/certainty (PC). Belief statements are rated on a Likert-type scale that ranges from 1 (“disagree very much”) to 7 (“agree very much”).

2.2.3. *Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)* (Goodman *et al.*, 1989).

Translated and adapted into Brazilian Portuguese by Asbahr *et al.* (1992), the Y-BOCS is used to assess the severity of OCD symptoms. It consists of 10 items, each rated from “0” (no symptoms) to “4” (extremely severe compulsions or obsessions). Of the 10 items, five concern obsessions and the other five, compulsions.

2.3. *Statistical analysis*

Principal axis factoring with varimax rotation was conducted on the OBQ-44 for confirmatory factor analysis. In addition to this factor extraction method, the Kaiser–Meyer–Olkin measure of sampling adequacy (KMO) was calculated to test whether the overall correlation matrix of the items was suitable for analysis. Values equal to or greater than .50 indicate that adequacy is sufficient for analysis, whereas lower values mean that items are weakly associated within each factor. Bartlett’s test of sphericity was used to determine the significance of this value (Hair, Andersos, Tatham, & Black, 1998).

Likewise, the proportion of the variance accounted by each factor was calculated to measure the influence of a given set of questions on the overall assessment of beliefs.

Means and standard deviations were used to describe OBQ-44 belief domain scores. Qualitative variables were expressed as absolute and relative frequencies. Cronbach's alpha and Student's *t*-test for paired samples were used to assess the internal consistency and test-retest reliability of the questionnaire respectively.

Sensitivity to change was measured by comparison of patient scores prior to and after CBGT with Student's *t*-test for paired samples. Standardized effect size, here expressed as Cohen's *d* (Cohen, 1988), was calculated for both the OBQ-44 and the Y-BOCS.

Data were stored and analyzed in the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 12.0 software (SPSS, 2003). The level of significance was set at 5%.

3. Results

3.1. Demographic and clinical characteristics of the sample

The sample comprised 104 subjects (36 men, 68 women, mean age = 41.5 ± 14.3 years, age range: 18–65 years). Just over half of participants (51%) were married, 51.9% were childless, 94.2% were white, 52.9% lived with their spouses, and 25.9% lived with their parents. Mean educational attainment was 13.5 ± 3.89 years. Concerning occupation, 43.3% of subjects were employed, 17.3% were retired, 14.4% were students and 6.7% were unemployed. Mean age at symptom onset was 13.99 ± 9.57 years. Mean scores on the various instruments employed were as follows: Y-BOCS obsession subscale, 12.53 ± 3.17 ; Y-BOCS compulsion subscale, 13.29 ± 3.17 ; Y-BOCS overall, 25.83 ± 5.42 .

3.2. Factor validity

Confirmatory factor analysis was performed to ascertain whether the items that compose each of the three OBQ-44 belief domains are indeed autocorrelated and measure belief in a similar fashion, which is useful for definition of construct-related validity. All factor loadings were greater than .30 (Table 1).

It is important to stress that these analysis focused on extraction of the three belief domains of the original version of the instrument, in an attempt to confirm whether the number of factors was indeed sufficient for assessment of beliefs and to determine whether any items might be inappropriate for the set of questions suggested.

The KMO measure of sampling adequacy was .85, indicating that the data were suitable for factor analysis (Hutcheson & Sofroniou, 1999). Bartlett's test of sphericity (Bartlett, 1954) was significant ($\chi^2=2908$; $gl=946$; $p<.001$), confirming sampling adequacy.

The three belief domains (PC, ICT, and RT) explained 45% of OBQ-44 scores. The first belief domain (PC) comprises 16 items focusing on beliefs concerning perfectionism and intolerance of uncertainty (OCCWG, 2005), which accounted for 35.4% of total variance. The second domain (ICT) comprises 12 items that describe beliefs about importance and control of thoughts (OCCWG, 2005); these accounted for 34.2% of total variance. The third domain (RT) comprises 16 items that describe beliefs on responsibility and threat estimation (OCCWG, 2005), which accounted for 30.4% of total variance (Table 1).

3.3. Internal consistency

Internal consistency of the OBQ-44 was assessed according to responses provided during the initial patient assessment. Comparisons of each belief domain and of the 44 items as a whole, by means of Cronbach's alpha, revealed very good consistency: overall OBQ-44, $\alpha=.955$; RT, $\alpha=.917$; PC, $\alpha=.908$; and ICT, $\alpha=.916$.

3.4. Test-retest reliability

To assess the reliability and reproducibility of the instrument, retest was performed on 20 subjects who had not received CBGT, 7 to 15 days after the first administration. There were no statistically significant differences between the first (test) and second (retest) administrations in any of the three OBQ-44 belief domains, thus confirming

good reliability of the instrument—i.e., the instrument measures what it is meant to measure (Table 2).

3.5. Sensitivity to change

To assess the quality of OBQ-44 measurements, we analyzed the CBGT sample to ascertain whether pre- and post-treatment scores on all three belief domains were sensitive to change. Scores in all three belief domains were significantly reduced after intervention in the CBGT group (n=48), thus showing that the OBQ-44 is sensitive to change. Student's *t* test showed that RT, PC, and ICT scores declined significantly after 12 CBGT sessions, as did Y-BOCS scores (obsession, compulsion, and overall) (Table 3). Treatment effect sizes on the Y-BOCS and on the OBQ-44 were calculated with 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 deviation of post scores, and r_{12} = Pearson's correlation between pre and post scores (Table 3). Treatment effect sizes for both Y-BOCS and the OBQ-44 ranged from 0.80 to 1.41; effects were thus considered strong (Cohen, 1988).

3.6. Content validity

Content validation of the OBQ-44 for Brazilian Portuguese was performed as follows: permission of the authors of the original instrument was sought for licensing. With the authors' permission, the original (English-language) scale was translated independently into Brazilian Portuguese by two healthcare professionals fluent in English. After comparison of both translations, a first draft was generated and administered to a sample of 20 patients with a primary diagnosis of OCD, in order to ascertain its comprehension carry out any linguistic adaptations as required. The scale was then back-translated independently by two psychiatrists fluent in English. After

comparison of both back-translations, a final draft was generated and sent to the author for approval.

4. Discussion

The primary objective of this study was to assess the psychometric properties of the Brazilian version of the Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ-44). The secondary objective was to ascertain whether a decline in OBQ-44 scores occurs after CBGT.

The study revealed good psychometric properties (factor validity, internal consistency, test-retest reliability, sensitivity to change, and content validity), as reported for the original questionnaire (OCCWG, 2005) and its French (Julien et al., 2008), German (Myers et al., 2008), and Italian (Sica et al., 2004) versions, demonstrating that the Brazilian Portuguese adaptation of the OBQ-44 meets expectations for an instrument designed to assess obsessive beliefs.

Factor analysis took into account the three belief domains of the original version of the OBQ (OCCWG, 2005), which have been proven independent, with no overlap between different belief domain items. Accordingly, Julien et al. (2008) suggested that these three belief domains be kept for the OBQ-44. According to Hair et al. (1998), items with factor loadings between .30 and .50 are of little importance, whereas those with loadings equal to or greater than .50 are more valuable. In the present study, all items in the instrument had loadings greater than .30, thus confirming their relevance.

Analysis of the 44 items and three belief domains showed very good internal consistency for the Brazilian version of the OBQ-44, consistent with that of other international versions and the original (OCCWG, 2005; Sica et al., 2004; Julien et al., 2008).

Test-retest showed good reproducibility and stability of belief scores, proving the reliability of the instrument. These results are in line with those reported by Julien et al.

(2008) and Sica et al. (2008), who found the level of stability adequate for a measure of beliefs.

Assessment of the sensitivity to change of the OBQ-44 showed that scores on all three belief domains declined significantly after CBGT (n=48), thus suggesting that the instrument is able to identify possible treatment-related changes and proving the quality of its measures. The standardized effect sizes of treatment were considered strong on both the Y-BOCS and the OBQ-44. Cohen's *d* values were higher for the OBQ-44 (1.41) than the Y-BOCS (0.97) after intervention, which suggests that CBGT modifies patients' beliefs and that the OBQ-44 is qualified for use as a primary measure of treatment-related change. It is important to stress that, in our study, CBGT worked on cognitive issues, with an effect on beliefs likely after treatment. Different results were reported by Anholt et al. (2010) in their study of sensitivity to change; in their sample, in which patients received Exposure and Response Prevention (ERP) therapy rather than CBT, the treatment effect size exhibited by the OBQ-44 was medium and much lower than that of the Y-BOCS (which was considered strong). However, ERP therapy may place greater emphasis on behavioral aspects, which would explain this difference. CBGT-based treatment, as in the present study, addresses cognitive and behavioral aspects; as the OBQ-44 is an obsessional beliefs instrument, treatment effect findings are likely to differ between ERP and CBGT. Post-CBGT treatment effect size on the Y-BOCS obsessions subscale (0.98) was similar to the ICT domain effect (0.94), most likely because Y-BOCS obsessions subscale items closely approximate ICT domain questions.

The OBQ-44 may therefore be useful in initial assessment of OCD patients, and for later evaluation of which belief domains score highest and of whether patients' dysfunctional beliefs are reduced or changed by treatment. Furthermore, it enables analyses of which factors are associated with changes in belief domains and of whether

changes correlate with symptom type and treatment modality (psychotherapeutic or psychopharmacological). The OBQ-44 may play an important role in elucidating these and other unanswered questions.

We suggest that future studies use larger sample sizes and include patients with non-clinical OCD as well as participants with other anxiety disorders, enabling assessment of the convergent and discriminant validity of the OBQ-44, as the instrument may assess beliefs that are not OCD-specific. Larger sample sizes are required for evaluation of dimensions and their correlation with belief domains.

Further studies may include patients with a broad range of anxiety disorders as well as non-clinical subjects: Large groups of patients with certain disorders may provide adequate support for testing whether belief domains are OCD-specific or relevant to other anxiety disorders as well. Furthermore, whether these beliefs play a more significant role in the etiology and persistence of OCD is still unclear, and further studies are required to evaluate this hypothesis. Standardization and proper definition of measurement instruments enables the conduction of research meant to elucidate the role of beliefs in OC phenomena and of the effect of cognitive, behavioral, and pharmacological management of OCD. We thus stress the importance of the OBQ-44 both as a research instrument and in clinical practice.

The OBQ-44 is still rather long for clinical use; administration takes approximately 20 minutes. Further restructuring of the instrument to include only 20 items has been proposed (Moulding et al., 2010), but research is still required to determine whether the psychometric properties of the OBQ-44 would carry over to this shortened version.

The Brazilian version of the OBQ-44 (“QCO-44”) can help health care providers identify the dysfunctional beliefs of patients with OCD and assist researchers in elucidating the role of these beliefs in the pathogenesis and persistence of OCS. As the OBQ-44 is a self-report instrument, its use will make it easier for clinicians to identify

patients' belief domains earlier in the disease course, which is of particular importance considering that patients with OCD often wait several years before seeking care for the disorder.

Therefore, the present study confirmed the importance of the OBQ-44 in the clinical setting, as it assesses the dysfunctional beliefs most commonly experienced by OCD patients and allows researchers and healthcare providers to compare baseline beliefs with post-treatment data. The OBQ-44 is thus a necessary and useful instrument for improvement of quality of life in OCD patients.

Acknowledgements

This study was made possible by the financial support of the Fundação de Incentivo à Pesquisa e Eventos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (FIPE-HCPA) and by a grant from the Centro de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (CAPES), awarded to the lead investigator. The authors would also like to thank the patients who agreed to release their data for use in this study.

Table 1 – Factor analysis of OBQ-44 items, by domain (n=104)

Items	RT	PC	ICT
1. I often think things around me are unsafe.	.463		
5. When I see any opportunity to do so, I must act to prevent bad things from happening.	.452		
6. Even if harm is very unlikely, I should try to prevent it at any cost.	.563		
8. If I don't act when I foresee danger, then I am to blame for any consequences.	.538		
15. In all kinds of daily situations, failing to prevent harm is just as bad as deliberately causing harm.	.556		
16. Avoiding serious problems (for example, illness or accidents) requires constant effort on my part.	.686		
17. For me, not preventing harm is as bad as causing harm.	.513		
19. I should make sure others are protected from any negative consequences of my decisions or actions.	.431		
22. If I do not take extra precautions, I am more likely than others to have or cause a serious disaster.	.560		
23. In order to feel safe, I have to be as prepared as possible for anything that could go wrong.	.307		
29. I am more likely than other people to accidentally cause harm to myself or to others.	.373		
33. If my actions could have even a small effect on a potential misfortune, I am responsible for the outcome.	.621		
34. Even when I am careful, I often think that bad things will happen.	.603		
36. Harmful events will happen unless I am very careful.	.680		
39. To me, failing to prevent a disaster is as bad as causing it.	.541		
41. Even ordinary experiences in my life are full of risk.	.501		
2. If I'm not absolutely sure of something, I'm bound to make a mistake.		.513	
3. Things should be perfect according to my own standards.		.475	
4. In order to be a worthwhile person, I must be perfect at everything I do.		.735	
9. If I can't do something perfectly, I shouldn't do it at all.		.653	
10. I must work to my full potential at all times.		.597	
11. It is essential for me to consider all possible outcomes of a situation.		.439	
12. Even minor mistakes mean a job is not complete.		.611	
14. I must be certain of my decisions.		.475	
18. I should be upset if I make a mistake.		.388	
20. For me, things are not right if they are not perfect.		.788	
25. For me, making a mistake is as bad as failing completely.		.618	
26. It is essential for everything to be clear cut, even in minor matters.		.529	
31. I must be the best at things that are important to me.		.562	
37. I must keep working at something until it's done exactly right.		.823	
40. If I don't do a job perfectly, people won't respect me.		.584	
43. No matter what I do, it won't be good enough.		.300	
7. For me, having bad urges is as bad as actually carrying them out.			.564
13. If I have aggressive thoughts or impulses about my loved ones, this means I may secretly want to hurt them.			.703
21. Having nasty thoughts means I am a terrible person.			.718
24. I should not have bizarre or disgusting thoughts.			.521
27. Having a blasphemous thought is as sinful as committing a sacrilegious act.			.634
28. I should be able to rid my mind of unwanted thoughts.			.459
30. Having bad thoughts means I am weird or abnormal.			.724
32. Having an unwanted sexual thought or image means I really want to do it.			.737
35. Having intrusive thoughts means I'm out of control.			.562
38. Having violent thoughts means I will lose control and become violent.			.674
42. Having a bad thought is morally no different than doing a bad deed.			.670
44. If I don't control my thoughts, I'll be punished.			.627

RT, responsibility/threat estimation; PC, perfectionism/certainty; ICT, importance/control of thoughts.

Principal axis factoring with varimax rotation was used for extraction of factors from the three OBQ-44 domains.

Factor variation detected

Table 2 – Test-retest reliability of the OBQ-44 (n=20)

Belief domain factors	Test	Retest	<i>p</i> *
	Mean ± SD	Mean ± SD	
RT	70.1 ± 18.5	68.2 ± 19.3	.377
PC	84.1 ± 19.0	81.7 ± 23.2	.244
ICT	44.2 ± 17.5	43.8 ± 21.6	.821

RT, responsibility/threat estimation; PC, perfectionism/certainty; ICT, importance/control of thoughts.

*Student's *t*-test for paired samples

Table 3 – Sensitivity to change (n=48) **

	Pre-CBGT	Post-CBGT	<i>D</i>	<i>p</i> *
	Mean ± SD	Mean ± SD		
OBQ-44				
RT	72.2 ± 19.8	45.9 ± 23.6	1.20	<.001
PC	82.4 ± 19.4	53.8 ± 26.8	1.26	<.001
ICT	41.0 ± 18.8	28.5 ± 18.7	0.94	<.001
Overall	195.6 ± 50.1	128.3 ± 62.1	1.41	<.001
Y-BOCS				
Obsession	12.5 ± 3.1	8.8 ± 4.3	0.98	<.001
Compulsion	13.2 ± 3.1	9.2 ± 5.1	0.80	.012
Overall	25.6 ± 5.3	18.1 ± 8.9	0.97	<.001

RT, responsibility/threat estimation; PC, perfectionism/certainty; ICT, importance/control of thoughts; CBGT, cognitive-behavioral group therapy; OBQ-44, Obsessive Beliefs Questionnaire; Y-BOCS, Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale.

*Student's *t*-test for paired samples

**Comparison between pre- and post-CBGT scores for each OBQ-44 domain by study group

References

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-text revision*. (4th ed.). Washington, DC, US.
- Anholt G. A., Oppen P. V., Cath D. C., Emmelkamp P. M. G., Smit J. H. & Balkom A. J. L. M. V. (2010). Sensitivity to change of the obsessive Compulsive Beliefs Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 154-159.
- Asbahr F. R., Lotufo Neto F., Turecki G. X., Del Porto J. A., Rodríguez L. R., Baruzzi, M., Lima M. A., Gentil V. (1992). Escala Yale-Brown de Sintomas Obsessivo-Compulsivos, tradução brasileira, São Paulo.
- Bartlett, M. S. (1954). A note on the multiplying factors for various chisquare approximations. *Journal of the Royal Statistical Society*, 16 (Series B), 296–298.
- Biglieri R. R., & Vetere Y. G. (2008). Adaptación Argentina Del cuestionario de creencias obsesivas. *Interdisciplinaria*, 25, 53-76.
- Cohen J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cordioli, A.V., Heldt, E., Braga, D.B., Margis, R., Basso, M.S., & Fonseca, J.T. (2003). Cognitive-Behaviour Group Therapy in Obsessive-Compulsive Disorder: a Randomized Clinical Trial. *Psychother Psychosom*, 72, 211-216.
- First, M. B, Spitzer R. L., Gibbon M., & Williams J. B. W. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders - clinician version (SCID-IV)*. American Psychiatric Press: Washington (DC).
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Gagnon, F, & Thibodeau, N. (1993). Beliefs about obsessional thoughts. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 15, 1-21.
- Frost, R. O; Marten, P., Lahart C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Frost, R. O., Krause, M. S., McMahon, M. J., Peppe, J., Evans, M., McPhee, A. E., & Holden, M. (1993). Compulsivity and superstitiousness. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 423-425. Frost, R. O., & Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 291–296.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., et al, (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.

- Hair J. F. Jr., Andersos, R. E., Tatham R. L., & Black W. C. (1998). *Multivariate Data Analysis*. Fifth Edition. Prentice Hall: New Jersey.
- Hutcheson, G., & Sofroniou, N. (1999). *The multivariate social scientist*. Sage: London.
- Julien, D., Careau, Y., O'Connor, K. P., Bouvard, M., Rhéaume, J., Langlois, F., Freeston, M. H.; Radomsky, A. S., & Cottraux, J. (2008). Specificity of belief domains in OCD: Validation of the French version of the Obsessive Beliefs Questionnaire and a comparison across samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1029–1041.
- Kugler, K., & Jones, W. H. (1992). On conceptualizing and assessing guilt. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 318-327.
- Marks, I. M., Hodgson, R., & Rachman, S. (1975). *Treatment of chronic obsessive-compulsive Psychiatry*, 127, 349-364.
- Moulding R., Jeromy A., Nedeljkovic M., Doron G., Kyrios M., & Ayalon A. (2010). The Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ): Examination in nonclinical Samples and Development of a Short Version. *Assessment*, xx(x) 1-18.
- Myers S. G., Fisher P. L., & Wells A. (2008). Belief domains of the Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44) and their specific relationship with obsessive–compulsive symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 475–484.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667–681.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) (2001). Development and initial validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 987–1006.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) (2003). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and the interpretation of intrusions inventory: Part I. *Behaviour Research & Therapy*, 41, 863–878.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) (2005). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and the interpretation of intrusions inventory: Part 2. Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1527–1542.
- Rachman, S. J. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793–802.
- Rachman, S. J., & De Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.

- Rachman, S. A. (1998). A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behavior Research and Therapy*, 36, 385-401.
- Rachman, S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 625–639.
- Rh eaume, J., Freeston, M. H., Dugas, M. J., Letarte, H. & Ladouceur, R. (1995). Perfectionism, responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 785–794.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessive-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571–583.
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S29-S52, 1999.
- Salkovskis, P. M., Forrester, E., Richards, C. (1998). Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *British Journal of Psychiatry*, 173, suppl. 35, 53-53.
- Shafran, R., Thordarson, D. S. & Rachman, S. (1996). Thought action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 379-391.
- Sica, C., Coradeschi, D., Sanavio, E., Dorz, S., Manchisi, D., & Novara, C. (2004). A study of the psychometric properties of the obsessive beliefs inventory and interpretations of intrusions inventory on clinical Italian individuals. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 291-307.
- Statistical Package for Social Sciences-(SPSS), I. (2003). SPSS (Version 12.0). Chicago, IL, USA.

9. CONCLUSÕES

O presente estudo teve como objetivos traduzir e adaptar para o Português do Brasil o *Obsessional Beliefs Questionnaire – OBQ-44* em uma amostra de pacientes com TOC e verificar as propriedades psicométricas do referido instrumento. De acordo com nossos objetivos, os achados de nossa pesquisa sinalizam que:

- O processo de tradução e adaptação de um instrumento para outra cultura abrange vários elementos e exige uma metodologia cuidadosa: instrumentos utilizados em culturas diferentes da versão original devem passar por um processo acurado de tradução, adaptação transcultural e validação, visando manter a acuidade relacionada à escala original;
- A aprovação da autora da versão original dos instrumentos retrotraduzidos, a partir do Português do Brasil para o Inglês, confirma a exatidão da metodologia empregada;
- O instrumento mostrou ser de fácil compreensão e preenchimento pelos pacientes, podendo ser utilizado em pacientes com TOC de diferentes classes econômicas e sociais;
- A partir da tradução, adaptação e do estudo sobre as propriedades psicométricas no OBQ-44 foi verificado que o instrumento pode ser utilizado no Brasil, pois reproduz resultados muito próximos ao original e dos outros países.
- Os resultados deste estudo indicam que o instrumento é útil para avaliar os domínios de crenças relacionados aos sintomas obsessivo-compulsivos, verificando consistência nos quesitos avaliados através das propriedades psicométricas.

- O instrumento OBQ-44 em sua versão brasileira poderá auxiliar os profissionais de saúde no rastreamento dos domínios de crenças dos portadores do TOC.

10. APRESENTAÇÃO PARCIAL DOS RESULTADOS

BORTONCELLO, C. F.; GOMES, J. B.; Pacheco J. M.; BORGES, D. O; CORDIOLI, A. V. Tradução e adaptação para o português do Brasil do Obsessional Beliefs Questionnaire – OBQ-44. In: XXVII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, São Paulo. Suplemento Pôster da Revista Brasileira de Psiquiatria, 2009, v, 31.

BORTONCELLO, C. F.; Pacheco J. M.; BORGES, D. O; CORDIOLI, A. V. Obsessional Beliefs Questionnaire – OBQ-44: propriedades psicométricas. In: XXVII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, São Paulo. Suplemento Pôster da Revista Brasileira de Psiquiatria, 2009, v, 31, p. 28-28.

BORTONCELLO, C. F.; GOMES, J. B.; Pacheco J. M.; BORGES, D. O; CORDIOLI, A. V. Translation and adaptation to Brazilian Portuguese of. Obsessional Beliefs Questionnaire- OBQ-44. Pôster. Symposium Obsessive-Compulsive Spectrum Disorder and their relationship with mood disorders and schizophrenia. Institute of Psychiatry - Hospital of Clinics- University of São Paulo School of Medicine, 2009.

BORTONCELLO, C. F.; Pacheco J. M.; BORGES, D. O; CORDIOLI, A. V. Obsessional Beliefs Questionnaire – OBQ-44: psychometric properties. Pôster. Symposium Obsessive-Compulsive Spectrum Disorder and their relationship with mood disorders and schizophrenia. Institute of Psychiatry - Hospital of Clinics- University of São Paulo School of Medicine, 2009.

BORTONCELLO, C. F.; Pacheco J. M.; BORGES, D. O; GOMES, J. B ; BRAGA, D. T.; VIVAN, A.; CORDIOLI, A. V. Obsessional Beliefs Questionnaire – OBQ-44: psychometric properties. Pôster. 6th World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies (WCBCT), Boston, USA, 2010.

11. ANEXOS

Anexo 1

Termo de Consentimento Informado para portadores de Transtorno Obsessivo-Compulsivo

Estamos realizando uma pesquisa que tem como objetivo a tradução e adaptação da escala Obsessional Beliefs-Questionnaire - OBQ. Esta escala avalia as “crenças obsessivas” dos indivíduos.

Crenças obsessivas são “regras” ou “mandos” que as pessoas têm e que, a partir delas, os indivíduos se comportam. Não existem crenças erradas ou certas, mas às vezes elas podem ser disfuncionais, ou seja, podem interferir de maneira negativa na vida das pessoas.

Você está sendo convidado a participar do estudo por estar participando de programas específicos de tratamento para Transtornos de Ansiedade no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Transtorno Obsessivo Compulsivo - caracteriza-se por pensamentos, frases, palavras, cenas ou impulsos, que invadem a consciência, involuntários ou impróprios, persistentes e recorrentes – as obsessões - geralmente acompanhadas de aflição ou medo e de tentativas de ignorar, suprimir ou neutralizá-los pela realização de atos repetitivos – as compulsões ou rituais.

Dentro do método científico, quando estamos traduzindo, adaptando uma escala/instrumento, devemos aplicar essa escala/instrumento em pessoas que possuem o diagnóstico que queremos. **Por isso pessoas com Transtorno obsessivo Compulsivo estarão participando desta pesquisa.**

Caso você concorde em participar, sua participação será responder a uma entrevista psiquiátrica e preencher algumas escalas. A entrevista terá duração total aproximada de uma hora.

Suas informações serão manuseadas apenas pelos integrantes do grupo de pesquisa diretamente envolvidos com esta pesquisa. As informações colhidas estarão disponíveis apenas para uso da pesquisa. Você terá toda a liberdade para interromper sua participação a qualquer momento, não acarretando nenhum prejuízo, caso você participe de algum dos programas oferecidos no ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo, assim como a qualquer momento durante os encontros.

Eu fui informado dos objetivos acima descritos e da justificativa para qual estão sendo utilizadas as escalas de forma clara e detalhada. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos e que, a qualquer momento, terei liberdade de retirar meu consentimento da participação da pesquisa, sem prejudicar meu atendimento no HCPA.

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

Contato com pesquisador: Cristiane Flores Bortoncello – Fone (51) 9739-8544

Pesquisador Responsável: Aristides Volpato Cordioli

Anexo 2 - Questionário de Crenças Obsessivas

OBQ-44

Autoria: Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG)

Tradução e adaptação: Cristiane Flôres Bortoncello e Aristides Volpato Cordioli

Nome: _____ Data da aplicação: _____

Este inventário lista diferentes atitudes ou crenças que as pessoas algumas vezes apresentam. Leia cada afirmativa cuidadosamente e decida o quanto você concorda ou discorda em relação à ela. Para cada uma das alternativas, escolha o número correspondente à resposta **que melhor descreve como você pensa**. Pelo fato das pessoas serem diferentes, **não há respostas certas ou erradas**. Para decidir se uma determinada afirmativa é típica de sua maneira de ver as coisas, simplesmente tenha em mente o que você é **na maior parte do tempo**.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente	Discordo moderadamente	Discordo um pouco	Nem concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo moderadamente	Concordo totalmente

IMPORTANTE: Ao atribuir suas notas, tente evitar o ponto médio da escala (4), indicando, de preferência se você usualmente discorda ou concorda com as afirmativas sobre suas próprias crenças e atitudes.

1. Eu freqüentemente penso que as coisas ao meu redor são perigosas.	1	2	3	4	5	6	7
2. Se eu não tiver absoluta certeza de alguma coisa, com certeza eu vou errar.	1	2	3	4	5	6	7
3. As coisas deveriam ser perfeitas de acordo com as minhas próprias normas/regras.	1	2	3	4	5	6	7
4. A fim de ser uma pessoa de valor (digna), eu devo ser perfeito em tudo que faço.	1	2	3	4	5	6	7
5. Quando eu percebo que tenho chance, eu devo agir para evitar que coisas ruins aconteçam.	1	2	3	4	5	6	7
6. Mesmo que algo ruim tenha pouca probabilidade de ocorrer, devo tentar prevenir a qualquer custo.	1	2	3	4	5	6	7
7. Para mim, ter vontade de fazer algo ruim é o mesmo que fazê-lo.	1	2	3	4	5	6	7
8. Se eu não agir quando sentir o perigo, serei responsável por quaisquer conseqüências.	1	2	3	4	5	6	7
9. Se eu não puder fazer algo perfeito, eu não deveria fazer nada.	1	2	3	4	5	6	7
10. Eu devo dar o máximo de mim o tempo todo.	1	2	3	4	5	6	7
11. É muito importante para mim considerar todas as alternativas possíveis de uma situação.	1	2	3	4	5	6	7
12. Mesmo tendo pequenos erros, significa que o trabalho não está completo.	1	2	3	4	5	6	7
13. Se eu tiver pensamentos ou impulsos agressivos sobre as pessoas importantes para mim, isto significa que, secretamente, eu quero machucá-las.	1	2	3	4	5	6	7
14. Devo sempre ter certeza das minhas decisões.	1	2	3	4	5	6	7
15. Em todas as atividades diárias, falhar em prevenir os danos é tão ruim quanto provocá-los.	1	2	3	4	5	6	7

1	2	3	4	5	6	7					
Discordo totalment e	Discordo moderadamen te	Discordo um pouco	Nem concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo moderadament e	Concordo totalment e					
16.	Evitar problemas graves (por exemplo, doença ou acidentes) exige constante esforço da minha parte.				1	2	3	4	5	6	7
17.	Para mim, não prevenir dano é tão ruim quanto causá-lo.				1	2	3	4	5	6	7
18.	Eu deveria ficar triste se cometer um erro.				1	2	3	4	5	6	7
19.	Eu devo ter certeza que os outros estejam protegidos de quaisquer conseqüências negativas das minhas decisões ou atos.				1	2	3	4	5	6	7
20.	Para mim, as coisas não estão corretas se não estiverem perfeitas.				1	2	3	4	5	6	7
21.	Ter pensamentos horríveis significa que eu sou uma pessoa má.				1	2	3	4	5	6	7
22.	Se eu não tomar cuidados extras (além dos usuais), eu tenho mais chance do que os outros de sofrer ou causar um sério acidente.				1	2	3	4	5	6	7
23.	Para eu me sentir seguro, tenho que estar tão preparado quanto for possível para qualquer coisa que possa dar errado.				1	2	3	4	5	6	7
24.	Eu não deveria ter pensamentos bizarros ou revoltantes.				1	2	3	4	5	6	7
25.	Para mim, cometer um erro é tão ruim quanto falhar totalmente.				1	2	3	4	5	6	7
26.	É essencial que tudo seja bem claro (compreensível), mesmo nos mínimos detalhes.				1	2	3	4	5	6	7
27.	Ter pensamentos pecaminosos é tão ruim quanto cometê-los.				1	2	3	4	5	6	7
28.	Eu deveria ser capaz de livrar minha mente de pensamentos indesejáveis.				1	2	3	4	5	6	7
29.	Eu tenho mais probabilidade do que as outras pessoas, de acidentalmente, causar danos a mim mesmo ou aos outros.				1	2	3	4	5	6	7
30.	Ter maus pensamentos significa que eu sou estranho ou anormal.				1	2	3	4	5	6	7
31.	Eu devo ser o melhor nas coisas que são importantes para mim.				1	2	3	4	5	6	7
32.	Ter um pensamento ou imagem sexual indesejados significa que eu realmente quero realizá-los.				1	2	3	4	5	6	7
33.	Se minhas ações pudessem ter um efeito, mesmo pequeno, sobre alguma possível desgraça, eu seria o responsável pelo ocorrido.				1	2	3	4	5	6	7
34.	Mesmo quando eu sou cuidadoso, eu freqüentemente penso que coisas ruins irão ocorrer.				1	2	3	4	5	6	7
35.	Ter pensamentos intrusivos (que involuntariamente invadem a minha mente) significa que eu estou fora de controle.				1	2	3	4	5	6	7
36.	Eventos prejudiciais poderão acontecer, a menos que eu seja muito cuidadoso.				1	2	3	4	5	6	7
37.	Eu devo trabalhar em algo até que fique perfeito.				1	2	3	4	5	6	7
38.	Ter pensamentos violentos significa que eu vou perder o controle e me tornarei violento.				1	2	3	4	5	6	7
39.	Para mim, não conseguir evitar um desastre é tão ruim quanto causá-lo.				1	2	3	4	5	6	7
40.	Se eu não fizer um trabalho perfeito, as pessoas não me respeitarão.				1	2	3	4	5	6	7
41.	Mesmo experiências comuns (do dia a dia) na minha vida, são cheias de risco.				1	2	3	4	5	6	7
42.	Ter um mau pensamento equivale moralmente a praticar uma má ação.				1	2	3	4	5	6	7
43.	Não importa o que eu faça, nunca será bom o suficiente.				1	2	3	4	5	6	7
44.	Se eu não controlar meus pensamentos, eu serei punido.				1	2	3	4	5	6	7

ESCORE:

RT= Responsabilidade e Estimação de risco

Questões: 1, 5, 6, 8, 15, 16, 17, 19, 22, 23, 29, 33, 34, 36, 39, 41

PC= Perfeccionismo e Intolerância a incerteza

Questões: 2, 3, 4, 9, 10, 11, 12, 14, 18, 20, 25, 26, 31, 37, 40, 43

ICT = Importância e Controle dos pensamentos

Questões: 7, 13, 21, 24, 27, 28, 30, 32, 35, 38, 42, 44

Anexo 3

ESCALA OBSESSIVO-COMPULSIVO DE YALE-BROWN – Y-BOCS

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

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

Por favor, responda cada questão assinalando o quadrado respectivo.

<p>1. TEMPO OCUPADO POR PENSAMENTOS OBSESSIVOS</p> <p>P.: <i>Quanto de seu tempo é ocupado por pensamentos obsessivos?</i></p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Menos de 1 hora/dia ou ocorrência ocasional</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = 1 a 3 horas/dia ou freqüente</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Mais de 3 horas até 8 horas/dia ou ocorrência muito freqüente</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Mais de 8 horas/dia ou ocorrência quase constante</p>	<p>4. RESISTÊNCIA CONTRA OBSESSÕES</p> <p>P.: <i>Até que ponto você se esforça para resistir aos seus pensamentos obsessivos? Com que freqüência você tenta não ligar ou distrair a atenção desses pensamentos quando eles entram na sua mente?</i></p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Faz sempre esforço para resistir, ou sintomas mínimos que não necessitam de resistência ativa.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Tenta resistir a maior parte das vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Faz algum esforço para resistir</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Entrega-se a todas as obsessões sem tentar controlá-las, ainda que faça isso com alguma relutância</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Cede completamente a todas as obsessões de modo voluntário</p>
<p>2. INTERFERÊNCIA provocada pelos PENSAMENTOS OBSESSIVOS</p> <p>P.: <i>Até que ponto seus pensamentos obsessivos interferem com seu trabalho, escola, vida social ou outras atividades importantes? Há qualquer coisa que você não faça por causa deles?</i></p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Nenhuma</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Alguma: leve interferência com atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho geral não é prejudicado</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Moderada: clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Grave: provoca prejuízo considerável no desempenho social ou ocupacional</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Muito grave: incapacitante</p>	<p>5. GRAU DE CONTROLE SOBRE OS PENSAMENTOS OBSESSIVOS</p> <p>P.: <i>Até que ponto você consegue controlar os seus pensamentos obsessivos? É habitualmente bem-sucedido quando tenta afastar a atenção dos pensamentos obsessivos ou interrompê-los? Consegue afastá-los?</i></p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Controle total</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Bom controle: geralmente capaz de interromper ou afastar as obsessões com algum esforço e concentração</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Controle moderado: algumas vezes capaz de interromper ou afastar as obsessões</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Controle leve: raramente bem sucedido quando tenta interromper ou afastar as obsessões, consegue somente desviar a atenção com dificuldade.</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Nenhum controle: as obsessões experimentadas como completamente involuntárias, raramente capaz, mesmo que seja momentaneamente, de desviar seus pensamentos obsessivos.</p>
<p>3. SOFRIMENTO relacionado aos PENSAMENTOS OBSESSIVOS</p> <p>P.: <i>Até que ponto os seus pensamentos obsessivos o perturbam ou provocam mal-estar em você? (Na maior parte dos casos, a perturbação/mal-estar é equivalente à ansiedade; contudo, alguns pacientes podem descrever as suas obsessões como perturbadoras mas negam sentir ansiedade. (Avalie somente a ansiedade que parece ser desencadeada pelas obsessões, não a ansiedade generalizada ou a ansiedade associada a outras condições).</i></p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Nenhuma</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Não atrapalha muito</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Incomoda, mas ainda é controlável</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Muito incômoda</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Angústia constante e incapacitante</p>	<p>Uso do entrevistador</p> <p>_____ ESCORE OBSESSÕES (parcial)</p>

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

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

<p>6. TEMPO GASTO COM COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS</p> <p>P.: Quanto tempo você gasta com comportamentos compulsivos? Quanto tempo você leva a mais do que a maioria das pessoas para realizar atividades rotineiras por causa de seus rituais? Com que frequência você faz rituais?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Leve: menos de 1 hora/dia ou ocorrência ocasional de comportamentos compulsivos</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Moderado: passa 1 a 3 horas/dia realizando as compulsões (ou execução freqüente de comportamentos compulsivos)</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Grave: mais de 3 horas/dia até 8 horas/dia ou execução muito freqüente de comportamentos compulsivos</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Muito grave: passa mais de 8 horas/dia realizando compulsões (ou execução quase constante de comportamentos compulsivos - muito numerosos para contar)</p>	<p>9. RESISTÊNCIA às COMPULSÕES</p> <p>P.: Até que ponto você se esforça para resistir às suas compulsões?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Faz sempre esforço para resistir ou sintomas tão mínimos que não necessitam de resistência ativa</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Tenta resistir na maior parte das vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Faz algum esforço para resistir</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Cede a todas as compulsões sem tentar controlá-las, ainda que faça isso com alguma relutância</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Cede completamente a todas as compulsões de modo voluntário</p>
<p>7. INTERFERÊNCIA provocada pelos COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS</p> <p>P.: Até que ponto suas compulsões interferem em sua vida social ou profissional? Existe alguma atividade que você deixa de fazer por causa das compulsões? (se atualmente não estiver trabalhando, avalie até que ponto o desempenho seria afetado se o paciente estivesse empregado)</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Nenhuma</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Alguma: leve interferência com atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho global não está deteriorado</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Moderada: clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Grave: provoca prejuízo considerável no desempenho social ou ocupacional</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Muito grave: incapacitante</p>	<p>10. GRAU DE CONTROLE SOBRE O COMPORTAMENTO COMPULSIVO</p> <p>P.: Com que força você se sente obrigado a executar os comportamentos compulsivos? Até que ponto consegue controlar as suas compulsões?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Controle total</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Bom controle: sente-se pressionado a realizar as compulsões mas tem algum controle voluntário</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Controle moderado: sente-se fortemente pressionado a realizar as compulsões e somente consegue controlá-las com dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Controle leve: pressão muito forte para executar as compulsões; o comportamento compulsivo tem que ser executado até o fim e somente com dificuldade consegue retardar a execução dessas compulsões</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Nenhum controle: a pressão para realizar as compulsões é experimentada como completamente dominadora e involuntária; raramente capaz de, mesmo que seja momentaneamente, de retardar a execução das compulsões</p>
<p>8. SOFRIMENTO relacionado aos COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS</p> <p>P.: Como você sentiria se fosse impedido de realizar sua(s) compulsão(ões)? Quão ansioso você ficaria?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Leve: ligeiramente ansioso se as compulsões forem interrompidas, ou ligeiramente ansioso durante a sua execução</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Moderado: A ansiedade sobe a um nível controlável se as compulsões forem interrompidas, ou a ansiedade sobe a um nível controlável durante a sua execução</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Intenso: aumento proeminente e muito perturbador da ansiedade se as compulsões forem interrompidas, ou aumento de ansiedade proeminente e muito perturbador durante sua execução</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Muito intenso: ansiedade incapacitante a partir de qualquer intervenção com o objetivo de modificar as compulsões, ou ansiedade incapacitante Durante a execução das compulsões</p>	<p style="text-align: center;">Uso do entrevistador</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">ESCORE COMPULSÕES</p>

ESCORE TOTAL: _____
(OBSESSÕES +COMPULSÕES)