

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

MARIANA BONATI DE MATOS

**ACOMODAÇÃO FAMILIAR: UM ESTUDO SOBRE CARACTERÍSTICAS DE
PACIENTES COM TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO E SEUS
FAMILIARES EM UMA AMOSTRA CLÍNICA**

Pelotas
2016

MARIANA BONATI DE MATOS

**ACOMODAÇÃO FAMILIAR: UM ESTUDO SOBRE CARACTERÍSTICAS DE
PACIENTES COM TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO E SEUS
FAMILIARES EM UMA AMOSTRA CLÍNICA**

Tese apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde e Comportamento.

Orientadora: Luciana de Avila Quevedo

Pelotas
2016

MARIANA BONATI DE MATOS

**ACOMODAÇÃO FAMILIAR: UM ESTUDO SOBRE CARACTERÍSTICAS DE
PACIENTES COM TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO E SEUS
FAMILIARES EM UMA AMOSTRA CLÍNICA**

Conceito final: _____

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof(a). Dr(a). Karen Amaral Tavares Pinheiro

Prof(a). Dr(a). Rochele Dias Castelli

Prof(a). Dr(a). Mariane Lopez Molina

Orientadora – Prof(a). Dr(a). Luciana de Avila Quevedo

Agradecimentos

À minha mãe, por me ensinar a ser uma pessoa melhor todos os dias;

Ao Felipe, por toda a paciência, respeito e principalmente companheirismo;

À minha família, pelo apoio e por compreender meus momentos ausentes;

À Lu, por representar vários papéis em um só e tornar possível esta tese;

Ao professor Ricardo Pinheiro, por sempre acreditar no meu trabalho e confiar a mim
grandes responsabilidades;

À Flávia e Ariadne, pela disponibilidade e atenção;

À Andressa, por todo apoio, cuidado e principalmente empatia;

À Jéssica pela amizade ímpar, apoio e por coordenar o campo deste estudo de forma
impecável;

À Rafa, Vivi e Carol pela amizade e por tornarem este trabalho real;

À Mari Lopez, por ser um exemplo de profissional e pela enorme torcida e ajuda;

Aos bolsistas de Iniciação Científica que contribuíram para a realização deste estudo;

À banca examinadora, por disponibilizarem tempo para contribuir com a melhora deste
trabalho;

À todos que de alguma forma contribuíram para a realização este trabalho, ou na minha
trajetória profissional.

RESUMO

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é considerado um transtorno heterogêneo no que diz respeito aos sintomas e pode ser dividido em diferentes dimensões. Estes sintomas podem causar impacto significativo sobre a dinâmica familiar. Os membros da família tendem a modificar sua rotina, auxiliando ou participando de rituais do paciente e estes comportamentos são identificados como Acomodação Familiar. No entanto, pouco se sabe sobre a diferença do comportamento de acomodação familiar entre as dimensões do TOC. Portanto, os objetivos deste trabalho foram: descrever a relação entre a acomodação familiar em parentes de pacientes com TOC e suas percepções sobre as obsessões e compulsões do paciente; e avaliar a associação entre a acomodação familiar e as diferentes dimensões dos sintomas do TOC destes pacientes. Trata-se de estudo transversal com pacientes com diagnóstico de TOC e seus familiares em uma amostra clínica. Os instrumentos utilizados neste estudo foram: *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI PLUS), *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS), *Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (DY-BOCS) e *Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder - Interviewer-Rated* (FAS-IR). O primeiro artigo mostrou que as obsessões percebidas pelos familiares que estiveram associadas aos maiores níveis de acomodação familiar foram: contaminação ($p < 0,001$), perder/guardar e simetria e ordem ($p = 0,001$), religiosa ($p = 0,019$) e diversas ($p = 0,003$). Para as compulsões, todos os sintomas foram associados com maiores níveis de acomodação familiar ($p < 0,05$). Já no segundo artigo os fatores associados à acomodação familiar foram: idade do paciente ($\beta = -0,145$) (IC 95%: -0,27; -0,02), membro da família que vive com o paciente ($\beta = 3,185$) (IC 95%: 0,13; 6,24), o membro da família que era parceiro(a)/namorado(a) do paciente ($\beta = 5,750$) (IC 95%: 2,40; 9,10) e pacientes com dimensão sexual/religiosa do sintomas do OC ($\beta = 0,483$) (95% IC: 0,14; 0,83). Conclui-se que a acomodação familiar está presente em familiares de pacientes com TOC, independentemente do tipo de sintoma percebido. Porém, os familiares de paciente que relatam ter a dimensão religiosa/sexual do sintoma do TOC apresentam maior acomodação familiar, especialmente quando são parceiros(as).

Palavras-chave: Transtorno obsessivo-compulsivo, acomodação familiar, dimensões.

ABSTRACT

The Obsessive Compulsive Disorder is considered an heterogeneous disorder about the symptoms and it can be divided into different dimensions. These symptoms can cause significant impact on the family dynamics. The family members tend to modify their routine by assisting or participating in the patient's rituals and these behaviors have been identified as Family Accommodation. However, little know about the difference of family accommodation between the dimensions of Obsessive Compulsive Disorder. Therefore, the aims of this study are: to describe the relationship between family accommodation in relatives of OCD patients and your perceptions about the obsessions and compulsions of the patient; and to evaluate the association between family accommodation and the different dimensions of the OCD symptoms. It is a cross-sectional study with patients and their family members diagnosed with OCD at a research clinic. The instruments used in this study were: the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI PLUS), the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS), the Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS) and the Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder - Interviewer-Rated (FAS-IR). In the first article the obsessions perceived by family were associated with higher levels of family accommodation: contamination ($p < 0.001$), save/loose symmetry and accuracy ($p = 0.001$), religious ($p = 0.019$), and miscellaneous ($p = 0.003$). For the compulsions, all symptoms were associated with higher levels of family accommodation ($p < 0.05$). In the second article the factors associated with family accommodation were: age of the patient ($\beta = -0.145$) (95% CI: -0.27; -0.02), family member living with the patient ($\beta = 3.185$) (95% CI: 0.13; 6.24), the family member who was a partner/boyfriend/girlfriend of the patient ($\beta = 5.750$) (95% CI: 2.40; 9.10) and patients with OCD symptoms of sexual/religious dimension ($\beta = 0.483$) (95% IC: 0.14; 0.83). It is concluded that the family accommodation is present in relatives of Obsessive Compulsive Disorder patients, regardless of the type of obsessive symptom / compulsive perceived. However, the patient's family members who reported having religious / sexual dimension of OCD symptom have higher family accommodation, especially when partners.

Keywords: Obsessive compulsive Disorder, Family Accommodation, Dimensions.

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Table 1 (Artigo 1) – <i>Mental health and sociodemographic characteristics of OCD patients' family relatives and their association with family accommodation.....</i> | 45 |
| Table 2 (Artigo 1) – <i>Association between obsessions, compulsions and other problems perceived by the family and the level of family accommodation.....</i> | 46 |
| Table 3 (Artigo 1) – <i>Differences between the means of family accommodation in relation of number of perceived obsessions, compulsions and other problems related to OCD.....</i> | 48 |
| Table 1 (Artigo 2) – <i>Sociodemographic and health characteristics of patients diagnosed with Obsessive Compulsive Disorder and association with family accommodation according to FAS-IR*.....</i> | 70 |
| Table 2 (Artigo 2) – <i>Sociodemographic and health characteristics of family members of patients diagnosed with obsessive compulsive disorder and association with family accommodation according to FAS-IR*.....</i> | 71 |
| Table 3 (Artigo 2) – <i>Prevalence of presence and daily/extreme occurrence of family accommodation behavior according to the scores of the Family Accommodation Scale (FAS-IR*).....</i> | 72 |
| Table 4 (Artigo 2) – <i>Multivariate linear regression analysis for factors associated to family accommodation.....</i> | 73 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------|---|
| ABEP | Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa |
| AF | Acomodação Familiar |
| APESM | Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental |
| DY-BOCS | <i>Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale</i> |
| FA | <i>Family Accommodation</i> |
| FAS-IR | <i>Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder – Interviewer Rated</i> |
| MINI PLUS | <i>Mini-International Neuropsychiatric Interview PLUS</i> |
| OCD | <i>Obsessive Compulsive Disorder</i> |
| ODK | <i>Open Data Kit</i> |
| PASS | Power Analysis and Sample Size |
| TOC | Transtorno Obsessivo-Compulsivo |
| UCPEL | Universidade Católica de Pelotas |
| Y-BOCS | <i>Yale-Brown Obsessive-compulsive Scale Symptom</i> |

SUMÁRIO

| | |
|---------------------------------------|-----------|
| APRESENTAÇÃO..... | 11 |
| PROJETO..... | 12 |
| 1 IDENTIFICAÇÃO..... | 12 |
| 1.1 Título | 12 |
| 1.2 Doutoranda | 12 |
| 1.3 Orientador | 12 |
| 1.4 Instituição | 12 |
| 1.5 Curso | 12 |
| 1.6 Data | 12 |
| 2 INTRODUÇÃO | 13 |
| 3 OBJETIVOS | 15 |
| 3.1 Objetivo Artigo 1 | 15 |
| 3.2 Objetivo Artigo 2 | 15 |
| 4 HIPÓTESES | 16 |
| 4.1 Hipótese Artigo 1 | 16 |
| 4.2 Hipótese Artigo 2 | 16 |
| 5 REVISÃO DE LITERATURA | 17 |
| 5.1 Estratégias de busca | 17 |
| 5.2 Corpo da revisão | 18 |
| 6 MÉTODO | 22 |
| 6.1 Delineamento | 22 |
| 6.2 Participantes | 22 |
| 6.3 Procedimentos e instrumentos..... | 24 |
| 6.4 Análise dos dados..... | 28 |
| 6.5 Aspectos éticos | 28 |

| | |
|--|-----------|
| 6.6 Cronograma | 28 |
| 6.7 Orçamento | 29 |
| 7 REFERÊNCIAS | 30 |
| 8 ARTIGO 1 | 33 |
| 9 ARTIGO 2 | 49 |
| 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS OU CONCLUSÃO..... | 74 |
| ANEXOS | 75 |
| Anexo A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Paciente | 76 |
| Anexo B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Familiar..... | 78 |
| Anexo C: Carta de Aprovação no Comitê de Ética..... | 80 |
| Anexo D: Transtorno Obsessivo-Compulsivo (Módulo MINI)..... | 81 |
| Anexo E: Episódio Depressivo Maior (Módulo MINI)..... | 82 |
| Anexo F: Risco de Suicídio (Módulo MINI)..... | 84 |
| Anexo G: Escala <i>Yale-Brown Obsessive-compulsive Scale Symptom Checklist</i> (Y-BOCS)..... | 85 |
| Anexo H: <i>Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale</i> (DY-BOCS)..... | 89 |
| Anexo I: <i>Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder –</i> <i>Interviewer-Rated</i> (FAS-IR)..... | 112 |

APRESENTAÇÃO

Este volume tem por objetivo a investigação do Transtorno Obsessivo-Compulsivo em seus diferentes tipos de sintomas e a relação dos mesmos com a família. Busca-se entender a interferência e conseqüentemente o prejuízo que estes sintomas causam na relação paciente-familiar através do conceito de acomodação familiar. Essa investigação é apresentada primeiramente com o projeto de pesquisa seguido de dois artigos científicos e considerações finais da tese.

PROJETO

1 IDENTIFICAÇÃO

1.1 Título: Acomodação Familiar: Um Estudo Sobre Características de Pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo e seus Familiares em uma Amostra Ambulatorial.

1.2 Doutoranda: Mariana Bonati de Matos

1.3 Orientadora: Luciana de Ávila Quevedo

1.4 Instituição: Universidade Católica de Pelotas (UCPEL)

1.5 Curso: Programa de Pós-graduação em Saúde e Comportamento

1.6 Data: Julho de 2016.

2 INTRODUÇÃO

O Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é um transtorno de ansiedade crônico e grave.¹ A definição do TOC como um fenômeno unitário repousa sobre a presença de obsessões e/ou compulsões onde a primeira caracteriza-se por pensamentos, frases, palavras, cenas ou impulsos que invadem a consciência, involuntários ou impróprios, persistentes e recorrentes; e a segunda por aflição ou medo e tentativas de ignorar, suprimir ou neutralizar esses pensamentos através da realização de atos repetitivos e estereotipados a fim de aliviar a ansiedade. Pelo tempo que tomam, pelo desconforto que provocam ou pelo que leva o paciente a executar certos rituais ou a evitar situações, comprometem a rotina diária, o desempenho profissional e as relações interpessoais.^{2,3}

O TOC tem uma prevalência de 2-3% na população em geral, sendo mais frequente em mulheres (2,2%) do que em homens (1,6%).^{3,4} Apesar de ser classificado como um transtorno único, trata-se de uma condição clinicamente heterogênea em termos de conteúdo dos sintomas.⁵ Estes sintomas são diversos em caráter, variando de preocupações obsessivas sobre a sujeira e bactérias aos temores de ter feito algo terrível ou blasfêmico. Exemplos de compulsões variam de lavagem ou verificação dos rituais, a realização de rituais desprovidos de conteúdo cognitivo, ou rituais mentais onde alguns pensamentos estão destinados a neutralizar os medos.² Uma recente abordagem dimensional propõe uma divisão dos sintomas em dimensões de acordo com a frequência. Um dos modelos multidimensionais do TOC sugere seis dimensões dos sintomas: 1) agressivo; 2) sexual/religioso; 3) simetria/ordem; 4) contaminação/lavagem; 5) colecionismo e 6) diversas.^{4,6,7}

Os sintomas do TOC causam importante impacto sobre a dinâmica familiar, sendo a Acomodação Familiar (AF) um fenômeno já reconhecido, definido como modificações na rotina da família, a qual acaba se adaptando aos sintomas e às exigências do paciente.⁸ Através de tal fenômeno, entende-se o grau de desgaste e de estresse no ambiente familiar.⁹ Dentro de cada núcleo familiar podem existir padrões de comportamento diferenciados no que diz respeito a reação do familiar perante aos sintomas do paciente. Estes podem ser divididos entre aqueles familiares que apóiam e participam do sintoma, aqueles que se recusam a participar se opondo ao comportamento do paciente, e o núcleo em que a família se encontra dividida, onde alguns membros apóiam e outros não.¹⁰ O apoio do familiar acaba contribuindo para

manter ou facilitar os sintomas do TOC. Os comportamentos de AF podem estar presentes em cônjuges, pais, outros familiares ou até mesmo amigos próximos de pacientes com TOC e estão relacionados com a gravidade dos sintomas do paciente, o funcionamento global, a disfunção familiar e estresse dos familiares.¹¹

Estudos sobre a gravidade do TOC e AF vem sendo realizados, porém, a relação entre as dimensões dos sintomas do TOC e acomodação familiar ainda é pouco conhecida. Entretanto, pode-se pressupor que os conteúdos obsessivos e os tipos de compulsões e rituais, bem como a intensidade desses sintomas, podem produzir maior ou menor AF.¹² Assim, este estudo tem como objetivos: avaliar a relação entre a AF e as diferentes obsessões, compulsões e outros problemas relacionados ao TOC do paciente observadas pelo próprio familiar; e avaliar a associação entre AF e as diferentes dimensões dos sintomas do TOC em uma amostra clínica.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Artigo 1

→ Avaliar a relação entre a AF e as diferentes obsessões, compulsões e outros problemas relacionados ao TOC do paciente observadas pelo próprio familiar.

3.2 Objetivo Artigo 2

→ Avaliar a associação entre AF e as diferentes dimensões dos sintomas do TOC em uma amostra clínica.

4 HIPÓTESES

4.1 Hipótese Artigo 1

→ Familiares que observam compulsões de limpeza/lavagem, verificação e ordem/arranjo nos pacientes apresentarão maior AF.

4.2 Hipótese Artigo 2

→ Pacientes que apresentarem as dimensões de simetria e de contaminação terão familiares com maior AF.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Estratégias de busca

PUBMED:

Limites: Publicados nos últimos dez anos; Pesquisa com humanos; Idioma inglês e português; Adultos com mais de 19 anos.

- Obsessive Compulsive Disorder – 2953
- Obsessive Compulsive Disorder AND dimensions - 175
- Obsessive Compulsive Disorder AND Family Accommodation – 11
- Obsessive Compulsive Disorder AND Family Accommodation Scale – 07
- Obsessive Compulsive Disorder AND FAS – 4
- Obsessive Compulsive Disorder AND FAS-IR – 0

SCIELO:

Limites: Nenhum limite utilizado.

- Obsessive Compulsive Disorder – 181
- Obsessive Compulsive Disorder AND dimensions - 13
- Obsessive Compulsive Disorder AND Family Accommodation – 7
- Obsessive Compulsive Disorder AND Family Accommodation Scale – 2
- Obsessive Compulsive Disorder AND FAS - 0
- Obsessive Compulsive Disorder AND FAS-IR - 1

MEDLINE:

- Obsessive Compulsive Disorder – 91
- Obsessive Compulsive Disorder AND dimensions - 10
- Obsessive Compulsive Disorder AND Family Accommodation – 6 (em *PubMed Citation*)
- Obsessive Compulsive Disorder AND Family Accommodation Scale – 5 (em *PubMed Citation*)
- Obsessive Compulsive Disorder AND FAS – 5 (em *PubMed Citation*)
- Obsessive Compulsive Disorder AND FAS-IR – 0

COCHRANE BVS:

- Obsessive Compulsive Disorder
 - o The Cochrane Library - 1201
 - o Biblioteca Cochrane Plus – 5
 - o Resumos de Revisões Sistemáticas em Português – 1

- Obsessive Compulsive Disorder AND dimensions - 0

- Obsessive Compulsive Disorder AND Family Accommodation
 - o The Cochrane Library - 7
 - o Biblioteca Cochrane Plus – 0
 - o Resumos de Revisões Sistemáticas em Português – 0

- Obsessive Compulsive Disorder AND Family Accommodation Scale
 - o Cochrane Library - 6
 - o Biblioteca Cochrane Plus - 0
 - o Resumos de Revisões Sistemáticas em Português – 0

- Obsessive Compulsive Disorder AND FAS – 0

- Obsessive Compulsive Disorder AND FAS-IR – 0

5.2 Corpo da revisão

O TOC pode apresentar seus primeiros sintomas no início da infância, tornando-se mais frequente em jovens no final da adolescência. É uma condição potencialmente incapacitante que afeta entre 1% a 3,3% da população adulta, sendo que os homens (1,6%) normalmente apresentam o aparecimento dos sintomas no início da adolescência em comparação com as mulheres (2,2%), cujo aparecimento ocorre geralmente durante o final da adolescência ou início dos 20 anos.¹³⁻¹⁷

Dois indivíduos com TOC podem ter padrões de sintomas totalmente diferentes e não sobrepostos.¹⁸ Estudos têm proposto o uso de uma abordagem dimensional para o TOC que empregam uma análise fatorial, tendo consistentemente identificado entre três

a seis dimensões dos sintomas obsessivos compulsivos e apoiando o uso das mesmas.¹⁹⁻²²

Neste estudo, será utilizada a escala *Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (DY-BOCS) que fornece uma descrição detalhada das obsessões e compulsões divididas em seis dimensões: (1) obsessões sobre danos devido à agressão / lesão / violência / desastres naturais e compulsões relacionadas; (2) obsessões sexuais / obsessões morais / religiosas e compulsões relacionadas; (3) obsessões de simetria / percepções e compulsões de contar ou ordenar / organizar; (4) obsessões e compulsões de contaminação e limpeza; (5) obsessões e compulsões relacionadas ao colecionismo e (6) obsessões e compulsões diversas que se relacionam com preocupações somáticas e superstições, entre outros sintomas.

Dividindo sintomas obsessivos compulsivos de acordo com estas dimensões, a DY-BOCS também investiga os sintomas que são inerentemente ambíguos (como verificação, rituais mentais de repetição, e comportamentos evitativos), podendo estar presente em mais de um domínio. No artigo de elaboração da escala, a prevalência de cada dimensão, investigada em 69 adultos, foi: agressão (71%), sexual/religiosa (51%), simetria (81%), contaminação (69%), colecionismo (41%) e diversos (82%).⁴ Já para Gomes (2011), a prevalência das dimensões em uma amostra de 114 pacientes com TOC foram respectivamente: simetria (95,6%), diversas (92,1%), contaminação (83,3%), agressão (65,8%), colecionismo (65,8%) e conteúdo sexual/religiosa (64%).²³

Para Gonzales, o TOC e os sintomas obsessivos compulsivos são condições que se agregam em famílias, podendo ser considerado uma doença familiar.²⁴ Os familiares de portadores do TOC tem de 4 a 5 vezes mais chance de desenvolver a doença, quando comparados a população em geral, sugerindo um fator familiar em sua origem.²⁵ Um estudo mostrou que 28,1% dos familiares da amostra manifestaram sintomas obsessivos compulsivo com uma amplitude clinicamente significativa.²³

Uma pessoa com comportamentos obsessivo-compulsivos acarreta em mudanças inevitáveis na rotina diária daqueles que com ela convivem. Através da aprendizagem, os familiares podem tolerar os sintomas obsessivo-compulsivos e participar dos comportamentos e rituais configurando o conceito de AF - característica comum das famílias de pacientes com TOC.^{26,12,27,28} Através desse conceito, Calvocoressi et al. (1995) desenvolveu uma escala chamada *Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder – Interviewer Rated* (FAS-IR), que tem sido utilizado em vários estudos clínicos para avaliar o grau de acomodação familiar e melhorar o entendimento

sobre esse assunto. A entrevista é dividida em dois momentos, sendo que o primeiro consiste em uma lista de sintomas do paciente citada pelo familiar e o segundo consta de 12 itens que avaliam os temas citados a seguir: provendo reassuramento (dando confiança, tranquilizando); assistindo aos rituais do paciente; esperando pelo paciente; contendo-se para não dizer ou fazer coisas; participando das compulsões; facilitando as compulsões; facilitando a evitação; tolerando comportamentos estranhos/rompimento doméstico; ajudando o paciente com tarefas da vida diária ou decisões simples; assumindo as responsabilidades do paciente; modificando sua rotina pessoal e modificando a rotina da família.²⁹

Pelo forte impacto que causam, os sintomas acabam interferindo nos momentos de lazer ou férias, nos compromissos sociais e no trabalho, e podem acarretar em um maior comprometimento da qualidade de vida tanto do paciente quanto do familiar.^{30,31} Um estudo com familiares de pacientes com TOC verificou que 40,0% destes modificaram sua rotina, sendo a maioria esposas.²⁶ Dois estudos não tão recentes realizados por Cooper trazem em seus achados a diminuição das atividades de lazer, sentimento de frustração, raiva e culpa como característica do familiar do portador do TOC.^{32,33}

Com relação à prevalência de AF, no estudo realizado por Calvocaressi (1995), onde foi desenvolvida a FAS, ele encontrou que os familiares, em sua maioria (88,2%), adaptam-se aos sintomas do paciente.²⁶ Shafram et al. (1995) entrevistaram 88 famílias de indivíduos com sintomas obsessivo-compulsivos e descobriram que 60,0% dos membros da família eram envolvidos em certa medida nos rituais realizados pelo paciente.³⁴ Já um estudo mais recente que entrevistou 97 pacientes e seus familiares encontrou que 47% dos membros da família reassguravam os sintomas do paciente afetado todos os dias, 43% apoiava o paciente para evitar as coisas que poderiam deixá-lo mais ansioso e 35% participava diretamente dos rituais, numa base diária.³⁵ As formas mais prevalentes de AF no estudo de Gomes (2011) foram: “tolerando comportamento do TOC” (86%), “provendo reassuramento” (65,8%) e “modificando a rotina da família” (63,2%). Semelhantes a estes, a maioria dos estudos que investigaram a acomodação após o surgimento da escala também apresentaram altos índices de AF, sendo em torno de 70% a prevalência de acomodações diárias/extremas.^{11,36,37,23}

Sabe-se que o grau de AF está relacionado com a gravidade dos sintomas e que certos sintomas, em particular, interferem de forma mais acentuada no funcionamento

da família, tais como: colecionismo, obsessões e compulsões por limpeza e obsessões e compulsões por ordem e simetria.³⁷ Porém, no que se refere à associação entre a AF e as diferentes dimensões do TOC, foram encontrados apenas dois estudos. O primeiro não mostrou diferenças significativas entre as dimensões e o índice de AF, porém, houve uma tendência estatística dos pacientes com a dimensão contaminação e limpeza apresentarem maior AF quando comparados aos que não pontuaram para tal dimensão. Cabe ressaltar que a amostra não foi considerada representativa.⁸ Já o segundo estudo, realizado por Gomes (2011), apresentou uma correlação positiva apenas entre o índice de acomodação e os escores totais da escala DY-BOCS.²³

Devido a estes estudos apresentarem resultados distintos no que se referem a AF e as dimensões dos sintomas do TOC busca-se analisar esta relação, tanto pela percepção do familiar como do paciente, visando a criação de estratégias que auxiliem o familiar na compreensão dos sintomas do paciente, assim como, minimizar os prejuízos causados pelos sintomas do TOC nesta díade.

6 MÉTODO

6.1 Delineamento

Estudo transversal aninhado ao *baseline* de um estudo de intervenção que avalia as dimensões dos sintomas do transtorno obsessivo-compulsivo e os resultados na terapia cognitivo-comportamental em pacientes de 18 a 60 anos.

6.2 Participantes

6.2.1 Seleção da amostra

A amostra será realizada por conveniência e a captação acontecerá da seguinte forma: todos os sujeitos que buscarem atendimento* através do Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental da Universidade Católica de Pelotas (APESM-UCPEL) e que forem diagnosticados com TOC, assim como, dois familiares** indicados pelos mesmos, serão convidados a participar do estudo.

* A busca por atendimento no APESM-UCPEL acontecerá por encaminhamentos de estudos de base populacionais ou estudos de coorte realizados na cidade de Pelotas; encaminhamentos da rede de saúde do município de Pelotas ou através de divulgações em meios de comunicação de massa (jornais, cartazes).

**Serão considerados “familiares” aqueles que passam a maior parte do tempo com o paciente, indicadas pelo mesmo e que tenham no mínimo 18 anos.

6.2.2 Tamanho da amostra

Para o cálculo da amostra foi utilizado o programa *Power Analysis and Sample Size* (PASS). Com poder de 80% $\alpha = 5\%$; prevalência de acomodação familiar em não expostos de 70% e nos expostos de 90%, a amostra mínima necessária será de 387 pacientes e 387 familiares. O quadro abaixo demonstra a simulação do N necessário de acordo com a prevalência de acomodação estimada:

| N | X=1 | P0 | Odds Ratio |
|------|-----|-----|------------|
| 278 | 6,1 | 0,5 | 5,667 |
| 198 | 6,1 | 0,5 | 9 |
| 142 | 6,1 | 0,5 | 19 |
| 523 | 6,1 | 0,6 | 3,778 |
| 338 | 6,1 | 0,6 | 6 |
| 223 | 6,1 | 0,6 | 12,667 |
| 1306 | 6,1 | 0,7 | 2,429 |
| 678 | 6,1 | 0,7 | 3,857 |
| 387 | 6,1 | 0,7 | 8,143 |

X1= prevalência da exposição

P0= prevalência da doença entre os não-expostos

6.2.3 Critérios de inclusão

Para os pacientes:

Ter entre 18 e 60 anos e ser diagnosticado com TOC pela avaliação do APESM-UCPEL.

Para os familiares:

Ser indicado pelo paciente, ter contato freqüente com o mesmo e ter mais de 18 anos.

6.2.4 Critérios de exclusão

Para os pacientes:

Ser incapaz de responder e/ou compreender os instrumentos da pesquisa; ser portador de sofrimento psíquico grave; apresentar abuso ou dependência de substâncias psicoativas no momento da avaliação; apresentar sintomas psicóticos.

Para os familiares:

Ser incapaz de responder e/ou compreender os instrumentos da pesquisa; ser portador de sofrimento psíquico grave.

6.3 Procedimentos e Instrumentos

6.3.1 Instrumentos

Aplicado nos pacientes e nos familiares

- *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI PLUS)*³⁸: É uma entrevista de curta duração – 15 a 30 minutos – destinada à utilização na prática clínica e de pesquisa. Visa classificação diagnóstica dos entrevistados de forma compatível com os critérios do DSM-IV e CID-10. O instrumento é constituído por módulos diagnósticos independentes com o objetivo de reduzir o tempo da entrevista e a aplicação é facilitada por ter cotação das questões dicotômica em sim/não. A versão utilizada será a MINI PLUS, em português, sendo uma versão mais detalhada da MINI, desenvolvida para a utilização em cuidados primários e em ensaios clínicos. Esta versão possibilita o julgamento clínico do entrevistador. Neste estudo utilizaremos os módulos que investigam TOC (ANEXO D), Episódio Depressivo Maior (ANEXO E), Risco de Suicídio (ANEXO F), classificando como presença ou ausência dos transtornos avaliados no paciente e no familiar.

Aplicado apenas nos pacientes

- *Yale-Brown Obsessive-compulsive Scale Symptom (Y-BOCS)*²¹: utilizada para medir a gravidade específica dos sintomas obsessivo-compulsivos. A escala possui 10 itens (5 para obsessões e 5 para compulsões) que variam de 0 (sem sintomas) a 4 (extrema gravidade), com escore máximo de 40 pontos classificando o paciente com sintomas mais graves quanto maior a pontuação apresentada. Inclui frequência, interferência no funcionamento, desconforto subjetivo, resistência e controle sobre as sobre obsessões e igualmente sobre as compulsões (Anexo G).

- *Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS)*⁴: Elaborada por Rosário Campos (2006), consiste em uma escala semi-estruturada para avaliar a presença e a severidade das 6 dimensões dos sintomas obsessivos compulsivos. A DY-BOCS é composta por 88 itens auto-aplicáveis, concebido para proporcionar uma descrição detalhada de obsessões e compulsões que são divididas em seis diferentes dimensões dos sintomas obsessivo-compulsivos sendo elas: 1) agressividade; 2) sexual e religiosa; 3) simetria, ordenação e arranjo; 4) contaminação e limpeza; 5) colecionismo e 6) diversos. Os escores são dados pela dimensão podendo as obsessões e compulsões estarem relacionadas. Para cada dimensão avalia-se o tempo despendido, o desconforto e a incapacitação por aquela dimensão proporcionada, variando de “0” a “5”. Ainda, para se obter o escore total, avalia-se o nível do prejuízo geral do paciente por causa do TOC variando de “0” a “15” pontos que é pontuado pelo entrevistador (ANEXO H).

Aplicado apenas nos familiares

- *Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder – Interviewer-Rated (FAS-IR)*²⁹: elaborada por Calvocoressi e colaboradores (1995)²⁶, revisada e ampliada por Calvocoressi e colaboradores (1999)¹¹, é a escala padrão ouro para avaliar o envolvimento dos familiares nos sintomas obsessivos e compulsivos dos pacientes. Ela foi traduzida e adaptada para o Brasil por Juliana Braga Gomes, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em 2010²⁹. A entrevista é semi-estruturada sendo dividida em duas partes: avaliação dos tipos de sintomas do paciente e acomodação familiar. Nela constam 12 questões com respostas categóricas, entre elas estão o reassuramento provido pelos familiares, participação nos rituais do paciente e modificação da rotina dos familiares. As opções de respostas vão de 0 (nenhum/nem um pouco) a 4 (todos os dias/extremo), a soma destes fornece um escore total de 0 a 48 indicando que quanto maior a pontuação maior a AF. Para a presença de AF, 1 ponto na soma dos escores já é considerado AF (ANEXO I).

6.3.2 Definição das variáveis

Variável Dependente:

Acomodação familiar – Quantitativa / contínua - *Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder – Interviewer-Rated (FAS-IR)*²⁹

| Variáveis Independentes | | | |
|---|--|--|-------------------------------|
| Nome da variável | Definição | Categoria | Tipo |
| Sexo | | Masculino Feminino | - Qualitativa - Dicotômica |
| Idade | Idade em anos | | - Quantitativa - Contínua |
| Classificação econômica | Classificação econômica de acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (versão 2012) | - A+B - C - D+E | - Qualitativa - Ordinal |
| Escolaridade | Escolaridade de acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (versão 2012) | analfabeto/primário-incompleto primário completo/ginásial incompleto ginásial completo/colegial incompleto colegial completo/superior incompleto superior completo | - Qualitativa - Ordinal |
| Estado Civil | | Solteira casada/vive com companheiro separada ou divorciada viúva | - Qualitativa - Politômica |
| Transtorno Obsessivo Compulsivo Risco de Suicídio Episódio Depressivo Maior | <i>Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI PLUS +)</i> ³⁸ | Sim Não | - Qualitativa - Dicotômica |
| Dimensões dos sintomas do TOC | <i>Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS)</i> ⁴ | 1) Dimensão agressividade; 2) Dimensão sexual/religiosa; 3) Dimensão simetria/ordem; 4) Dimensão | - Qualitativa - Politômica |

| | | | |
|---|---|--|------------------------------|
| | | contaminação/lavagem; 5) Dimensão colecionismo; 6) Dimensões diversas. | |
| Gravidade dos sintomas obsessivos e compulsivos | <i>Yale-Brown Obsessive-compulsive Scale Symptom (Y-BOCS)</i> ²¹ | | - Quantitativa - Contínua |

6.3.3 Seleção e treinamento de pessoal

Os responsáveis pela avaliação inicial dos pacientes do estudo de intervenção serão quatro psicólogos estudantes de pós-graduação treinados para utilização da MINI PLUS³⁸ e a escala DY-BOCS⁴. Os familiares serão avaliados por quatro bolsistas de iniciação científica dos cursos da área da saúde da Universidade Católica de Pelotas e serão previamente treinados e supervisionados.

6.3.4 Estudo-piloto

Serão escolhidos os primeiros 05 pacientes e 10 familiares para o estudo piloto com o objetivo de revisar os instrumentos e a logística do estudo.

6.3.5 Controle de Qualidade

A doutoranda será responsável pelo controle de qualidade através de ligações telefônicas para os familiares. Serão escolhidos dados como nome completo, data de nascimento, estado civil e grau de parentesco com o paciente portador do TOC para serem confirmados.

6.3.6 Coleta de dados

Os pacientes serão entrevistados no APESM-UCPEL, após a avaliação inicial onde ocorrerá a indicação dos dois familiares. Será feito, posteriormente, contato com os familiares indicados, e agendada as entrevistas em seus respectivos domicílios.

6.4 Análise dos dados

Os dados dos pacientes serão digitados diretamente em tablets no software *Open Data Kit* (ODK), já os dados dos familiares serão codificados e, após, digitados no programa EpiData. Posteriormente, ambos serão convertidos para o pacote estatístico SPSS 21.0, no qual serão feitas as análises. A frequência de respostas nas variáveis será verificada através de análise univariada. Na análise bivariada será utilizado o Teste-t, ANOVA e/ou correlação de acordo com os tipos de variáveis. As variáveis com valor de p menor ou igual a 0,20 em relação ao desfecho serão levadas para análise multivariável (regressão logística), com o intuito de identificar os possíveis fatores de confusão.

6.5 Aspectos éticos

Os participantes receberão informações sobre os objetivos da pesquisa e assinarão um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXOS A e B). O projeto do estudo maior já foi aprovado pelo Comitê de Ética da UCPel sob o protocolo de número 2011/24 e este projeto sob o parecer 249.564 (ANEXO C). Os participantes que forem diagnosticados com algum outro transtorno que não seja o TOC serão encaminhados ao local adequado para atendimento.

6.6 Cronograma

| Atividades realizadas no doutorado | 2013 | 2014 | 2015 | 2016/ até julho |
|---|-------------|-------------|-------------|------------------------|
| Revisão de Literatura | x | x | x | x |
| Trabalho de campo | x | x | x | |
| Codificação dos questionários | | x | | |
| Digitação dos dados | | x | x | |
| Análise dos resultados | | x | x | |
| Defesa dos artigos | | | | x |

6.7 Orçamento

| Despesas de Custeio | Quantidade | Valor Individual (R\$) | Valor Total (R\$) |
|----------------------------|-------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Material de Consumo | | | |
| Xerox dos questionários | 390 | 4,60 | 1794,00 |
| Total (R\$) → | | | 1794,00 |

7 REFERÊNCIAS

- 1 - BRAKOULIAS, V.; GRANT SARA, G. Hospital Admissions for Obsessive-Compulsive Disorder in NSW, 1997 to 2010. *Australas Psychiatry*, v. 19, p. 502-506, 2011.
- 2 - IVARSSON, T.; MELIN, K.; WALLIN, L. Categorical and dimensional aspects of co-morbidity in obsessive-compulsive disorder (OCD). *Eur Child Adolesc Psychiatry*, v. 17, p. 20-31, 2008.
- 3 - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. DSM – IV – TR. 4 ed. Rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- 4 - ROSARIO-CAMPOS, M.C.; MIGUEL, E.C.; QUATRANO, S.; et al. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive. *Mol Psychiatry*, v. 11, p. 495-504, 2006.
- 5 – JAKUBOVSKI, E.; PITTENGER, C.; TORRES AR.; et al. Dimensional correlates of poor insight in obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, v. 15, p. 1677-1681, 2011.
- 6 – LERVOLINO, A.C.; RIJSDIJK, F.V.; CHERKAS, L. A Multivariate Twin Study of Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions. *Arch Gen Psychiatry*, v. 68, p 637-644, 2011.
- 7 - MATAIX-COLS, D.; ROSARIO-CAMPOS, M.C.; LECKMAN, J.F. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, v. 162, p. 228-238, 2005.
- 8 – FERRÃO, Y.A.; FLORÃO, M.S. Family accommodation and perceived criticism in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Bras Psiquiatr*, v. 59 p. 34-43, 2010.
- 9 – GUEDES, M.L. Relação família-paciente no transtorno obsessivo-compulsivo. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 23 p. 65-67, 2001.
- 10 – FERRÃO, Y.A. Características clínicas do transtorno obsessivo-compulsivo refratário aos tratamentos convencionais. Tese. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2004.
- 11 – CALVOCORESSI, L.; MAZURE, C.M.; KASL, S.V.; et al. Family accommodation of obsessive-compulsive symptoms: instrument development and assessment of family behavior. *J Nerv Ment Dis*, v. 187, p. 636-642, 1999.
- 12 – GUEDES, M.L. Transtorno obsessivo-compulsivo: um estudo do processo de acomodação familiar. Dissertação. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 1997.
- 13 – STEKETEE, G.; VAN NOPPEN, B. Family approaches to treatment for obsessive compulsive disorder. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 25, p. 43-50, 2003.

- 14 – STEKETEE, G. Disability and Family Burden in Obsessive Compulsive Disorder. *Can J Psychiatry*, v. 42, p. 919-928, 1997.
- 15 – TORRES, A.R.; PRINCE, M.J.; BEBBINGTON, P.E.; et al. Obsessive compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *Am J Psychiatry*, v. 163, p. 1978-1985, 2006.
- 16 – KARNO, M.; GOLDING, J.; SORENSON, S.; et al. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry Arch*, v. 45, p. 1094-1099, 1988.
- 17 – WEISSMAN, M.; BLAND, R.; CANINO, G.; et al. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder: The Cross National Collaborative Group. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 55, p. 5-10, 1994.
- 18 – TABERNER, J.; FULLANA, M.A.; CASERAS, X.; et al. Are obsessive-compulsive symptom dimensions familial in nonclinical individuals? *Depress Anxiety*, v. 26, p. 902-908, 2009.
- 19 – PINTO, P.S.; IEGO, S.; NUNES, S.; et al. Influence of specific obsessive-compulsive symptom dimensions on strategic planning in patients with obsessive-compulsive disorder. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 33, p. 40-46, 2011.
- 20 – LECKMAN, J.F.; GRICE, D.E.; BOARDMAN, J.; et al. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, v. 154, p. 911-917, 1997.
- 21 - MATAIX-COLS, D.; FULLANA, M.A.; ALONSO, P.; et al. Convergent and discriminant Validity of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Symptom Checklist. *Psychother Psychosom*, v. 73, p. 190-196, 2004.
- 22 – BLOCH, M.H.; LANDEROS-WEISENBERGER. A.; ROSARIO, M.C.; et al. Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, v. 165, p. 1532-1542, 2008.
- 23 – GOMES, J.B. Fatores associados à Acomodação Familiar em pacientes com Transtorno Obsessivo Compulsivo. Dissertação. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.
- 24 – Gonzales, C. Estudo de famílias no transtorno obsessivo-compulsivo. Tese. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2003.
- 25 – HETTEMA, J.M.; NEALE, M.C.; KENDLER, K.S. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*; v. 158, p. 1568-1578, 2001.
- 26 – CALVOCORESSI, L.; LEWIS, B.; HARRIS, M.; et al. Family accommodation in obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, v. 152, p. 441-443, 1995.

- 27 – GUEDES, M.L. Relação família-paciente no transtorno obsessivo-compulsivo. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 23, p. 65-67, 2001.
- 28 – FERRÃO, Y.A.; COLLETTA DE AGUIAR, P.R.D.; MINUZZI, L.; et al. Características clínicas e história familiar em pacientes ambulatoriais com transtorno obsessivo-compulsivo. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*, v. 26, p. 274-279, 2004.
- 29 – GOMES, J.B.; CALVOCORESSI, L.; NOPPEN, B.V.; et al. Translation and adaptation into Brazilian Portuguese of the Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder – Interviewer-Rated (FAS-IR). *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*, v. 32, p. 102-112, 2010.
- 30 – MAINA, G.; SARACCO, P.; ALBERT, U. Family-focused treatments for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Neuropsychiatry*, v. 3, p. 382-390, 2006.
- 31 – ALBERT, U.; SALVI, V.; SARACCO, P.; et al. Health-related quality of life among first-degree relatives of patients with obsessive-compulsive disorder in Italy. *Psychiatr Serv*, v. 58, p. 970-906, 2007.
- 32 – COOPER, M. A group for families of obsessive-compulsive person. Families in Society: *The Journal of Contemporary Human Services*, v. 74, p. 301-307, 1993.
- 33 – COOPER, M. Obsessive-compulsive disorder: effects on family members. *American Am J Orthopsychiatry*, v. 66, p. 296-304, 1996.
- 34 – SHAFRAN, R.; RALPH, J.; TALLIS, F. Obsessive-compulsive symptoms and the family. *Bull Menninger Clin*, v. 59, p. 472-479, 1995.
- 35 – ALBERT, U.; BOGETTO, F.; MAINA, G.; et al. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder: Relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics. *Psychiatry Res*, v. 179, p. 204-211, 2010.
- 36 - RAMOS-CERQUEIRA, A.T.; TORRES, A.R.; TORRESAN, R.C.; et al. Emotional burden in caregivers of patients with obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*, v. 25, p. 1020-1027, 2008.
- 37 – STEWART, S.E.; BERESIN, C.; HADDAD, S. Predictors of family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Ann Clin Psychiatry*, v. 20, p. 65-70, 2008.
- 38 – AMORIM P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 22, p. 106-115, 2000.

8 ARTIGO 1

Submetido para: *Community Mental Health Journal*

Title: Family perception of the symptoms of obsessive compulsive disorder patient and the family accommodation

Authors: Mariana Bonati de Matos^{1,2} (marianabonatidematos@gmail.com), Andressa Jacondino Pires¹ (andressajpires@yahoo.com.br), Jéssica Puchalski Trettim¹ (jessicatrettim@gmail.com), Carolina Coelho Scholl¹ (carolinascholl@hotmail.com), Viviane Porto Tabeleão¹ (vivianetabeleao@ig.com.br), Rafaelle Stark Stigger¹ (rafaelle_s@hotmail.com), Mariane Lopez Molina¹ (mariane_lop@hotmail.com), Ricardo Tavares Pinheiro¹ (ricardop@terra.com.br), Luciana de Avila Quevedo² (lu.quevedo@bol.com.br).

¹Postgraduate Programme in Health and Behavior, Universidade Católica de Pelotas-UCPel, Brazil - Gonçalves Chaves, 377 - 411 C - CEP: 96015-560 - Pelotas - RS - Brazil

²Corresponding Author: Mariana Bonati de Matos

Postgraduate Programme in Health and Behavior, Universidade Católica de Pelotas-UCPel
Gonçalves Chaves, 377 - 411 C - CEP: 96015-560 - Pelotas - RS – Brazil

Conflict of Interest:

The authors declare that they have no conflict of interest.

Abstract

Aim: to describe the relationship between family accommodation in relatives of Obsessive Compulsive Disorder patients and your perceptions about the obsessions and compulsions of the patient. **Methods:** This was a cross-sectional study with relatives of Obsessive Compulsive Disorder patients who was attend in research clinic in the city of Pelotas, a Southern Brazilian city. The family accommodation was assessment with the Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder - Interviewer-Rated (FAS-IR). **Results:** Family accommodation was higher with the relatives who lived with the patient ($p=0.011$). The obsessions were associated with higher levels of family accommodation: contamination ($p<0.001$), save/loose symmetry and accuracy ($p=0.001$), religious ($p=0.019$), and miscellaneous ($p=0.003$). For the compulsions, all symptoms were associated with higher levels of family accommodation ($p<0.05$). **Conclusion:** The family accommodation is present in relatives of Obsessive Compulsive Disorder patients, regardless of the type of obsessive symptom / compulsive perceived.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder; Patients; Family; Relatives.

INTRODUCTION

Obsessive Compulsive Disorder (OCD) is defined as a clinically heterogeneous condition characterized by uncontrollable, intrusive and repetitive thoughts and ritualized behaviors (Jakubovski et al., 2011). Recently, a dimensional approach proposes a division of major symptoms in dimensions according to their frequency. A multidimensional model of OCD symptoms suggests six dimensions: (1) aggression/injury/violence/natural disasters and related compulsions; (2) sexual/moral/religious obsessions and related compulsions; (3) symmetry/'just-right' obsessions, and compulsions to count or order/arrange; (4) contamination obsessions and cleaning compulsions; (5) hoarding obsessions and compulsions and (6) miscellaneous obsessions and compulsions that relate to somatic concerns and superstitions, among other symptoms (Mataix-Cols, do Rosario-Campos & Leckman, 2005; Rosario-Campos et al., 2006; Iervolino, Rijdsdijk, Cherkas, Fullana & Mataix-Cols, 2011).

These symptoms cause significant impact on the family dynamics. The family members tend to modify their routine by assisting or participating in the patient's rituals. These behaviors have been identified as family accommodation (FA) (Guedes, 2001). In each family group, there may be different patterns of behavior regarding the family reactions to the patient's symptoms. It is possible to observe that there are three types of family responses to OCD symptoms: families that support the rituals and directly participate and/or assist in the rituals, families that completely oppose OCD behaviors and those that involve a divided stance of two or more family members that give equivocal responses. The family involvement may contribute to maintain or to ease the OCD symptoms (Gomes et al., 2014).

The behaviors of FA may be present in spouses, parents, friends, neighbors or relatives of OCD patients and can be related to the severity of the patient's symptoms, overall functioning, family dysfunction and stress (Calvocoressi *et al.*, 1999). According to the literature, a study realized in Italy, interviewed 141 healthy relatives of patients diagnosed with OCD and found that 47% of the family members reassured the patients' symptoms every day, 43% supported the patient to avoid things that would increase their anxiety and 35% participated daily and directly in the rituals (Albert *et al.*, 2010). Furthermore, studies have shown that relatives of OCD patients reduce their social activities to dedicate more time to the patient's care, and consequently, show high stress levels (Albert *et al.*, 2010; Vorstenbosch, Antony, Monson & Rowa, 2015).

Guedes affirms that even refusal to participate or involvement in obsessive and compulsive behaviors of the patient leads to stress. The denying in participate and opposition to obsessive compulsive behaviors of the patient contributes to the development of conflicts and tension (Guedes, 2001).

Thus, it is noticeable the negative effect that the symptoms of OCD patients have on the environment and on the people they live with. According to some studies that often investigate relatives of OCD patients, these family members play an important role in improving or worsening the patients' condition (Calvocoressi *et al.*, 1999; Albert *et al.*, 2010; Gomes *et al.*, 2014; Vorstenbosch *et al.*, 2015).

There is a gap in knowledge about the perception of the families of compulsive obsessivos patient's symptoms and the way they settle. It is unclear whether the family accommodation is higher in some specific dimension of OCD symptoms perceived by the family. Thus this study aimed: to describe the relationship between family accommodation in relatives of OCD patients and your perceptions about the obsessions and compulsions of the patient.

METHOD

Design

Cross-sectional study nested in an intervention study that evaluated the dimensions of the obsessive-compulsive disorder symptoms and the results obtained with a cognitive-behavioral therapy in patients between the ages of 18 and 60 years.

Participants

Study participants were 138 relatives of 54 patients with OCD who attend to our research clinic in the city of Pelotas, a Southern Brazilian city, for OCD treatment. We consider relatives those spent most time with the patient them (partner, parents, friends, neighbors or close relatives) and had to be at least 18 years old.

We excluded the relatives who were unable to respond and/or understand the research instruments or were suffering from a severe psychological disorder at the time of the assessment/initial study.

Data collection

The data collection was performed as follows: The patients were interviewed at the Research and Extension Outpatient of the Catholic University of Pelotas. After evaluation, they indicated two relatives with whom they spent more time. Subsequently, a contact with the family was made to schedule an interview at their residence.

Variables

Socio-demographic variables included age, income, marital status, persons living with the patient, employment status (A+B/C/D+E) using the classification proposed by the Brazilian Association of Research Institutions (2012) (ABEP, 2012). A history of mental health problems was investigated by

asking the following questions: “Have you ever undergone any psychological or psychiatric treatment?” and “Have you ever been hospitalized because of psychological or psychiatric problems?”.

The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI PLUS) is a diagnostic interview (consisting of independent diagnostic modules) based on DSM-IV and ICD-10 criteria. The Brazilian Version 5.0.0 (MINI PLUS) was developed to evaluate the psychiatric disorders in primary care and in clinical trials. The modules used to investigate the psychiatric disorders in relatives were: major depressive episode, suicide risk, panic disorder, social phobia, Generalized Anxiety Disorder, Post Traumatic Stress Disorder and OCD (yes/no). Module OCD was applied to the patients to confirm the diagnosis. In this study, the MINI PLUS was applied to the patients by psychologists and to the families by trained students of the Psychology course (Amorim, 2000).

The Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder - Interviewer-Rated (FAS-IR) was prepared by Calvocoressi *et al.* (1995) and *translated and adapted* to Brazilian Portuguese by Gomes *et al.* (2010). The interview is semi-structured and divided into two parts: assessment of the types of symptoms of the patient perceived by the family and the level of family accommodation. The first part evaluates the following variables: obsessions in OCD patients (aggressive content; sexual; contamination; save/loose; religious; symmetry/accuracy; somatic; miscellaneous); compulsions in OCD patients (clean; verification; repeating rituals; counts; order/arrangement; hoarding; miscellaneous); other problems related to OCD (avoidance; indecision; overvalued sense of responsibility; slowness/inertia; pathologic doubt); (yes/no). The variable regarding sexual content obsessions was not included because it was not perceived by any family member. The second part is evaluated using 12 questions with categorical responses, among them are the reassurance provided by the relatives, the patient's participation in rituals and the changes in the relatives' daily routine. Items are anchored with respect to either frequency or magnitude utilizing a 5-pt Likert scale ranging from 0 (Never) to 4 (Daily) with higher scores indicating greater parental accommodation (Calvocoressi *et al.*, 1995; Gomes *et al.*, 2010). The cut-off point mentioned above was not used in this study, and the final variable was used in a continuous way. The logarithm of the family accommodation variable was used as it did not show normal distribution.

For the construction of the variable 'number of symptoms', all perceived obsessions and compulsions and all other problems related to OCD were added, resulting in three categorical variables ranging from 0 to 4 or more symptoms.

Ethics

This project was approved by the Ethics Committee of the University, protocol number 249.564. All participants signed an informed consent. Individuals with any indication of psychological or psychiatric disorder were referred to a psychological/ psychiatric health care unit. All the authors all authors certify responsibility and have no conflicts of interest to report.

Statistical Analysis

The data were entered directly into EpiInfo 6.0 program and were later converted to the statistical package SPSS 17.0. We tested the distribution of the sample and found that the sample did not show normality, so we choose to log the family accommodation means and use parametric tests. For the bivariate analysis, the Student's t-test and ANOVA were used to compare the means of each group. The Bonferroni test was used to determine the significant differences between categories of the number of symptoms associated with family accommodation.

RESULTS

The present study has recruited 97 patients; 84 accepted to participate and 54 indicated two family members, totaling 138 family members. Among the 13 refusals, 6 were related to the patient's indication and 7 were refusals of family members.

Table 1 shows the prevalence of sociodemographic and mental health characteristics associated with the degree of accommodation of relatives of OCD patients. According to the sociodemographic characteristics, 35.0% (N=48) aged between 18 to 31 years, 47.8% (N=66) were middle class, the majority were married or lived with a partner 48.6% (N=67), 58.8% (N=80) were working and 50.0% (N=69) were living with the patient at the time of the interview. For the psychological or psychiatric treatment, 10.1% (N=14) were undergoing some treatment and 2.9% (N=04) were already hospitalized due to psychological or psychiatric problems. For mental disorders, the prevalence rates were as follows: major depressive episode 29.9% (N=41); suicide risk 7.3% (N=10); panic disorder 4.4% (N=06); social phobia 7.3% (N=10); OCD 7.3% (N=10); PTSD 4.4% (N=06); GAD 10.2% (N=14). Family accommodation was associated with only those who lived with the patient ($p = 0.011$).

Table 2 shows that the obsessions were associated with higher levels of family accommodation: contamination ($p < 0.001$), save/loose symmetry and accuracy ($p = 0.001$), religious ($p = 0.019$), and miscellaneous ($p = 0.003$). The following symptoms were not associated with perceived family accommodation: aggressive ($p = 0.123$) and somatic content ($p = 0.211$). For the compulsions, all symptoms were associated with higher levels of family accommodation: clean/wash, verification, repeating rituals, counts, order/arrangement, miscellaneous ($p < 0.001$) and hoarding ($p = 0.017$). The other related OCD problems were associated with avoidance, indecision, overvalued sense of responsibility, slowness/inertia and pathologicdoubt ($p < 0.001$).

Table 3 shows significant differences between the means of family accommodation for all obsessions, compulsions and other problems related to OCD ($p < 0.001$). According to the Bonferroni test for obsessions, significant differences between categories ranged from 0 to 1 perceived obsession ($p = 0.001$), similar to other problems related to OCD ($p < 0.001$). For the compulsions, significant differences were detected between 0 and 1 compulsion ($p = 0.001$) and 3 to 4 compulsions or more ($p = 0.011$).

DISCUSSION

This study aimed to compare the averages of family accommodation and obsessions and compulsions observed by the relative itself.

Concerning the characteristics of the family, the highest rate of family accommodation was only associated with those family members who lived with the patient. This association is in accordance with the literature and with OCD characteristics. This suggests that living with the patient provides a more regular contact with the OCD symptoms, which are most noticeable in the familiar environment.

Cavacoressi *et al.* (1995) conducted a study with relatives of OCD patients and found that 40% of them have changed their routine - especially the wives. According to Black *et al.* (1998) and Cavacoressi *et al.* (1999) over 80% of the spouses participated and /or assisted in the rituals. Gomes *et al.* (2014) also found higher rates of family accommodation in spouses compared to other family members. Two studies conducted by Cooper have showed a decrease in leisure activities, feelings of frustration, anger and guilt as characteristics of the relatives of OCD patients (Cooper, 1993; Cooper, 1996).

No studies were found on the use of the family accommodation scale referring to the relatives' perception of the patients' symptoms. Therefore, this is the first study that takes into account the importance of enhancing the perception of the family member that is more directly and frequently affected by OCD symptoms.

The contamination obsessions, such as save/lose, religion, symmetry/order and diverse, were associated with higher rates of family accommodation. There was no association between the aggressive and somatic contents of obsessions regarding the family accommodation. It may be common to think that disturbing thoughts of violent or aggressive content (to hurt others) are considered ordinary in patients with OCD. However, the aggressive content of obsessions, in most cases, is not reproduced as behaviors because they are considered improper, and are less frequent in the family core (Cordioli, 2008). The disturbing thoughts make the relative perceive the presence of an obsession, but the absence of the behavior does not allow the relative to accommodate in some way.

Somatic obsessions (unrealistic worries about catching a particular illness), in most cases, can be perceived by relatives as a clinical symptom, but not related to OCD, making it difficult to assess family accommodation.

All compulsions and other OCD related problems perceived by family members were associated with higher rates of family accommodation. Compulsions can be considered as stereotyped and repetitive due to their effectiveness in providing relief to the obsessions (Cordioli, 2008), thus becoming more apparent in everyday life and more susceptible to family accommodation as a method of patient support.

In relation to the frequency of obsessions, compulsions and other perceived problems, an association was found between family accommodation, not to perceive obsessions and perceive only one obsession. The same was true for other aspects related to OCD and compulsions.

For compulsions, there were significant differences between perceiving 3-4 or more compulsions and the highest rates of family accommodation. It is known that the level of family accommodation is related to the severity of the symptoms and certain symptoms, in particular, deeply interfering with the functioning of the family (Stekette & Van Noppen, 2003; Stewart *et al.*, 2008; Gomes *et al.*, 2014). The severity of OCD symptoms is directly linked to their frequency. Thus our findings confirmed this statement, which were clearly evident in relation to compulsions, which showed that the difference is perceived between those who had higher number of different additional compulsions.

The limitations of this study should be considered. We should emphasize that the aspects related to the scale referred only to the previous week, which indicates that if the relative has not been in touch with the patient in the last seven days, for some reason, it was considered 'no' to accommodation issues. Another point to be considered is the lack of perception regarding sexual obsessions, as patients may have difficulty expressing thoughts considered inappropriate. Similarly, the lack of association between family accommodation and somatic obsessions may result from the difficulty of the relative in understanding these obsessions as a symptom linked to OCD.

Finally, it can be noted that when the relatives perceive the OCD symptoms in patients, the accommodation to these symptoms is common. Having in mind that the interference of relatives acts like a reinforcement for the obsessive-compulsive symptoms - helping the patient to avoid exposure to feared stimuli and perform rituals to neutralize obsessions - it seems that the family is confirming that these behaviors are really necessary.

It can be concluded that the family accommodation is present in relatives of OCD patients, regardless of the type of obsessive symptom / compulsive perceived. Further investigations are necessary to help both patients suffering from this disorder and the family members cohabiting with them.

REFERENCES

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, [ABEP], (2012). *Dados com base no Levantamento Sócio Econômico (IBOPE)*. Site: www.abep.org acessado em dezembro de 2015.
- Albert, U., Bogetto, F., Maina, G., Saracco, P., Brunatto, C., Mataix-Cols, D. (2010). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder: Relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics. *Psychiatry Research*. 179(2), 204-11.
- Amorim, P. (2000). Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI): Validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 22(3), 106-115.
- Black, D. W., Monahan, P., Gable, J., Blum, N., Clancy, G., Baker, P. (1998). Hoarding and treatment response in 38 non depressed subjects with obsessive-compulsive disorder. *The Journal of clinical psychiatry*. 59(8), 420-5.
- Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., Trufan, S. J., Goodman, W. K., McDougle, C. J. , et al. (1995). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 152(3), 441-3.
- Calvocoressi, L., Mazure, C. M., Kasl, S. V., Skolnick, J., Fisk, D., Vegso, S. J., et al. (1999). Family accommodation of obsessive-compulsive symptoms: instrument development and assessment of family behavior. *The Journal of nervous and mental disease*. 187(10), 636-42.
- Cooper, M. (1993). A group for families of obsessive-compulsive persons. *Families in Society*.
- Cooper, M. (1996). Obsessive-compulsive disorder: Effects on family members. *American Journal of Orthopsychiatry*. 66(2), 296.
- Cordioli, A. V. (2008). *Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo: Manual de terapia cognitivo-comportamental para pacientes e terapeutas*: Artmed.
- Gomes, J. B., Calvocoressi, L., Van Noppen, B., Pato, M., Meyer, E., Braga, D. T., et al. (2010). Translation and adaptation into Brazilian Portuguese of the Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder-interviewer-Rated (FAS-IR). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 32(3), 102-12.

- Gomes, J. B., Van Noppen, B., Pato, M., Braga, D. T., Meyer, E., Bortoncello, C. F., et al. (2014). Patient and family factors associated with family accommodation in obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 68(8), 621-30.
- Guedes, M. L. (2001). Relação família-paciente no transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 23,65-7.
- Iervolino, A. C., Rijsdijk, F. V., Cherkas, L., Fullana, M. A., Mataix-Cols, D. (2011). A multivariate twin study of obsessive-compulsive symptom dimensions. *Archives of general psychiatry*. 68(6), 637-44.
- Jakubovski, E., Pittenger, C., Torres, A. R., Fontenelle, L. F., do Rosario, M. C., Ferrão, Y. A., et al. (2011). Dimensional correlates of poor insight in obsessive–compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 35(7),1677-81.
- Mataix-Cols, D., do Rosario-Campos, M. C., Leckman, J. F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 162(2),228-38.
- Rosario-Campos, M., Miguel, E., Quatrano, S., Chacon, P., Ferrao, Y., Findley, D., et al. (2006). The Dimensional Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive–compulsive symptom dimensions. *Molecular psychiatry*. 11(5),495-504.
- Steketee, G. & Van Noppen, B. (2003). Family approaches to treatment for obsessive compulsive disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 25(1),43-50.
- Stewart, S. E., Rosario, M. C., Baer, L., Carter, A. S., Brown, T. A., Scharf, J. M., et al. (2008). Four-factor structure of obsessive-compulsive disorder symptoms in children, adolescents, and adults. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 47(7),763-72.
- Vorstenbosch, V., Antony, M. M., Monson, C. M., Rowa, K. (2015). Family accommodation in problem hoarding. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 7,7–15.

Table 1: Mental health and sociodemographic characteristics of OCD patients' family relatives and their association with family accommodation.

| Variables | N (%) | Family accommodation (FAS-IR) Mean (SD) | p-value |
|---|--------------------|--|----------------|
| Age (N=137)* | | | 0.104 |
| 18 – 31 | 48 (35.0) | 0.74 (0.57) | |
| 32 – 52 | 45 (32.8) | 0.54 (0.55) | |
| 53 – 80 | 44 (31.9) | 0.54 (0.58) | |
| Socioeconomic status | | | 0.243 |
| A+B | 64 (46.4) | 0.62 (0.59) | |
| C | 66 (47.8) | 0.64 (0.55) | |
| D+E | 08 (5.8) | 0.28 (0.53) | |
| Marital status | | | 0.346 |
| Single | 40 (29.0) | 0.60 (0.56) | |
| Married / living with partner | 67 (48.6) | 0.67 (0.59) | |
| Separated or divorced | 18 (13.0) | 0.57 (0.57) | |
| Widowed | 13 (9.4) | 0.36 (0.46) | |
| Works (N=136)* | | | 0.956 |
| No | 56 (41.2) | 0.60 (0.56) | |
| Yes | 80 (58.8) | 0.60 (0.58) | |
| Lives with the patient | | | 0.011 |
| No | 69 (50.0) | 0.49 (0.50) | |
| Yes | 69 (50.0) | 0.73 (0.61) | |
| Psychological or psychiatric treatment | | | 0.285 |
| Never did | 90 (65.2) | 0.66 (0.60) | |
| Already did, but not currently | 34 (24.6) | 0.51 (0.55) | |
| Does currently | 14 (10.1) | 0.48 (0.60) | |
| Hospitalized because of psychological or psychiatric problems (N=137)* | | | 0.436 |
| No | 133 (97.1) | 0.62 (0.57) | |
| Yes | 04 (2.9) | 0.39 (0.60) | |
| Major Depressive Episode (N=137)* | | | 0.447 |
| No | 96 (70.1) | 0.58 (0.57) | |
| Yes | 41 (29.9) | 0.66 (0.56) | |
| Suicide risk (N=137)* | | | 0.204 |
| No | 127 (92.7) | 0.59 (0.56) | |
| Yes | 10 (7.3) | 0.82 (0.61) | |
| Panic Disorder (N=137)* | | | 0.996 |
| No | 131 (95.6) | 0.60 (0.56) | |
| Yes | 06 (4.4) | 0.60 (0.72) | |
| Social Phobia (N=137)* | | | 0.865 |
| No | 127 (92.7) | 0.60 (0.56) | |
| Yes | 10 (7.3) | 0.63 (0.67) | |
| OCD (N=137)* | | | 0.976 |
| No | 127 (92.7) | 0.60 (0.56) | |
| Yes | 10 (7.3) | 0.61 (0.66) | |
| Post traumatic stress Disorder (N=137)* | | | 0.107 |
| No | 131 (95.6) | 0.59 (0.57) | |
| Yes | 06 (4.4) | 0.99 (0.50) | |
| Generalized Anxiety Disorder (N=137)* | | | 0.217 |
| No | 123 (89.8) | 0.58 (0.56) | |
| Yes | 14 (10.2) | 0.78 (0.61) | |
| Total | 138 (100.0) | 0.62 (0.57) | - |

* variable with missing. OCD=Obsessive compulsive disorder; FAS-IR=Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder - Interviewer-Rated.

Table 2: Association between obsessions, compulsions and other problems perceived by the family and the level of family accommodation.

| Variables | N (%) | Family accommodation (FAS-IR) Mean (SD) | p-value |
|-----------------------------------|------------|--|---------|
| Perceived obsessions | | | |
| Aggressive content | | | 0.123 |
| No | 125 (90.6) | 0.58 (0.57) | |
| Yes | 13 (9.4) | 0.84 (0.52) | |
| Contamination (N=135)* | | | <0.001 |
| No | 98 (72.6) | 0.48 (0.54) | |
| Yes | 37 (27.4) | 0.96 (0.50) | |
| Save/loose | | | 0.001 |
| No | 111 (80.4) | 0.53 (0.56) | |
| Yes | 27 (19.6) | 0.93 (0.51) | |
| Religious (N=137)* | | | 0.019 |
| No | 130 (94.4) | 0.58 (0.56) | |
| Yes | 07 (5.1) | 1.09 (0.45) | |
| Symmetry/accuracy (N=137)* | | | <0.001 |
| No | 86 (62.8) | 0.41 (0.52) | |
| Yes | 51 (37.2) | 0.95 (0.48) | |
| Somatic | | | 0.211 |
| No | 115 (83.3) | 0.58 (0.57) | |
| Yes | 23 (16.7) | 0.74 (0.54) | |
| Various | | | 0.003 |
| No | 108 (78.3) | 0.54 (0.70) | |
| Yes | 30 (21.7) | 0.87 (0.49) | |
| Perceived compulsions | | | |
| Cleaning | | | <0.001 |
| No | 81 (58.7) | 0.40 (0.50) | |
| Yes | 57 (41.3) | 0.90 (0.53) | |
| Verification (N=137)* | | | <0.001 |
| No | 87 (63.5) | 0.46 (0.55) | |
| Yes | 50 (36.5) | 0.85 (0.53) | |
| Repeating rituals (N=136)* | | | <0.001 |
| No | 114 (83.8) | 0.51 (0.54) | |
| Yes | 22 (16.2) | 1.11 (0.43) | |
| Counts | | | <0.001 |
| No | 127 (92.0) | 0.56 (0.56) | |
| Yes | 11 (8.0) | 1.15 (0.38) | |
| Order/arrangement | | | <0.001 |
| No | 99 (71.7) | 0.44 (0.52) | |
| Yes | 39 (28.3) | 1.03 (0.47) | |
| Hoarding | | | 0.017 |
| No | 115 (83.3) | 0.56 (0.55) | |
| Yes | 23 (16.7) | 0.87 (0.58) | |
| Miscellaneous (N=135)* | | | <0.001 |
| No | 120 (88.9) | 0.56 (0.57) | |
| Yes | 15 (11.1) | 1.06 (0.40) | |

* variable whit missing. FAS-IR=Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder - Interviewer-Rated.

Table 2: Association between obsessions, compulsions and other problems perceived by the family and the level of family accommodation. (continuation)

| Variables | N (%) | Family accommodation (FAS-IR) Mean (SD) | p-value |
|--|------------|--|------------------|
| Perceived other problems related to OCD | | | |
| Avoidance | | | <0.001 |
| No | 117 (84.8) | 0.52 (0.56) | |
| Yes | 21 (15.2) | 1.10 (0.35) | |
| Indecision (N=137)* | | | <0.001 |
| No | 97 (70.8) | 0.44 (0.53) | |
| Yes | 40 (29.2) | 1.00 (0.45) | |
| Over valued sense of responsibility | | | 0.001 |
| No | 114 (82.6) | 0.54 (0.57) | |
| Yes | 24 (17.4) | 0.92 (0.46) | |
| Slowness/inertia | | | <0.001 |
| No | 92 (66.7) | 0.41 (0.51) | |
| Yes | 46 (33.3) | 1.01 (0.47) | |
| Patologic doubt (N=137)* | | | <0.001 |
| No | 108 (78.8) | 0.49 (0.55) | |
| Yes | 29 (21.2) | 1.07 (0.39) | |

* missing variable. OCD=Obsessive compulsive disorder; FAS-IR= Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder - Interviewer-Rated.

Table 3: Differences between the means of family accommodation in relation of number of perceived obsessions, compulsions and other problems related to OCD.

| Variables | N (%) | Family accommodation (FAS-IR) Mean (SD) | p-value |
|------------------------|--------------|--|----------------|
| Obsessions* | | | <0.001 |
| 0 | 47 (35.1) | 0.18 (0.40) | |
| 1 | 36 (26.9) | 0.72 (0.50) | |
| 2 | 19 (14.2) | 0.87 (0.50) | |
| 3 | 18 (13.4) | 1.06 (0.43) | |
| 4 or more | 14 (10.4) | 0.87 (0.54) | |
| Compulsions* | | | <0.001 |
| 0 | 40 (30.1) | 0.14 (0.31) | |
| 1 | 36 (27.1) | 0.57 (0.49) | |
| 2 | 22 (16.5) | 0.95 (0.52) | |
| 3 | 19 (14.3) | 0.80 (0.49) | |
| 4 or more | 16 (12.0) | 1.31 (0.20) | |
| Other problems* | | | <0.001 |
| 0 | 58 (42.6) | 0.17 (0.37) | |
| 1 | 32 (23.5) | 0.76 (0.51) | |
| 2 | 24 (17.6) | 0.89 (0.48) | |
| 3 | 13 (9.6) | 1.14 (0.30) | |
| 4 or more | 09 (6.6) | 1.26 (0.21) | |

*Bonferroni Test

8 ARTIGO 2

Submetido para: *Journal of Family Medicine and Disease Prevention*

TITLE: FAMILY ACCOMMODATION IN PARTNERS OF PATIENTS WITH SYMPTOMS OF SEXUAL/RELIGIOUS DIMENSION IN OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER

Authors: Mariana Bonati de Matos^{1,2} (marianabonatidematos@gmail.com), Andressa Jacondino Pires¹ (andressajpires@yahoo.com.br), Jéssica Puchalski Trettim¹ (jessicatrettim@gmail.com), Carolina Coelho Scholl¹ (carolinascholl@hotmail.com), Viviane Porto Tabeleão¹ (vivianetabeleao@ig.com.br), Rafaelle Stark Stigger¹ (rafaelle_s@hotmail.com), Mariane Lopez Molina¹ (mariane_lop@hotmail.com), Ricardo Tavares Pinheiro¹ (ricardop@terra.com.br), Luciana de Avila Quevedo¹ (lu.quevedo@bol.com.br).

¹Postgraduate Programme in Health and Behavior, Universidade Católica de Pelotas-UCPel, Brazil

Gonçalves Chaves, 377 - 411 C - CEP: 96015-560

Pelotas - RS - Brazil

²Corresponding Author:

Mariana Bonati de Matos

Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas-UCPel

Gonçalves Chaves, 377 - 411 C - CEP: 96015-560

Pelotas - RS – Brazil E-mail: marianabonatidematos@gmail.com

ABSTRACT

Aim: To evaluate the association between family accommodation and the different obsessive compulsive disorder (OCD) symptom dimensions. **Method:** It is a cross-sectional study with patients and their family members diagnosed with OCD at a research clinic. The instruments used in this study were: the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI PLUS), the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS), the Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS) and the Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder - Interviewer-Rated (FAS-IR). **Results:** The study sample included 95 patients and 160 family members. The factors associated with family accommodation were: age of the patient ($\beta = -0.145$) (95% CI: -0.27; -0.02), family member living with the patient ($\beta = 3.185$) (95% CI: 0.13; 6.24), the family member who was a partner/boyfriend/girlfriend of the patient ($\beta = 5.750$) (95% CI: 2.40; 9.10) and patients with OCD symptoms of sexual/religious dimension ($\beta = 0.483$) (95% IC: 0.14; 0.83). **Conclusion:** OCD sexual/religious symptom dimensions have a complex clinical presentation, especially when it involves a partner. The discussion of these findings is of paramount importance be used as an essential tool for developing treatment interventions. A better understanding of OCD, (identified) in a systematic way, could help minimize the impact of obsessive compulsive symptoms on the nuclear family.

Keywords: Obsessive - Compulsive Disorder; Families; Family Accomodation; Sexual/religious Symptoms.

INTRODUCTION

Obsessive compulsive disorder (OCD) is considered a heterogeneous condition, which can be divided into different dimensions according to the Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS). The Portuguese-language version of this instrument was adapted and validated by Rosario-Fields et al., (2006) for use in Brazil.¹⁻³ The dimensions are classified with the following contents: 1) aggression; 2) sexual, religious obsessions; 3) symmetry, order and arrangement; 4) contamination and cleaning; 5) hoarding, and 6) miscellaneous.

These symptoms interfere with the daily life activities, such as eating, bathing, or being in public, in ways that are often disturbing and distracting for patients and family members.⁴ Therefore, the impact of OCD symptoms extends beyond the patient, as the family reactions may directly affect the course of the disease.^{5,6} When family members make changes to their routines due to the patient's symptoms, this ends up giving rise to the concept of Family Accommodation (FA).⁴ This term describes changes that individuals (e.g. parents, partners, siblings, and children) make to their own behavior to prevent or decrease the patient's suffering related to OCD symptoms or to reduce the time spent in performing the rituals.⁷ Accommodation to OCD behavior by family members includes providing reassurance of their behavioral rituals.⁸⁻¹²

Other characteristics of the relatives of patients with OCD have been studied in order to determine the predictable factors for greater accommodation and thus influence the treatment of the disorder, such as the mental disorders of the family member (mainly OCD), the degree of kinship with the patient, the occupation, the dysfunctional

environment, among others. Although some studies have shown some of these associations, they have to be clarified and further investigated with the use of other samples.^{4,7,13,14,15}

According to the literature, the prevalence of FA is considered high and ranges from 80% to 95%.^{7,8,10,12,16} Regarding the association between different types of OCD symptoms and FA levels, two studies, using the DY-BOCS, were not able to find any association between the severity of the different OCD dimensions and the FA levels.^{12,17} These studies have justified this lack of association due to the sample size, since some dimensions showed statistic trend, requiring further investigation with different samples. Therefore, it is known that high levels of FA are commonly associated with severity of obsessive-compulsive symptoms and may cause functional impairment. However, the influence of different types of symptoms presented by the patients and their severity are not well known. Therefore, the aim of this study was to evaluate the association between family accommodation and the different OCD symptom dimensions.

METHODS

Design

It is a cross-sectional study nested in a major intervention study.

Sample

Participants were recruited via media, posters, population-based studies, and referrals from other health services of the city, from June 2012 to July 2015. The selected individuals were evaluated at the Clinic of Research and Extension in Mental Health of the Catholic University of Pelotas in order to receive treatment for the disorder.

The inclusion criteria were determined as follows: age range 18 to 60 years, OCD diagnosis at the time of evaluation and indication of at least one family member to be interviewed (two were requested). The following items were used as exclusion criteria: abuse or addiction to alcohol and/or illicit substances; severe psychotic symptoms at the time of evaluation; moderate or severe risk of suicide; cognitive and/or physical limitations to participate in the study. Family members appointed by the patient had to be 18 years or older and living with the patient. The individuals who were part of the family environment, a friend or a boyfriend/girlfriend, were also considered as family members.

Data collect

After passing through a diagnostic evaluation performed by trained psychologists, the patients diagnosed with OCD were referred for treatment. In the first evaluation, all patients received information about this study and were asked to indicate two family members to be interviewed at home. Data were collected from all

patients. The interview with the family members was performed by undergraduate psychology students.

Variables and Instruments

This study included socio-demographic and clinical features of both patients and their family members (age, socioeconomic class - A+B/C/D+E according to the Brazilian Association of Research Companies.¹⁸ The following variables were investigated only for family members: marital status; occupation; degree of kinship with the patient (mother/father/brother/sister/uncle/aunt/friend or partner/boyfriend/girlfriend); living with the patient, and if they were undergoing or have undergone psychological or psychiatric treatment. Gender and the number of chronic diseases (column disease, arthritis or rheumatism, cancer, diabetes, bronchitis or asthma, hypertension, heart disease, chronic renal failure, tuberculosis, tendonitis, sinusitis, cirrhosis, others) were also investigated.

The diagnosis of Major Depressive Episode, Suicide Risk (for patients only) and OCD for family members and patients was conducted through the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI PLUS), which is a semi-structured diagnostic interview based on DSM-IV and ICD-10 criteria. The interview is divided into modules, each one corresponds to a diagnosis to be explored; Three modules were used in the present study: A (Major Depressive Episode), C (Suicide Risk) and I (OCD), respectively.¹⁹

The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) was used to assess the severity of obsessive and compulsive symptoms. This scale quantifies the severity of OCD symptoms experienced in the last week. Five items measure obsessions (concern, anguish, interference, resistance and control) and five items measure compulsions (time,

anguish, interference, resistance and control). These items were rated on a 0 to 4 scale, giving rise to a total severity score ranging from 0 to 40 (05 items for obsessions and 05 items for compulsions), where higher scores represent greater severity.²⁰

The severity of the different OCD symptom dimensions was measured by the Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS) and divided into six dimensions with the following contents: 1) aggression; 2) sexual/religious; 3) symmetry, order and arrangement; 4) contamination and cleaning; 5) hoarding; and 6) miscellaneous. The characteristics evaluated for each dimension were: time spent, discomfort and disability caused by that dimension, ranging from "0" to "5" in each question. The clinical evaluation score of the damage extent was calculated by the interviewer and ranged from 0 to 15.³

The mean values and the prevalence rates of FA were obtained using the Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder - Interviewer Rated (FAS-IR) validated in Brazil by Gomes et al. (2011). The scale assesses the degree of relative's involvement in the patient's obsessive-compulsive symptomatology. It is divided into two stages: the assessment of the types of symptoms of the patient followed by the evaluation of the FA. The scale consists of 12 questions that examine, among other things, reassurance provided by the family members, participation in the patient's rituals, and modification of daily routine. These behaviors are assessed on a 5 - point scale that measures the degree of family involvement - 0 (no/not at all) to 4 (every day/extreme). The scores of each item are summed to provide a total score of accommodation ranging from 0 to 48. This score is then used to calculate the FA mean values. The overall prevalence of FA was found considering 1 or more points to accommodate to the symptom. The same cutoff point was used to determine the

presence of each accommodation behavior. The maximum score of 4 points was used to determine the daily/extreme prevalence in at least one FA behavior.⁷

Ethical aspects

This study was approved by the Ethics Committee of the Catholic University of Pelotas under the protocol number 249.564. All participants (patients and families members) signed an informed consent. Those with any diagnosis, except OCD, or those who were excluded from the major study due to any other pathology were referred to the National Health Service, closer to their homes.

Processing and data analysis

Data processing was carried out in different ways regarding the patients and family members. Patients' data were digitized directly into tablets equipped with Open Data Kit (ODK) software. The questionnaire data of the family members were coded and double entered using EpiData Data Entry software for better data consistency.

Data analysis was performed using SPSS 21.0. For the univariate analysis, the absolute frequencies and prevalence, as well as mean and standard deviation, were used for the each sample characteristic and for the scores of the FAS-IR items. The Kolmogorov-Smirnov test was used to determine the normality of the continuous distribution of variables. For the bivariate analysis, the Student's t-test was used to compare the FA means. The Spearman correlation test was used to measure the degree of relationship between the FA and other continuous variables. Those variables that presented a value of $p \leq 0.20$ in the bivariate analysis were submitted to the adjusted analysis, except 'impairment clinical evaluation' due to its collinearity with sexual/religious and miscellaneous dimensions. Linear regression was performed and

the variables were adjusted for patient age; number of chronic diseases of the patient; age of the family member; family members who live with the patient; degree of kinship; sexual/religious dimension; miscellaneous dimension and severity of obsessive compulsive symptoms (Y-BOCS) (Table 3, legend).

RESULTS

The study sample consisted of 95 patients. Among these patients, 67 have indicated two (2) family members and 28 indicated only one (1). Two family members refused to participate in the study. Therefore, the final sample totaled 160 family members.

Table 1 shows socio-demographic and clinical characteristics of patients diagnosed with OCD and the association with FA. The prevalence rate of FA was 71.3% (N = 114), with an average of 8.4 points (SD \pm 9.7). For the socio-demographic characteristics of the patients, the mean age was 35.8 years old (SD \pm 11.9), mostly were women (73.0%) who belonged to class C (49.4%). The mean of chronic disease was (1.07 (SD \pm 1.3)), prevalence of suicide risk was 27.3% and depression was 32.7%. The highest scores for the OCD symptom dimensions were symmetry (7.2 (SD \pm 4.1)) and contamination (6.2 (SD \pm 5.2)). In addition, the highest score for impairment clinical evaluation was 7.6 (SD \pm 4.5) and for the obsessive-compulsive symptoms, 24.2 (SD \pm 8.1).

There was a correlation between the age of the patients and FA ($r = -0.161$), and also between the number of chronic diseases of the patients and FA ($r = -0.157$), indicating the younger the patient and with less chronic diseases, the higher the level of FA. For the OCD symptom dimensions, only the sexual/religious ($r = 0.206$) and miscellaneous ($r = 0.218$) dimensions showed a significant correlation ($p < 0.005$). With regard to these dimensions, it can be concluded that the greater the severity of symptoms, the higher the level of FA. The same is true for the impairment clinical evaluation assessed by DY-BOCS ($r = 0.241$) and for the obsessive compulsive symptoms measured by Y-BOCS ($r = 0.234$).

Table 2 shows the socio-demographic and clinical characteristics of the family members of patients diagnosed with OCD and their association with family accommodation, according to FAS-IR.

Regarding the characteristics of family members, the mean age was 43.0 years (SD \pm 6.2), most people belonged to class A + B (48.2%), were married or living with a partner (46.3%) and worked (60.4%). In relation to kinship degree, the prevalence of family members who were partners/boyfriends/girlfriends was 30.6%, and the prevalence of family members who did not live with the patients was 51.3%. For clinical/mental health characteristics of the family members, there was a prevalence of 36.3% of relatives who were undergoing or had undergone a psychological or psychiatric treatment at least once in life, 28.9% were diagnosed with depression and 6.3% with OCD.

In the bivariate analysis, significant differences were found for the variables "Relationship to the patient" and "family member living with the patient". The highest means of FA were found for the "family whose member was a partner/boyfriend/girlfriend" (12.7 (SD \pm 11.7)) ($p=0.001$), and for the "family whose member lived with the patient" (9.9 (SD \pm 11.1)) ($p=0.048$).

Table 3 shows the scores of the 12 FAS-IR items. The most common forms of FA observed in the study sample were: providing reassurance (53.8%) and watching the rituals (45.0%). The least common were: facilitating avoidances (15.6%) and facilitating the compulsions (20.0%). In relation to the higher prevalence of daily/extreme occurrences of FAS-IR items, the following stood out: reassurance (15.6%) and watching the rituals (18.8%). Those with lower prevalence were: tolerating OCD behaviors (0.6%), assuming patient's responsibilities (0.6%) and modifying their personal routine (0.6%).

Finally, Table 4 presents the linear regression analysis for factors associated with FA: patient age ($\beta = -0.145$) (95% CI: -0.27; -0.02), family member who lives with the patient ($\beta = 3.185$) (95% CI: 0.13; 6.24), the degree of family kinship ($\beta = 5.750$) (95% CI: 2.40; 9.10) and sexual/religious dimension of the OCD symptoms ($\beta = 0.483$) (95% CI: 0.14; 0.83). The results showed higher degrees of FA for those family members of younger patients, who lived in the same house, partners/boyfriends/girlfriends, as well as for family members of patients with sexual/religious dimension.

DISCUSSION

This study evaluated the association between FA and the different OCD symptom dimensions. The prevalence of FA was 71.3% (N =114), lower than that found in the literature, which has reported the following prevalence rates: 88.2%⁸, 89.0%⁷, 90.0%¹⁶ and 96.9%¹⁰. This can be explained by the exclusion criteria determined in the study sample: moderate or severe suicide risk, indicating that these patients exhibited less psychological distress to their family members, decreasing the possibility of accommodation.

The most frequent FA behaviors in FAS-IR were: providing reassurance and watching the rituals. The same behaviors also had higher prevalence of daily/extreme occurrence. Comparing this result with those of other studies, we found that the behavior "providing reassurance" and daily/extreme occurrence was also more prevalent in other samples. The other most prevalent behaviors differ from study to study.⁸⁻¹² To provide reassurance is to try to calm down the patient, reaffirming that he/she has nothing to worry about, there is no reason for concerns or that the repetitive rituals solved his/her concerns (e.g. say that the patient is not infected, or that something is already clean enough). This behavior reassures the OCD patient who suffers from doubts and indecision; the need for reassurance becomes stronger, and consequently, the family involvement in their rituals is increased.^{12,21}

Distinctively, in our investigation, special attention was given to sexual/religious dimension, which that was strongly associated with FA.

In this context, the multivariate analysis made us reflect on the association between the severity of the sexual/religious symptom dimension and FA. The existence

of three other factors associated with FA, made us realize that the latent dimension composed a complex process of the affected group.

In this context, our findings demonstrated that some family members, who were partners/boyfriends/girlfriends of the patients, presented higher level of FA. This may be explained by the fact that family members with this degree of kinship have greater intimacy and this could cause the same intense suffering in married life. Similarly, family members, who were living with the patient, also presented higher level of FA. According to Neto (2011), the daily contact with OCD patient results in greater contact with the symptoms, suggesting a greater probability of accommodation. The authors have suggested that a higher degree of burden of the family members could be the result of a greater level of FA, resulting in higher functional impairment in individuals with OCD.²² According to Cooper et al. (1996), living with people who have OCD and the lack of social activities with other family members, due to higher degree of accommodation, generate feelings of frustration, anger and guilt.²¹

Considering the sexual/religious dimension and the levels of FA, most studies, which somehow investigated the specific symptoms of OCD and FA or the relationship with the family, presented many different results. In the study of Ferrão et al. (2010), the intensity of the symptoms of aggressive content, measured by the DY-BOCS, showed moderate and direct association with FA.^{17,23} They also found that patients with cleaning rituals were more common in families with high levels of accommodation, while families of patients with checking rituals had moderate or mild levels of accommodation. Similarly, other studies found that FA was quite frequent when the patient had marked symptoms of contamination and washing.^{11,17} Gomes et al. (2011) found that patients with severity of aggression dimension had significantly lower levels of FA.¹²

Although the sexual/religious symptom dimensions have only been reported by a few patients, because of their embarrassing or blasphemous content, they became evident in the relationship with the partner. According to Moulding (2014), these symptoms are considered as "repugnant obsessions", "taboo thoughts" or "unacceptable thoughts" and are usually associated with covert activities that serve to neutralize the thoughts, but they can also be accompanied by compulsive acts. For example, a person afraid of being a pedophile can compulsively check their body reactions in the presence of children; a person afraid of having forbidden thoughts can hit the head to get rid of them; a person can repeat actions until they are accompanied by good thoughts; an individual with blasphemy obsessions can turn to the Bible every time they have a bad thought. These examples demonstrate that the partner may notice the interference of symptoms in the relationship and adjust to them, even without understanding the content of the obsession.²⁴ In addition, according to Williams (2008) and Ferris (2012), sexual obsessions related to homosexuality (including the obsessive fear of being or becoming homosexual and the obsessive fear that others may think the patient is gay) are associated with increased time spent on obsessions, greater interference of obsessions, and greater suffering, and may also interfere directly in the relationship with the partner.^{25,26}

Although a few studies are currently investigating this particular OCD symptom dimension, previous studies have showed that about 20-30% of people diagnosed with OCD have reported sexual and/or religious obsessions as their main problem.^{27,28} Further studies should investigate the clinical aspects of this condition and develop new treatments that will include the patient's partner.

In summary, we can think about the intersection of living with the patient, being a partner of the patient and presenting sexual/religious symptom dimensions in

combination with family accommodation. However, the fact that a younger age group is also associated with family accommodation is not easily understood in that context.

Regarding the age of the patient and FA, Sukhodolsky (2005), in a survey of parents of children with OCD, found greater flexibility in the rules and in family decision-making, which may be an indication that parents of children with OCD learn to use adaptive parenting strategies that accommodate their children's symptoms.²⁹ Even though the sample of this study did not include children, our findings may be related to the fact that relatives of younger patients perceived them as those in need of great care from a family member, who can understand the accommodation behavior as a way to express affection, attention and protection. However, these findings differ from some studies that have found that FA occurs regardless of age, sex or degree of kinship.^{7,11} Therefore, further research should investigate the socio-demographic characteristics of both patient and family members involved in the FA process to fill gaps between this association.

Certain limitations of the study have to be considered in interpreting the findings. First, the cross-sectional nature of the study and the inherent limitations in the inability to establish a line of causality; however, this was not the goal, nor the intention of the present study. Second, the absence of the second family member of some patients; however, the results have shown that the number of family members was not relevant, but only the intensity of the relationship, the intimacy level and the experience of interdependence. Third, there was no criterion for determining the time of living with the patient. And finally, all close family members were included in the study.

Although the sample size did not allow us to investigate the relationship between other OCD symptom dimensions and different degrees of kinship - especially father and mother - our sample can be considered significant compared to other studies as it

enabled us to find an association between the relationship with the partner and sexual/religious dimension of the patient.

A careful diagnostic evaluation was carried by trained and qualified professionals, which provides evidence of high reliability in the diagnosis of OCD. There was also an investigation of the mental disorders regarding the family member, as well as other patient features associated with FA that were poorly evaluated in previous studies.

Based on the results obtained, it can be concluded that the discussion of these findings has great clinical significance. A better understanding of mental disorders, particularly OCD, (identified) in a systematic way, is of paramount importance to help minimize the impact of obsessive compulsive symptoms on the nuclear family. Knowing exactly which OCD symptom dimensions are associated with family accommodation will be an essential tool for developing and implementing treatment interventions.

REFERENCES

1. Washington DC. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed. American Psychiatric Association; 2013.
2. Strauss C, Hale L, Stobie B. A meta-analytic review of the relationship between family accommodation and OCD symptom severity. *Journal of Anxiety Disorders*. 2015;33:95–102.
3. Rosario-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S, Chacon P, Ferrão Y, Findley D, et al. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DYBOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Molecular Psychiatry*. 2006;11(5):495-504.
4. Hollands JT, Abramovitch A, Tompson MC, Barlow DH. A Randomized Clinical Trial of a Brief Family Intervention to Reduce Accommodation in Obsessive-Compulsive Disorder: A Preliminary Study. *Behavior Therapy*. 2015;46:218–229.
5. Caporino N, Morgan J, Beckstead J, Phares V, Murphy T, Storch EA. A structural equation analysis of family accommodation in pediatric obsessive compulsive disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2012;40(1):133–143.
6. Van Noppen B, Steketee G. Testing a conceptual model of patient and family predictors of obsessive compulsive disorder (OCD) symptoms. *Behaviour Research and Therapy*. 2009;47(1):18–25.
7. Calvocoressi L, Mazure CM, Kasl SV, Skolnick J, Fisk D, Vegso SJ, et al. Family accommodation of obsessive-compulsive symptoms: instrument development and assessment of family behaviour. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1999;187(10):636–642.

8. Calvocoressi L, Lewis B, Harris M, Trufan SJ, Goodman WK, McDougle CJ, et al. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1995;152:441-43.
9. Peris TS, Bergman RL, Langley A, Chang S, McCracken JT, Piacentini, J. Correlates of accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder: parent, child, and family characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2008;47(10):1-9.
10. Stewart SE, Beresin C, Haddad S, Egan Stack D, Fama J, Jenike M. Predictors of family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*. 2008;20(2):65-70.
11. Albert U, Bogetto F, Maina F, Saracco P, Brunatto C, Mataix-Cols D. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder: Relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics. *Psychiatry Research*. 2010;179:204- 11.
12. Gomes JB. Fatores associados à Acomodação Familiar em pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011
13. Storch EA, Lehmkuhl H, Pence S, Geffken G, Ricketts E, Storch J, et al. Parental experiences of having a child with obsessive-compulsive disorder: Associations with clinical characteristics and caregiver adjustment. *Journal of Child and Family Studies*. 2009;18(3):249-258.
14. Koujalgi SR, Nayak RB, Pandurangi AA, Patil NM. Family functioning in patients with obsessive compulsive disorder: A case — control study. *Medical Journal of Dr. D.Y. Patil University*. 2015;8(3):290-294.
15. Koujalgi SR, Pandurangi AA, Nayak RB, Patil NM. Determinants of obsessive compulsive disorder. *Journal of the Scientific Society*. 2015;42(3):161-165.

16. Ramos-Cerqueira AT, Rodrigues AT, Torresan RC, Maranhão APN, Nakano CV. Emotional burden in caregivers of patients with obsessive–compulsive disorder. *Depression and Anxiety*. 2008;25:1020-27.
17. Ferrão YA, Florão MS. Acomodação familiar e criticismo percebido em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2010;59(1):34-43.
18. ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2003. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico (IBOPE). Site: www.abep.org acessado em maio de 2013.
19. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Ver Bras Psiquiatr*. 2000;22(3):106-15.
20. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown obsessive compulsive scale. I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*. 1989;46(11):1006–1011.
21. Cooper M. Obsessive-compulsive disorder: effects on family members. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1996;66:296- 304.
22. Neto EB, Teles JBM, Santos RLC. Sobrecarga em familiares de indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo. *Rev. psiquiatr. clín.* 2011;38(2):47-52.
23. Guedes ML. Relação família-paciente no transtorno obsessivo-compulsivo. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23(2):65-7.
24. Moulding R, Frederick Aardema F, O'Connor KP. Repugnant obsessions: A review of the phenomenology, theoretical models, and treatment of sexual and aggressive obsessional themes in OCD. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2014;3(2):161–168.

25. Williams Monnica. Homosexuality anxiety: A misunderstood form of OCD. In L. V. Sebeki (Ed.). *Leading-edge Health Education Issue*. New York: Nova Science Publishers; 2008.
26. Ferris TS, Mills JP, Hanstock TL. Exposure and Response Prevention in the Treatment of Distressing and Repugnant Thoughts and Images. *Clinical Case Studies*. 2012;11:140-151.
27. Freeston MH, Ladouceur R, Gagnon F, Thibodeau N, Rhéaume J, Letarte H, et al. Cognitive-behavioral treatment of obsessive thoughts: A controlled study. *J Consult Clin Psychol*. 1997;65(3):405-13.
28. Stein M, Forde D, Anderson G, Walker J. Obsessive-compulsive disorder in the community: An epidemiological survey with clinical reappraisal. *American Journal of Psychiatry*. 1997;154(8):1120-1126.
29. Sukhodolsky DG, Rosario-Campos MC, Scahill L, Katsovich L, Pauls DL, Peterson BS, et al. Adaptive, emotional, and family functioning of children with obsessive-compulsive disorder and comorbid attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(6):1125-1132.

Table 1: Sociodemographic and clinical characteristics of patients diagnosed with Obsessive Compulsive Disorder and the association with family accommodation according to FAS-IR*.

| Variables | Patient characteristics | Family accommodation (FAS-IR*) | p-value |
|---|-------------------------|--------------------------------|---------|
| | N (%) | Mean (SD) | |
| Sex (N=159) | | | 0.937 |
| Male | 43 (27.0) | 8.4 (10.1) | |
| Female | 116 (73.0) | 8.3 (9.6) | |
| Socioeconomic status | | | 0.446 |
| A+B | 76 (47.5) | 8.9 (10.1) | |
| C | 79 (49.4) | 8.6 (9.5) | |
| D+E | 05 (3.1) | 11.8 (6.2) | |
| Major depressive episode (N=156) | | | 0.450 |
| No | 105 (67.3) | 8.8 (10.3) | |
| Yes | 51 (32.7) | 7.6 (8.6) | |
| Suicide risk (N=150) | | | 0.434 |
| No | 109 (72.7) | 8.9 (10.5) | |
| Yes | 41 (27.3) | 7.5 (8.1) | |
| Total | 160 (100.0) | 8.4 (9.7) | -- |
| Variables | Patient characteristics | Spearman Correlation | p-value |
| | Mean (SD) | r | |
| Age (N=138) | 35.8 (11.9) | -0.161 | 0.059 |
| Number of chronic diseases | 1.07 (1.3) | -0.157 | 0.047 |
| Aggression (DY-BOCS[§]) | 5.1 (4.9) | 0.049 | 0.541 |
| Sexual/religious (DY-BOCS[§]) | 2.8 (4.1) | 0.206 | 0.009 |
| Symmetry (DY-BOCS[§]) | 7.2 (4.1) | 0.011 | 0.890 |
| Contamination (DY-BOCS[§]) | 6.2 (5.2) | 0.096 | 0.225 |
| Hoarding (DY-BOCS[§]) | 2.7 (3.3) | 0.074 | 0.354 |
| Miscellaneous (DY-BOCS[§]) | 5.2 (4.7) | 0.218 | 0.006 |
| Impairment clinical evaluation (DY-BOCS[§]) | 7.6 (4.5) | 0.241 | 0.002 |
| Obsessive compulsive symptoms (Y-BOCS[¶]) | 24.2 (8.1) | 0.234 | 0.010 |

*Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder -Interviewer-Rated; [§]Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; [¶]Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale.

Table 2: Socio-demographic and clinical characteristics of family members of patients diagnosed with obsessive compulsive disorder and the association with family accommodation according to FAS-IR* .

| Variables | Family member characteristics N (%) | Family accommodation (FAS-IR*) Mean (SD) | p-value |
|---|---|---|----------------|
| Socioeconomic status (N=137) | | | 0.707 |
| A+B | 66 (48.2) | 7.8 (9.4) | |
| C | 65 (47.4) | 10.1 (10.7) | |
| D+E | 06 (4.4) | 3.2 (7.3) | |
| Marital status | | | 0.203 |
| Single | 48 (30.0) | 8.4 (9.9) | |
| Married / living with a partner | 74 (46.3) | 9.2 (10.2) | |
| Separated or divorced | 21 (13.1) | 9.1 (9.6) | |
| Widow /widower | 17 (10.6) | 3.7 (5.3) | |
| Work (N=159) | | | 0.710 |
| No | 63 (39.6) | 8.0 (8.7) | |
| Yes | 96 (60.4) | 8.6 (10.4) | |
| Relationship to the patient | | | 0.001 |
| Mother/ Father/ Sibling/Uncle/ Aunt/ Friend | 111 (69.4) | 6.4 (8.0) | |
| Partner / boyfriend / girlfriend | 49 (30.6) | 12.7 (11.7) | |
| Live with the patient | | | 0.048 |
| No | 82 (51.3) | 6.9 (7.9) | |
| Yes | 78 (48.8) | 9.9 (11.1) | |
| Psychological or psychiatric treatment | | | 0.653 |
| Never underwent | 102 (63.8) | 8.6 (9.4) | |
| Has already undergone, /is currently undergoing | 58 (36.3) | 7.9 (10.2) | |
| Major depressive episode (N=159) | | | 0.439 |
| No | 113 (71.1) | 7.9 (9.1) | |
| Yes | 46 (28.9) | 9.2 (11.1) | |
| Obsessive Compulsive Disorder (N=158) | | | 0.597 |
| No | 148 (93.7) | 8.2 (9.7) | |
| Yes | 10 (6.3) | 9.9 (10.2) | |
| Total | 160 (100.0) | 8.4 (9.7) | -- |
| Variables | Family members characteristics Mean (SD) | Spearman Correlation <i>r</i> | p-value |
| Age (years) | 43.0 (6.2) | -0.125 | 0.117 |
| Total | -- | 8.4 (9.7) | -- |

*Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder-Interviewer-Rated.

Table 3: Prevalence of daily/extreme accommodation according to the scores obtained on the Family Accommodation Scale (FAS-IR^{*}).

| Items | Prevalence[§] N (%) | Daily/extreme prevalence N (%) |
|---|---|---|
| Providing reassurance | 86 (53.8) | 25 (15.6) |
| Watching the rituals | 72 (45.0) | 30 (18.8) |
| Waiting for the patient | 43 (26.9) | 19 (11.9) |
| Containing up to say or do things | 55 (34.4) | 14 (8.8) |
| Participating in the compulsions | 48 (30.0) | 17 (10.6) |
| Facilitating compulsions | 32 (20.0) | 08 (5.0) |
| Facilitating avoidances | 25 (15.6) | 07 (4.4) |
| Tolerating OCD[%] behaviors | 60 (37.5) | 01 (0.6) |
| Helping with activities | 50 (31.3) | 13 (8.1) |
| Assuming patient's responsibilities | 40 (25.0) | 01 (0.6) |
| Modifying personal routine | 47 (29.4) | 01 (0.6) |
| Modifying family routine | 38 (23.8) | 02 (1.3) |

^{*}Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder-Interviewer-Rated; [§] Considering the presence of the item if person has scored at least 1 point; [%]Obsessive Compulsive Disorder.

Table 4: Multivariate linear regression analysis for factors associated with family accommodation.

| Variables | β | 95% CI | p-value |
|---|---------------------------|---------------|----------------|
| Patient age[*] | -0.145 | -0.27; -0.02 | 0.027 |
| Number of patient's chronic diseases[*] | -0.418 | -1.93; 1.09 | 0.584 |
| Family member age[*] | -0.055 | -0.15; 0.04 | 0.265 |
| Family member who lives with the patient[*] | 3.185 | 0.13; 6.24 | 0.041 |
| Degree of kinship[§] | 5.750 | 2.40; 9.10 | 0.001 |
| Sexual/religious dimension (DY-BOCS)[§] | 0.483 | 0.14; 0.83 | 0.006 |
| Miscellaneous dimension (DY-BOCS)[§] | 0.083 | -0.26; 0.43 | 0.632 |
| Obsessive compulsive symptoms (Y-BOCS)[%] | 0.110 | -0.10; 0.33 | 0.312 |

^{*}variables adjusted for patient age; number of patient's chronic diseases; family member age; family member who lives with the patient. [§]variables adjusted for patient age; family member who lives with the patient, degree of kinship; sexual/religious dimension; miscellaneous dimension. [%]variables adjusted for patient age; family member who lives with the patient; degree of kinship and severity of the obsessive compulsive symptoms (Y-BOCS). YBOCS - Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS/CONCLUSÃO

Este trabalho obteve resultados diferentes no que diz respeito a AF nos diferentes sintomas do TOC. Ao avaliarmos a percepção do familiar sobre os sintomas do paciente identificamos que a AF esteve presente em quase todos os sintomas. Apesar disso, ao avaliar o relato do paciente sobre seus sintomas conclui-se que familiares que eram companheiros(as)/namorados(as) de pacientes que apresentaram a dimensão sexual/religiosa evidenciaram maior AF.

Desta forma, este estudo demonstra a importância de uma intervenção direcionada aos familiares de pacientes com TOC que estejam em tratamento para que possam compreender melhor o transtorno e identificar os sintomas, assim como, lidar de forma mais adequada com os mesmos minimizando o sofrimento do paciente e conseqüentemente o seu.

ANEXOS

Anexo A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Paciente

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Informações sobre o estudo ao participante

Esta folha informativa tem o objetivo de fornecer a informação suficiente para quem considerar participar neste estudo. Ela não elimina a necessidade do pesquisador de explicar, e se necessário, ampliar as informações nela contidas.

Antes de participar deste estudo, gostaríamos que você tomasse conhecimento do que ele envolve. Damos abaixo alguns esclarecimentos sobre dúvidas que você possa ter.

Qual é o objetivo da pesquisa?

Com este estudo buscamos avaliar se determinadas dimensões de sintomas do Transtorno Obsessivo Compulsivo estão associadas à redução de sintomas com terapia cognitivo-comportamental.

Como o estudo será realizado?

Após aceitar participar do estudo, você receberá sete sessões de terapia cognitivo-comportamental. O tratamento será realizado no Ambulatório de transtornos mentais da Universidade Católica de Pelotas.

Quais são os riscos em participar?

Não existe risco algum em participar.

Itens importantes:

Você tem a liberdade de desistir do estudo a qualquer momento, sem fornecer um motivo, assim como pedir maiores informações sobre o estudo e o procedimento a ser feito. Isto de maneira alguma irá influenciar na qualidade de seu atendimento neste local.

O que eu ganho com este estudo?

Você pode se beneficiar pelo tratamento proposto pela equipe de pesquisa que lhe é oferecido sem custo nenhum e de forma rápida. Sua colaboração neste estudo pode ajudar a aumentar o conhecimento científico sobre fatores relacionados ao transtorno obsessivo compulsivo, que poderão eventualmente beneficiar você ou outras pessoas.

Quais são os meus direitos?

Os resultados deste estudo poderão ser publicados em jornais científicos ou submetidos à autoridade de saúde competente, mas você não será identificado por nome. Sua participação neste estudo é voluntária.

DECLARAÇÃO:

Eu,declaro que:

1. Concordo total e voluntariamente em fazer parte deste estudo.
2. Recebi uma explicação completa do objetivo do estudo, dos procedimentos envolvidos e o que se espera de mim. O pesquisador me explicou os possíveis problemas que podem surgir em consequência da minha participação neste estudo.
3. Concordo em cooperar inteiramente com o pesquisador supervisor.
4. Estou ciente de que tenho total liberdade de desistir do estudo a qualquer momento e que esta desistência não irá, de forma alguma, afetar meu tratamento ou administração médica futura.
5. Estou ciente de que a informação nos meus registros médicos é essencial para a avaliação dos resultados do estudo. Concordo em liberar esta informação sob o entendimento de que ela será tratada confidencialmente.
6. Estou ciente de que não serei referido por nome em qualquer relatório relacionado a este estudo. Da

minha parte, não devo restringir, de forma alguma, os resultados que possam surgir neste estudo.

Nome completo do paciente: _____

Assinatura do Paciente: _____

Data: __ / __ / _____

Assinatura do Pesquisador: _____

Para maiores informações entre em contato com Luciana Quevedo pelo telefone: 81182197 - 21288404

Coordenadora do projeto: Prof. Dra..Luciana de Avila Quevedo
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento
Universidade Católica de Pelotas
Fone: 21288404 – 81228378

Anexo B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Familiar

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Informações sobre o estudo ao participante

Esta folha informativa tem o objetivo de fornecer a informação suficiente para quem considerar participar neste estudo. Ela não elimina a necessidade do pesquisador de explicar, e se necessário, ampliar as informações nela contidas.

Antes de participar deste estudo, gostaríamos que você tomasse conhecimento do que ele envolve. Damos abaixo alguns esclarecimentos sobre dúvidas que você possa ter.

Qual é o objetivo da pesquisa?

O Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas está lhe convidando a participar de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar os tipos de acomodação familiar dos familiares de pacientes com Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) perante as diferentes dimensões dos sintomas.

O que é acomodação familiar?

Acomodação familiar é a participação da família nos rituais do paciente com TOC e às modificações na rotina diária da família.

Como o estudo será realizado?

Se você aceitar fazer parte deste estudo, terá que responder a um questionário que será aplicado por entrevistadores treinados pelos pesquisadores que dura em torno de 40 minutos.

Quais são os riscos em participar?

Não existe risco algum em participar. Além disso, as pessoas que forem diagnosticadas com algum transtorno mental serão procuradas por nossa equipe e encaminhados para atendimento especializado.

Itens importantes:

Você é livre para abandonar o estudo em qualquer momento de seu desenvolvimento e sem maiores prejuízos ou danos.

O que eu ganho com este estudo?

Sua colaboração neste estudo pode ajudar a aumentar o conhecimento científico sobre fatores relacionados ao transtorno obsessivo compulsivo, que poderão eventualmente beneficiar você ou outras pessoas.

Quais são os meus direitos?

Os resultados deste estudo poderão ser publicados em jornais científicos ou submetidos à autoridade de saúde competente, mas você não será identificado por nome. Sua participação neste estudo é voluntária.

DECLARAÇÃO:

Eu,declaro que:

1. Concordo total e voluntariamente em fazer parte deste estudo.
2. Recebi uma explicação completa do objetivo do estudo, dos procedimentos envolvidos e o que se espera de mim. O pesquisador me explicou os possíveis problemas que podem surgir em consequência da minha participação neste estudo.
3. Concordo em cooperar inteiramente com o pesquisador supervisor.

4. Estou ciente de que tenho total liberdade de desistir do estudo a qualquer momento e que esta desistência não irá, de forma alguma, me prejudicar.
5. Estou ciente de que não serei referido por nome em qualquer relatório relacionado a este estudo. Da minha parte, não devo restringir, de forma alguma, os resultados que possam surgir neste estudo.

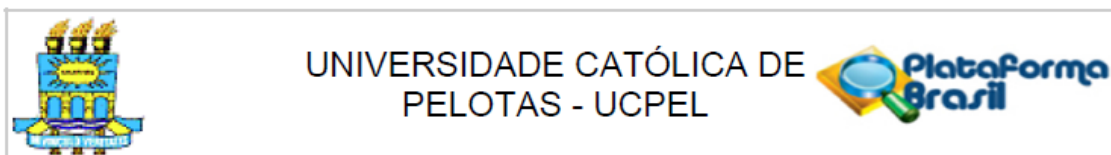
Nome completo do familiar: _____

Assinatura do familiar: _____

Data: __ / __ / _____

Assinatura do Pesquisador: _____

Para maiores informações entre em contato com Luciana Quevedo pelo telefone: 81182197 - 21288404
Coordenadora do projeto: Prof. Dra..Luciana de Avila Quevedo
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento
Universidade Católica de Pelotas
Fone: 21288404 - 81228378

Anexo C: Carta de aprovação no comitê de ética**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: AS DIMENSÕES DOS SINTOMAS DO TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO E ACOMODAÇÃO FAMILIAR EM UMA AMOSTRA DE 18 A 60 ANOS

Pesquisador: Mariana Bonati de Matos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 14175913.2.0000.5339

Instituição Proponente: Sociedade Pelotense de Assistência e Cultura (SPAC- UCPEL)

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 249.564

Data da Relatoria: 25/04/2013

Apresentação do Projeto:

Clara, consistente e bem justificada.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar pacientes e familiares com TOC a partir de estudo transversal de metodologia adequada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Claros benefícios sem importantes riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Bem delineada e descrita.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendo aprovação sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PELOTAS, 18 de Abril de 2013

Assinador por:

Sandro Schreiber de Oliveira
(Coordenador)

Anexo D: Transtorno Obsessivo-Compulsivo (Módulo MINI)

I. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (T.O.C.)

(SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

| | | | | | |
|---|--|--|------------------------------|-----|---|
| 11 | Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo? (por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) ou que tinha micróbios ou medo de contaminar os outros ou de agredir alguém mesmo contra a sua vontade ou de agir impulsivamente ou medo/ superstição de ser responsável por coisas ruins ou ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis ou uma necessidade de colecionar ou ordenar as coisas.) | NÃO | SIM | 1 | |
| | | <input type="checkbox"/> PASSAR A 14 | | | |
| <small>(NÃO LEVAR EM CONSIDERAÇÃO PREOCUPAÇÕES EXCESSIVAS COM PROBLEMAS REAIS DA VIDA COTIDIANA, NEM AS OBSESSÕES LIGADAS A PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR, DESVIOS SEXUAIS, JOGO PATOLÓGICO, ABUSO DE DROGAS OU ALCOOL, PORQUE O(A) ENTREVISTADO(A) PODE TER PRAZER COM ESSAS EXPERIÊNCIAS E DESEJAR RESISTIR A ELAS APENAS POR SUAS CONSEQUÊNCIAS NEGATIVAS.)</small> | | | | | |
| 12 | Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas? | NÃO | SIM | 2 | |
| | | <input type="checkbox"/> PASSAR A 14 | | | |
| 13 | Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior? | NÃO | SIM | 3 | |
| | | obsessões | | | |
| 14 | Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos? | NÃO | SIM | 4 | |
| | | compulsões | | | |
| 13 OU 14 SÃO COTADAS SIM? | | <input type="checkbox"/> | NÃO | SIM | |
| 15 | Reconhece que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as)? | <input type="checkbox"/> | NÃO | SIM | 5 |
| 16 | Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo? | NÃO | SIM | 6 | |
| 17 a | Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 17 b | Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem? | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim | | | |
| <small>NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA E PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DAS OBSESSÕES/ COMPULSÕES? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIOCIINAIS SE NECESSÁRIO.)</small> | | | | | |
| 17 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? | | NÃO | SIM | 7 | |
| 16 E 17 (SUMÁRIO) SÃO COTADAS SIM? | | NAO SIM T.O.C. ATUAL | | | |
| 18 | 16 E 17 b SÃO COTADAS SIM E 17 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO? | NAO SIM T.O.C. ATUAL devido a condição médica geral | | | |
| 19 | 16 E 17 a SÃO COTADAS SIM E 17 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO? | NAO SIM T.O.C. ATUAL induzido por substância | | | |
| CRONOLOGIA | | | | | |
| 110 | Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a apresentar esses problemas de que falamos? | <input type="text"/> | idade | 8 | |
| 111 | No último ano, durante quantos meses teve, de forma persistente, esses problemas de que falamos? | <input type="text"/> | | 9 | |

Anexo E: Episódio Depressivo Maior (Módulo MINI)

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (p. 348)

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

PARA ENTREVISTADOS COM APARÊNCIA PSICÓTICA ANTES DO INÍCIO DA ENTREVISTA, OU PARA AQUELES QUE SÃO SUSPEITOS DE APRESENTAR UMA ESQUIZOFRENIA, FAVOR ADOPTAR A SEGUINTE ORDEM DE ADMINISTRAÇÃO DOS MÓDULOS:

- 1) PARTE 1 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M1-M18).
- 2) MÓDULOS A-D (EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR, A EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO).
- 3) PARTE 2 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M19-M23).
- 4) OUTROS MÓDULOS NA SUA SEQUÊNCIA USUAL.

SE O MÓDULO "M" JÁ FOI EXPLORADO E SE SINTOMAS PSICÓTICOS FORAM IDENTIFICADOS (M1 A M10B), EXAMINAR, PARA CADA RESPOSTA POSITIVA AS QUESTÕES SEGUINTE, SE OS SINTOMAS DEPRESSIVOS DESCRITOS NÃO SÃO MELHOR EXPLICADOS PELA PRESENÇA DE UM TRANSTORNO PSICÓTICO E COTAR EM FUNÇÃO.

| | | | | | |
|----|---|---|----------|-----|---|
| A1 | a | Alguma vez sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do dia, quase todos os dias, durante pelo menos duas semanas ? | NÃO | SIM | 1 |
| | | SE A1a = SIM: | | | |
| | b | Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do dia, quase todos os dias, ? | NÃO | SIM | 2 |
| A2 | a | Alguma vez teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, ou perdeu o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente, quase todo o tempo, durante pelo menos duas semanas ? | NÃO | SIM | 3 |
| | | SE A1a = SIM: | | | |
| | b | Nas duas últimas semanas, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, ou perdeu o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente, quase todo o tempo ? | NÃO | SIM | 4 |
| | | A1a <u>OU</u> A2a SÃO COTADAS SIM ? | → NÃO | SIM | |

SE O(A) ENTREVISTADO(A) ESTÁ DEPRIMIDO(A) ATUALMENTE (A1b OU A2b = SIM): EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL.
SE NÃO: EXPLORAR O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

A3 Durante as 2 semanas em que sentiu-se deprimido(a)/ sem interesse pela maioria das coisas, quase todo o tempo:

| | | <u>Episódio Atual</u> | | <u>Episódio Passado</u> | |
|---|--|-----------------------|-----|-------------------------|-------|
| a | Seu apetite aumentou ou diminuiu, quase todos os dias ? O seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (VARIAÇÃO DE \pm 3% AO LONGO DE UM MÊS, ISTO É, \pm 3,5 KG PARA UMA PESSOA DE 65 KG) COTAR SIM, SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO | NÃO | SIM | NÃO | SIM 5 |
| b | Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais) ? | NÃO | SIM | NÃO | SIM 6 |
| c | Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado(a), quase todos os dias? | NÃO | SIM | NÃO | SIM 7 |
| d | Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias? | NÃO | SIM | NÃO | SIM 8 |
| e | Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias? | NÃO | SIM | NÃO | SIM 9 |

SE A3e = SIM: PEDIR UM EXEMPLO.

O EXEMPLO CONSISTE NUMA IDÉIA DELIRANTE ? NÃO SIM

| | <u>Episódio Atual</u> | | <u>Episódio Passado</u> | | | |
|----|--|-----|-------------------------|----------|-----|----|
| f | Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias? | NÃO | SIM | NÃO | SIM | 10 |
| g | Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ? | | NÃO | SIM | NÃO | 11 |
| A4 | HÁ 3 OU MAIS RESPOSTAS "SIM" EM A3 (OU 4 RESPOSTAS POSITIVAS, SE A1a OU A2a É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO PASSADO OU SE A1b OU A2b É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL)? | NÃO | SIM | → NÃO | SIM | |
| | VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO DE DUAS SEMANAS. | | | | | |
| | SE A4 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A3a - A3g PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE. | | | | | |
| A5 | Esses problemas de depressão lhe causaram sofrimento importante ou o(a) perturbaram em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais ou necessitou ser hospitalizado(a) por causa desses problemas? | NÃO | SIM | → NÃO | SIM | 12 |
| | SE A5 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4 E A 5 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE. | | | | | |
| A6 | Esses problemas de depressão foram inteiramente causados pela perda de uma pessoa querida (luto)? A gravidade desses problemas, sua duração e as dificuldades que eles provocaram foram iguais às que outros sofreriam se estivessem na mesma situação ? | | | → | | |
| | UM LUTO NÃO COMPLICADO FOI EXCLUÍDO ? | NÃO | SIM | NÃO | SIM | 13 |
| | SE A6 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4, A 5 E A6 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE. | | | | | |
| A7 | a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim | | | | | |
| | b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim | | | | | |
| | NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA DEPRESSÃO ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO). | | | | | |
| | A7 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? NÃO SIM INCERTO NÃO SIM INCERTO 14 | | | | | |
| | SE A7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4, A 5 A6 E A7 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE. | | | | | |

A8 coTAR SIM SE A7 (SUMÁRIO) = SIM oU INCERTO.

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

| | NÃO | SIM |
|----------------------------------|-----|--------------------------|
| <i>Episódio Depressivo Maior</i> | | |
| Atual | | <input type="checkbox"/> |
| Passado | | <input type="checkbox"/> |

A9 coTAR SIM SE A7b = SIM E A7 (SUMÁRIO) = NÃO.

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

| | NÃO | SIM |
|--|-----|--------------------------|
| <i>Episódio Depressivo Maior devido à condição médica geral (p. 394)</i> | | |
| Atual | | <input type="checkbox"/> |
| Passado | | <input type="checkbox"/> |

Anexo F: Risco de Suicídio (Módulo MINI)**C. RISCO DE SUICÍDIO**

| | | | | Pontos |
|------------------------------|--|-----|-----|--------|
| Durante o último mês: | | | | |
| C1 | Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ? | NÃO | SIM | 1 |
| C2 | Quis fazer mal a si mesmo (a) ? | NÃO | SIM | 2 |
| C3 | Pensou em suicídio ? | NÃO | SIM | 6 |
| C4 | Pensou numa maneira de se suicidar ? | NÃO | SIM | 10 |
| C5 | Tentou o suicídio ? | NÃO | SIM | 10 |

Ao longo da sua vida:

C6 Já fez alguma tentativa de suicídio ?

NÃO SIM 4

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 A C6 ?

NÃO SIM

SE SIM, SOMAR O NÚMERO TOTAL DE PONTOS DAS QUESTÕES COTADAS SIM DE C1 - C6 E ESPECIFICAR O RISCO DE SUICÍDIO ATUAL COMO SE SEGUE:

RISCO DE SUICÍDIO ATUAL

| | | |
|-------------|----------|--------------------------|
| 1-5 pontos | Baixo | <input type="checkbox"/> |
| 6-9 pontos | Moderado | <input type="checkbox"/> |
| ≥ 10 pontos | Alto | <input type="checkbox"/> |

Anexo G: Escala *Yale-Brown Obsessive-compulsive Scale Symptom Checklist* (Y-BOCS)

1. Tempo ocupado pelos sintomas obsessivo-compulsivos

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

0 Nenhum

1 Leve: menos de uma hora/dia ou instruções ocasionais

2 Moderado: uma a três horas/dia ou intrusões freqüentes

3 Grave: mais de três horas e até oito horas/dia ou intrusões muito freqüentes

4 Muito grave: mais de oito horas/dia ou intrusões quase constantes

2. Interferência provocada pelos pensamentos obsessivos

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

0 Nenhuma interferência

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

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

3 Grave: provoca deterioração considerável no desempenho social ou ocupacional

4 Muito grave: incapacitante

3. Sofrimento relacionado aos pensamentos obsessivos

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

0 Nenhuma perturbação

1 Leve: muito pouca

2 Moderado: perturbador, mais ainda controlável

3 Grave: muito perturbador

4 Muito grave: mal-estar quase constante e incapacitante.

4. Resistência às obsessões

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

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

1 Tenta resistir na maior parte das vezes

2 Faz algum esforço para resistir

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

4 Cede completamente a todas as obsessões de modo voluntário

5. Grau de controle sobre os pensamentos obsessivos

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

0 Controle total

1 **Bom controle:** habitualmente capaz de interromper ou afastar as obsessões com algum esforço e concentração

2 **Controle moderado:** algumas vezes é capaz de interromper ou afastar as obsessões

3 **Controle leve:** raramente bem-sucedido; quando tenta interromper ou afastar as obsessões, consegue somente afastar a atenção com dificuldade

4 **Nenhum controle:** as obsessões são experimentadas como completamente involuntárias; raramente capaz, mesmo que seja momentaneamente, de alterar seus pensamentos obsessivos

Escores das obsessões _____

6. Tempo gasto com comportamentos compulsivos

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

0 Nenhum

1 **Leve:** passa menos de uma hora/dia fazendo compulsões, ou ocorrência ocasional de comportamentos compulsivos

2 **Moderado:** passa uma a três horas/dia fazendo compulsões, ou execução freqüente de comportamentos compulsivos

3 **Grave:** passa de três a oito horas/dia fazendo compulsões, ou execução muito freqüente de comportamentos compulsivos

4 **Muito grave:** passa mais de oito horas/dia fazendo compulsões, ou execução quase constante de comportamentos compulsivos demasiados numerosos para contar

7. Interferência provocada pelos comportamentos compulsivos

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

0 **Nenhuma interferência**

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

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

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

4 **Muito grave:** incapacitante

8. Sofrimento relacionado ao comportamento compulsivo

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

0 **Nenhum sofrimento**

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

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

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

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

9. Resistência contra compulsões

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

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

1 Tenta resistir na maior parte das vezes

- 2 Faz algum esforço para resistir
- 3 Cede a quase todas as compulsões sem tentar controlá-las, ainda que faça com alguma relutância
- 4 Cede completamente a todas as compulsões de modo voluntário

10. Grau de controle sobre o comportamento compulsivo

P. Com que força se sente obrigado a executar comportamentos compulsivos?

Até que ponto consegue controlar suas compulsões?

0 Controle total

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

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

3 Controle leve: pressão forte para executar as compulsões; o comportamento compulsivo tem que ser executado até o fim, e somente com dificuldade consegue retardar a execução das compulsões

4 Nenhum controle: a pressão para executar as compulsões é experimentada como completamente dominadora e involuntária; raramente capaz, mesmo que seja momentaneamente, de retardar a execução de compulsões

Escores de compulsões: _____

Escore Total: _____

Anexo H: Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS)**Parte I: Lista de sintomas Obsessivo-Compulsivo****NOTA: este questionário refere-se aos sintomas obsessivo-compulsivos.***Pedimos para que você complete todo o questionário.***Quando estiver completando o questionário, considere as seguintes definições:**

Obsessões são pensamentos, medos ou imagens intrusivos e repetitivos. Exemplos incluem o pensamento recorrente de dúvida sobre se a luz foi acesa ou a porta foi trancada. Outros exemplos incluem preocupações sobre germes e doenças. Estes pensamentos ou imagens persistem mesmo que a pessoa tente ignorá-los ou suprimi-los.

Compulsões são atos repetitivos, comportamentos ou rituais mentais que a pessoa sente que “tem que” realizar. Por exemplo, verificar repetitivamente se a porta está fechada, ou se aparelhos elétricos estão desligados. Outros exemplos incluem lavagem repetitiva de mãos ou a necessidade de colocar as coisas em uma determinada ordem.

Nota: Frequentemente o conteúdo de pensamentos obsessivos e imagens envolvem “agressão” a si mesmo ou outros, especialmente familiares. Neste questionário gostaríamos que você considerasse cuidadosamente a natureza específica da agressão. Por exemplo, na primeira sessão você será perguntado sobre agressão especificamente relacionada a acidentes, violência, outras formas de comportamento agressivo e desastres naturais ou catástrofes. Na segunda dimensão, você será perguntado sobre preocupações obsessivas relacionadas a agressão secundária a pensamentos ou ações sobre sexo ou religião. Mais adiante, pediremos para concentrar-se em preocupações obsessivas relacionadas a contaminação com sujeira ou germes. Por favor, seja cuidadoso (a) para assinalar apenas os itens que melhor representem suas obsessões lendo os exemplos que são fornecidos em cada questão.

Marque uma vez X em uma ou mais células em cada linha apropriada (“passado” significa que o sintoma esteve presente no passado, mas não durante a última semana). Se um sintoma tiver estado presente (atual ou passado), indique a idade de início. Para as crianças, os pais devem completar este instrumento com a ajuda de seu filho.

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

A. Lista de sintomas

| Nunca | Passado | Atual (Última Semana) | Idade de Início | Obsessões Sobre Agressão, Violência, Desastres Naturais e Compulsões Relacionadas |
|--------------|----------------|--------------------------------------|--------------------------------|---|
| | | | | 1. Tenho obsessões de que eu posso me ferir. Por exemplo, medo de ferir a si mesmo com uma faca ou garfo, medo de segurar ou estar perto de objetos pontiagudos, medo de se jogar na frente de um carro ou medo de andar perto de janelas de vidro. |
| | | | | 2. Tenho obsessões de que eu vou ser ferido. Por exemplo, medo de ser ferido por não estar sendo suficientemente cuidadoso. Medo de que pessoas ou determinados objetos |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | venham a me ferir. |
| | | | | 3. Verifico se não me feri ou se não fui ferido. Por exemplo, procurando por feridas ou sangramentos depois de segurar objetos pontiagudos ou quebráveis, ou checando com médicos ou outros para reassegurar-me de que não feri a mim mesmo. |
| | | | | 4. Tenho obsessões de que posso ferir outras pessoas. Por exemplo, medo de envenenar a comida de outras pessoas, medo de ferir bebês, medo de empurrar alguém para a frente de um carro ou de um trem. |
| | | | | 5. Tenho obsessões de que vou ferir outras pessoas sem querer. Preocupações de estar envolvido em um acidente de carro, medo de ser responsável por não dar assistência em uma catástrofe imaginada, medo de ferir os sentimentos de alguém, medo de causar ferimentos por dar conselhos/informações errados. |
| | | | | 6. Tenho obsessões de que posso ser responsável ou responsabilizado por algo terrível que aconteça. Por exemplo, medo de começar um incêndio ou ser responsável por um assassinato ou assalto. |
| | | | | 7. Verifico se não feri outros ou se outros não foram feridos. Por exemplo, verificar se não feriu alguém sem saber. Você pode perguntar aos outros para ressegurar-se, ou telefonar para certificar-se de que tudo está bem. |
| | | | | 8. Tenho imagens violentas ou horrendas na cabeça. Por exemplo, imagens de assassinatos ou acidentes ou outras imagens violentas como corpos desmembrados. |
| | | | | 9. Tenho obsessões de que posso dizer obscenidades ou insultos. Por exemplo, medo de falar coisas obscenas em um lugar quieto com muitas pessoas em volta – como uma igreja ou uma sala de aula. Medo de escrever coisas obscenas. |
| | | | | 10. Tenho obsessões que envolvem fazer algo que cause embaraço. Por exemplo, medo de tirar as roupas em públicos ou parecer tolo em situações sociais. |
| | | | | 11. Tenho obsessões sobre executar impulsos involuntariamente. Por exemplo, apunhalar um amigo, atropelar alguém, bater o carro em uma árvore etc. |
| | | | | 12. Verifico se algo terrível acontecerá ou aconteceu. Por exemplo, procurar nos jornais e noticiários no rádio ou televisão se aconteceu alguma catástrofe que você acredita que possa ter ocasionado. Pedir para outros lhe reassegurarem. |
| | | | | 13. Verifico ou tomo outras medidas (diferentes de verificações) de modo a prevenir ferir-me, ferir outros, ou evitar outras conseqüências terríveis. Por exemplo, ficar longe de objetos pontiagudos ou quebráveis. Evitar |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | manusear facas, tesouras, vidro. |
| | | | | 14. Preciso repetir atividades rotineiras para prevenir conseqüências terríveis. Por exemplo, necessidade de realizar a mesma ação repetidas vezes depois de ter tido um “mau” pensamento sobre agressão/ferimentos, com o objetivo de prevenir terríveis conseqüências. Por favor, marque este item somente se a repetição for realizada em resposta aos pensamentos relacionados à violência, comportamentos agressivos ou desastres naturais. |
| | | | | 15. Tenho rituais mentais além de verificação. Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz “em sua cabeça”, como pensar em um “bom” pensamento para anular um “mau” pensamento ou necessidade de manter listas mentais que você tem que lembrar em uma certa ordem. Por favor, marque este item somente se estes rituais mentais forem especificamente relacionados ou feitos para aliviar obsessões sobre violência, comportamentos agressivos ou desastres naturais. |

B. Avaliação de gravidade das Obsessões Sobre Agressão, Violência, Desastres Naturais e Compulsões Relacionadas

Primeiro verifique se você marcou qualquer um dos itens do número 1 ao número 15 na lista de sintomas.

Você marcou algum destes itens (1 a 15)?

() Sim () Não

Se você circulo “Não”, passe para a próxima sessão (Dimensão II) em “Obsessões sexuais e religiosas”.

Se “Sim”, quais destes sintomas incomodaram-lhe durante a última semana?

(Escreva o número do item)

Agora tente pensar somente nestas obsessões e compulsões relacionadas sobre agressão, violência e desastres naturais (item 1 a 15) enquanto responde as próximas questões.

- 1. Quão grave estas obsessões e compulsões foram na última semana?** Avalie a gravidade dos sintomas de 1 a 10, sendo “10” o mais grave e “1” o melhor (menos grave) desde que você começou a ter estes sintomas. _____ avaliação (1-10).
- 2. Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões?** Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões (item 1 a 15).

- 3. Quanto de seu tempo é ocupado por estas obsessões e compulsões?** Ou quão freqüentemente estes pensamentos e compulsões ocorrerem? Certifique-se de que incluiu o tempo gasto com comportamentos de evitação.

Pior fase

Atual

- 0=Nenhum**
 1=Raramente, presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.
 2=Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia – intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia).
 3=Freqüentemente, 1 a 3 horas/dia- freqüente intrusão, necessidade de realizar compulsões, ou comportamentos de evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia, mas muitas horas do dia são livres destas obsessões, compulsões ou comportamentos de evitação).
 4=Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia- Intrusão muito freqüente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia).
 5=Sempre, mais do que 8 horas/dia- Intrusão quase constante de obsessões, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (muitos sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem várias obsessões, compulsões e/ou evitação).

4. **Quanto incomodo (ansiedade, culpa, um grande de sentimento de medo ou um sentimento de exaustão) estas obsessões e compulsões relacionadas causam?** Pode ser útil perguntar: quanto incomodo você sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Quanto incomodo você sente por ter que repetir suas compulsões várias vezes? Como você se sentiria se encontrasse algo (pessoa, lugar ou coisa) que estivesse evitando? Considere somente incomodo ou desconforto que pareça relacionado aos sintomas (obsessões, necessidade de realizar compulsões ou ao incomodo associado a evitação) dessa dimensão (agressão, violência e desastres naturais).

- | Pior fase | Atual | |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 0=Nenhum incomodo |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1=Mínimo- quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2=Médio- algum incomodo presente, mas não muito. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3=Moderado- incomoda, mas ainda é tolerável. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4=Grave- incomoda muito. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5=Extremo- incomodo quase constante e muito intenso. |

5. **Quanto estas obsessões e compulsões relacionadas interferem em sua vida familiar, relações com amigos ou habilidade de realizar bem suas atividades no trabalho ou na escola?** Há alguma coisa que você não possa fazer por causa dessas obsessões ou compulsões relacionadas? Quanto esses sintomas incomodam outras pessoas e afetam suas relações com elas? Se você evita coisas por causa destes pensamentos, inclua a interferência resultante dessa evitação. Se você não está atualmente estudando ou trabalhando, quanto sua performance seria afetada se você estivesse trabalhando ou estudando?

- | Pior fase | Atual | |
|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 0=Nenhuma interferência |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1=Mínima, leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance. |

- ○ 2=**Média**, alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau.
- ○ 3=**Moderada**, interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável.
- ○ 4=**Interferência Grave**, causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais.
- ○ 5=**Interferência Extrema**, incapacitante.

Dimensão II- Obsessões Sexuais e Religiosas e Compulsões Relacionadas

A. Lista de Sintomas

| Nunca | Passado | Atual (Última Semana) | Idade de Início | Obsessões Sexuais e Religiosas e Compulsões Relacionadas |
|--------------|----------------|--------------------------------------|--------------------------------|--|
| | | | | 16. Tenho pensamentos, imagens ou impulsos impróprios ou proibidos. Por exemplo, pensamentos sexuais involuntários sobre estranhos, familiares ou amigos. |
| | | | | 17. Tenho obsessões sexuais cujo conteúdo envolve crianças ou incesto. Por exemplo, pensamentos indesejáveis sobre molestar crianças sexualmente, inclusive os próprios filhos. |
| | | | | 18. Tenho obsessões sobre homossexualidade. Por exemplo, medo de ser homossexual ou medo de, subitamente, transformar-se em “gay”, quando não existem razões para estes pensamentos. |
| | | | | 19. tenho obsessões sobre conduta sexual agressiva em relação aos outros. Por exemplo, imagens indesejáveis de comportamento sexual violento com adultos estranhos, amigos ou familiares. |
| | | | | 20. Verifico para me certificar de que não fiz nada de errado de natureza sexual. Por exemplo, checando meus órgãos genitais, a cama ou roupas para ver se há alguma evidência de ter feito algo errado. Pergunto para me reassegurar de que nada ruim de natureza sexual aconteceu. |
| | | | | 21. Evito certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir a ocorrência de obsessões e compulsões sexuais. Por exemplo, não vou a uma seção de revistas em uma livraria por causa de algumas fotos ou títulos. |
| | | | | 22. Tenho obsessões com sacrilégios ou blasfêmias. Por exemplo, medo de ter pensamentos blasfemos, dizer sacrilégios, ser punido por certas coisas. |
| | | | | 23. Tenho obsessões com o que é certo/errado e a moralidade. Por exemplo, preocupações sobre estar sempre fazendo coisas de uma maneira moralmente correta ou preocupações sobre ter dito uma mentira ou ter trapaceado alguém. |
| | | | | 24. Tenho medo/preocupação de dizer certas coisas. Por |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | exemplo, medo de dizer algo terrível ou impróprio que possa ser considerado desrespeitoso para alguém vivo ou morto. Algumas pessoas têm medo excessivo de dar conselhos errados. |
| | | | | 25. Verifico para me certificar que não fiz nada errado de natureza religiosa. Por exemplo, verifico a Bíblia ou outros objetos. Pergunto ao padre, rabino, pastor ou outras pessoas para me reassegurar de que nada aconteceu. |
| | | | | 26. Tenho compulsões que envolvem obrigações religiosas ou objetos religiosos. Por exemplo, limpeza ou checagem excessiva de objetos religiosos. Rezar durante várias horas ou procurar por reasseguramentos em líderes religiosos com mais frequência do que necessária. |
| | | | | 27. Evito certas ações, pessoas, lugares, ou coisas para prevenir a ocorrência de obsessões e compulsões sobre religião ou moral. Por exemplo, não ir a igreja ou não assistir certos programas de TV porque podem provocar pensamentos de estar sendo possuído pelo diabo ou por alguma influência do diabo. |
| | | | | 28. preciso repetir atividades rotineiras para prevenir conseqüências terríveis. Por exemplo, necessidade de realizar a mesma ação repetidas vezes depois de ter “mau” pensamento obsessivo sexual ou religioso com o objetivo de prevenir conseqüências terríveis. Por favor, não marque este sintoma a menos que a repetição seja em resposta a estes pensamentos sexuais, religiosos ou de moralidade. |
| | | | | 29. Preciso dizer, perguntar ou confessar coisas. Por exemplo, perguntar para outras pessoas sobre possíveis coisas erradas que tenha feito, confessar algo errado que não tenha acontecido ou contar às pessoas seus pensamentos íntimos para sentir-se melhor. |
| | | | | 30. Tenho rituais mentais (diferentes de verificação). Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz “em sua cabeça” como pensar um “bom” pensamento após um “mau” pensamento ou necessidade de manter listas mentalmente que tenha que lembrar em uma certa ordem. Por favor, marque este item somente se estes rituais mentais forem especificamente relacionados ou feitos com o objetivo de aliviar obsessões sexuais ou religiosas. |

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

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

Você marcou algum destes itens (16 ao 30)?

() Sim () Não

Se você circulou “não”, passe para a próxima sessão (Dimensão III), em “Obsessões e Compulsões de simetria, ordem, contagem e arranjo”

Se você circulou “sim”, qual destes sintomas mais lhe incomodou durante a última semana? _____

(Escreva o número deste item)

Agora tente pensar *somente* obsessões e compulsões relacionadas a conteúdo sexual e/ou religioso (itens 16 ao 30) enquanto responde as próximas questões.

1. **Quão grave estas obsessões e compulsões foram na última semana?** Avalie a gravidade dos sintomas de 1 a 10, sendo “10” o mais grave e “1” o melhor (menos grave) desde que você começou a ter estes sintomas. _____ Avaliação (1-10).
2. **Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões?** Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões. (Item 16 a 30).

3. **Quanto de seu tempo é ocupado por estas obsessões e compulsões?** Ou quão freqüentemente estes pensamentos e compulsões ocorrem? Certifique-se de que incluiu o tempo gasto com comportamentos de evitação.

| Pior fase | Atual | |
|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 0=Nenhum. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1= Raramente , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2= Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia - intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia). |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3= Freqüentemente, 1 a 3 horas/dia - freqüente intrusão, necessidade de realizar compulsões, ou comportamentos de evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia, mas muitas horas do dia são livres destas obsessões, compulsões ou comportamentos de evitação). |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4= Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia - Intrusão muito freqüente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia). |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5= Sempre, mais do que 8 horas/dia - Intrusão quase constante de obsessões, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (muitos sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem várias obsessões, compulsões e /ou evitação). |

4. **Quanto incomodo (ansiedade, culpa, um grande sentimento de medo ou um sentimento de exaustão) estas obsessões e compulsões relacionadas causam?** Pode ser útil perguntar: quanto incomodo você sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Quanto incomodo você sente por ter que repetir suas compulsões várias vezes? Como você se sentiria se encontrasse

algo (pessoa, lugar ou coisa) que estivesse evitando? Considere somente incômodo ou desconforto que pareça relacionado aos sintomas (obsessões, compulsões de conteúdo sexual e /ou religioso).

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|---|
| Pior fase | Atual | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 0=Nenhum incômodo. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1=Mínimo- quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2=Médio- algum incômodo presente, mas não muito. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3=Moderado- incomoda, mas ainda é tolerável. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4=Grave- incomoda muito. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5=Extremo- incômodo quase constante e muito intenso. |

5. **Quanto estas obsessões e compulsões relacionadas interferem em sua vida familiar, relações com amigos ou habilidade de realizar bem suas atividades no trabalho ou na escola?** Há alguma coisa que você não possa fazer por causa dessas obsessões ou compulsões relacionadas? Quanto esses sintomas incomodam outras pessoas e afetam suas relações com elas? Se você evita coisas por causa destes pensamentos, por favor inclua a interferência resultante desta evitação. Se você não está atualmente estudando ou trabalhando, quanto sua performance seria afetada de você estivesse trabalhando ou estudando?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|---|
| Pior fase | Atual | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 0=Nenhuma interferência |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1=Mínima, leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2=Média, alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3=Moderada, interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4=Interferência Grave, causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5=Interferência Extrema, incapacitante. |

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

A. Lista de Sintomas

| Nunca | Passado | Atual (Última semana) | Idade de início | Ordem, Simetria, Contagem, Fazer e Refazer e Necessidades de que as coisas “estejam legais” |
|-------|---------|-----------------------|-----------------|--|
| | | | | 31. Tenho obsessões sobre a necessidade das coisas estarem perfeitas ou exatas. Por exemplo, preocupação ou sentimentos desconfortáveis sobre o alinhamento correto de papéis e livros, preocupação com a realização de cálculos, com a necessidade de fazê-los corretamente ou necessidade de escrever de forma perfeita. |
| | | | | 32. Tenho obsessões sobre simetrias. Por exemplo, estar |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | extremamente preocupado se certas sensações, pensamentos ou coisas não estão simétricas. |
| | | | | 33. Verifico se não cometi erros. Por exemplo, verificação repetida enquanto lê, escreve ou faz simples cálculos para certificar-se que não cometeu um erro. Isto pode envolver fazer listas de coisas para fazer, assim como checá-las obsessivamente. |
| | | | | 34. Releio ou reescrevo. Por exemplo, levar horas para ler poucas páginas de um livro ou para escrever uma pequena carta porque você fica lendo e relendo. Isto pode também envolver a procura por uma palavra ou frase “perfeita” |
| | | | | 35. Tenho necessidade de repetir atividades rotineiras. Por exemplo, entrar/sair de casa várias vezes; sentar/levantar várias vezes de uma cadeira. Repetir atividades rotineiras como ligar e desligar aparelhos, colocar e tirar um objeto da mesa, pentear o cabelo ou olhar para determinado local. Você pode não se sentir bem até fazer essas coisas um determinado número de vezes ou até que uma certa sensação de simetria seja alcançada. Tente distinguir esse item da repetição realizada como atividades secundárias a um pensamento de conteúdo agressivo, sexual ou religioso, ou de contaminação ou de colecionismo. |
| | | | | 36. Tenho compulsões de contagem. Por exemplo, contar coisas como azulejos no teto ou no chão, brinquedos, janelas, telhas, pregos na parede, livros em uma estante ou até mesmo grãos de areia na praia. |
| | | | | 37. Tenho rituais de ordenação e arranjo. Por exemplo, endireitar papéis ou canetas sobre a mesa ou livros na estante. Você pode gastar horas arrumando as coisas na sua casa numa determinada “ordem” ficando muito chateado se esta “ordem” é alterada. |
| | | | | 38. Tenho compulsões que envolvem tocar simetricamente ou realizar ações ou movimentos simétricos. Por exemplo, após tocar ou fazer algo no lado direito, precisar tocar ou fazer a mesma coisa no lado esquerdo. |
| | | | | 39. Tenho necessidade de tocar, esfregar ou dar pancadinhas. Por exemplo, sentir o impulso de tocar superfícies quentes, como o fogão. Sentir o impulso de tocar outras pessoas, ou de tocar um objeto. Necessidade de esfregar ou pegar algo como o telefone para evitar que alguém da família adoça. |
| | | | | 40. Tenho medo de não dizer exatamente o correto. Por exemplo, medo de ter dito coisas erradas, preocupação de não encontrar a palavra ou frase perfeita antes de dizer algo ou responder a alguém. |
| | | | | 41. Tenho rituais mentais além de verificação ou balanceamento. Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz “em sua cabeça”. Por favor, marque este item |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | somente se estes rituais mentais estiverem especificamente relacionados a obsessões de simetria, exatidão ou percepções de “estar-legal”. |
| | | | | 42. Evito certas ações, pessoas ou coisas para prevenir a ocorrência de obsessões e compulsões sobre simetria ou exatidão. Por exemplo, não olhar para certas coisas na casa porque elas certamente irão desencadear obsessões ou compulsões de ordenação/arranjo ou exatidão. |

B. Avaliação da gravidade das Obsessões e Compulsões de Simetria, Ordem, Contagem e Arranjo.

Primeiro verifique se você marcou qualquer um dos itens do número 31 ao número 42 na lista de sintomas.

Você marcou algum destes itens (31 a 42)?

() Sim () Não

Se você circulou “não”, passe para a próxima sessão (sessão IV), em “Obsessões de Contaminação e Compulsões de Limpeza

Se você circulou “sim”, qual destes sintomas mais lhe incomodou durante a última semana? _____

(Escreva o número do item)

Agora tente pensar *somente* nestas obsessões e compulsões relacionadas a simetria, ordem, contagem e arranjo (itens 31 a 42) enquanto responde as próximas questões.

- Quão grave estas obsessões e compulsões foram na última semana?** Avalie a gravidade dos sintomas de 1 a 10, sendo “10” o mais grave e “1” o melhor (menos grave) desde que você começou a ter estes sintomas. _____ Avaliação (1-10)
- Você acha que evita certas situações, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões?** Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões. (itens 31 a 42)
- Quanto do seu tempo é ocupado por estas obsessões e compulsões?** Ou quão freqüentemente estes pensamentos e compulsões ocorrem? Certifique-se de que incluiu o tempo gasto com comportamentos de evitação.

Pior fase

Atual

0= Nenhum

1= **Raramente**, presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.

2= **Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia** – intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia).

- 3= **Freqüentemente, 1 a 3 horas/dia** – freqüente intrusão, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia).
- 4= **Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia** – intrusão muito freqüente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia).
- 5= **Sempre, mais do que 8 horas/dia** – intrusão quase constante de obsessões, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (muitos sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem várias obsessões, compulsões e/ou evitação).

4. **Quanto incomodo (ansiedade, culpa, um grande sentimento de medo ou um sentimento de exaustão) estas obsessões e compulsões relacionadas causam?** Pode ser útil perguntar: quanto incomodo você sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Quanto incomodo você sente por ter que repetir suas compulsões várias vezes? Como você se sentiria se encontrasse algo (pessoa, lugar ou coisa) que estivesse evitando? Considere somente incomodo ou desconforto que pareça relacionado aos sintomas (obsessões, necessidade de realizar compulsões ou ao incomodo associado a evitação) dessa dimensão (simetria, ordem, contagem e arranjo).

- | Pior fase | Atual | |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 0= Nenhum incomodo |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1= Mínimo – quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2= Médio – algum incomodo presente, mas não muito. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3= Moderado – incomoda, mas ainda é tolerável. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4= Grave – incomoda muito. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5= Extremo – incomodo quase constante e muito intenso. |

5. Quanto estas obsessões e compulsões relacionadas interferem em sua vida familiar, relações com amigos ou habilidade de realizar bem suas atividades no trabalho ou na escola? Há alguma coisa que você não possa fazer por causa dessas obsessões ou compulsões relacionadas? Quanto esses sintomas incomodam outras pessoas e afetam suas relações com elas? Se você evita coisas por causa destes pensamentos, inclua a interferência resultante desta evitação. Se você não está atualmente estudando ou trabalhando, quanto sua performance seria afetada se você estivesse trabalhando ou estudando?

- | Pior fase | Atual | |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 0= Nenhuma interferência |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1= Mínima , leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2= Média , alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3= Moderada , interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4= Interferência Grave , causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5= Interferência Extrema , incapacitante. |

Dimensão IV – Obsessões de Contaminação e Compulsão de Limpeza

A. Lista de sintomas

| Nunca | Passado | Atual (última semana) | Idade de Início | Preocupações com Contaminação e Compulsões de Limpeza |
|--------------|----------------|--------------------------------------|--------------------------------|--|
| | | | | 43. Tenho obsessões com sujeira ou micróbios. Por exemplo, medo de pegar germes sentando em determinadas cadeiras, cumprimentando alguém, tocando em maçanetas. |
| | | | | 44. Tenho preocupação excessiva com, ou nojo de excrementos ou secreções do corpo. (ex.: urina, fezes, saliva, vômito). Por exemplo, medo de entrar em contato com vômito, urina, fezes, sêmen, secreção, vagina, suor (de si próprio ou de outra pessoa). |
| | | | | 45. Tenho preocupação excessiva com contaminações provenientes do ambiente (ex. resíduos tóxicos, radiações). Por exemplo, medo de ser contaminado por asbestos ou radônio; medo de substâncias radioativas (por exemplo, o cézio 137); medo de coisas associadas com cidades contendo lixo atômico. Medo de ser contaminado por poluição. |
| | | | | 46. Tenho obsessões por insetos ou animais. Por exemplo, medo de ser contaminado por moscas ou ao entrar em contato com cachorros, gatos ou outros animais. |
| | | | | 47. Fico incomodado com substâncias viscosas ou resíduos. Por exemplo, nojo de fitas adesivas, cola ou substâncias pegajosa que possam conter ou não contaminantes. |
| | | | | 48. Fico preocupado em pegar doenças por contaminação. Por exemplo, medo de ficar doente como um resultado direto de ser contaminado. Isto pode incluir medo de contrair doenças específicas como AIDS ou câncer, especificamente por causa de contaminação. |
| | | | | 49. Tenho lavagem excessiva ou ritualizada das mãos. Por exemplo, necessidade de lavar repetidamente as mãos por causa de preocupações com sujeira ou germes ou porque você não sente que suas mãos estão limpas o suficiente. Frequentemente se esta seqüência de lavagem de mãos é interrompida, todo o processo tem que ser reiniciado. O ritual pode envolver a necessidade de lavar as mãos um certo número de vezes ou ter que lavá-las de uma maneira específica. |
| | | | | 50. Tomo duchas, banhos, escovação dos dentes ou rotinas diárias de higiene pessoal compulsivas ou excessivas. Por exemplo, as atividades de higiene no banheiro podem precisar ser realizadas de acordo com uma ordem específica. Você pode precisar de uma quantidade excessiva de papel higiênico. Frequentemente, caso a rotina de lavagem ou limpeza seja |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | interrompida, é preciso começar tudo de novo. |
| | | | | 51. Tenho preocupação excessiva ou nojo de itens na casa ou objetos inanimados. Por exemplo, preocupação ou medo de ser contaminado (a) por torneiras, vasos sanitários, pisos, utensílios de cozinha, produtos de limpeza e solventes. Além disso, sentir nojo da ideia de entrar em contato com qualquer um destes itens. |
| | | | | 52. Tenho compulsões que envolvem limpeza excessiva de móveis da casa ou de objetos inanimados. Por exemplo, limpeza excessiva de brinquedos, roupas, material escolar, torneiras, cozinha, banheiros, cão e utensílios domésticos. |
| | | | | 53. Tenho rituais mentais além de verificação. Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz “na sua cabeça”. Por favor, marque este item somente se estes rituais estiverem especificamente relacionados com preocupações com contaminação. |
| | | | | 54. Tomo medidas para prevenir ou evitar/remover o contato com substâncias que podem causar contaminação. Evito fazer certas coisas ou ir a certos lugares por causa das preocupações com contaminação. Por exemplo, pedir para membros da família que removam inseticidas, lixo, latas de gasolina, carne crua, tintas, verniz, medicamentos do armário de remédios, ou limpem a sujeira dos animais domésticos se você não pode evitar estas coisas. Pedir para os familiares abrirem portas, ou usar luvas ou lenços de papel ou toalhas de mão pra evitar o contato direto com certas coisas. Não utilizar banheiros públicos, na usar toalhas de hotéis ou não apertar as mãos de outras pessoas (cumprimentos). |

B. Avaliação de gravidade das Obsessões de Contaminação e Compulsões de Limpeza

Primeiro verifique se você marcou qualquer um dos itens do número 43 ao número 54 na lista de sintomas.

Você marcou algum destes itens (43 a 54)?

() Sim () Não

Se você circulou “não”, passe para a próxima sessão (Dimensão V), em “Obsessões e Compulsões de Coleccionismo”

Se você circulou “sim”, qual destes sintomas mais lhe incomodam durante a ultima semana?

(Escreva o número do item)

Agora tente pensar *somente* nestas obsessões e compulsões relacionadas sobre contaminação e compulsões de limpeza (itens 43 a 54) enquanto responde as próximas questões.

- 1. Quão grave estas obsessões e compulsões foram na última semana?** Avalie a gravidade dos sintomas de 1 a 10, sendo “10” o mais grave e “1” o melhor (menos grave) desde que você começou a ter estes sintomas. _____ Avaliação (1-10).

2. **Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões?** Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões (item 43 a 54).
3. **Quanto de seu tempo é ocupado por estas obsessões e compulsões?** Ou quão freqüentemente estes pensamentos e compulsões ocorrem? Certifique-se de que incluiu o tempo gasto com comportamentos de evitação.

| Pior fase | Atual | |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 0=Nenhum |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1= Raramente , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2= Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia – intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre mais do que 5 vezes por dia). |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3= Freqüentemente, 1 a 3 horas/dia – freqüente intrusão, necessidade de realizar compulsões, ou comportamentos de evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia, mas muitas horas do dia são livres destas obsessões, compulsões ou comportamento de evitação). |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4= Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia – Intrusão muito freqüente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia). |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5= Sempre, mais do que 8 horas/dia – Intrusão quase constante de obsessões, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (muitos sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem várias obsessões, compulsões e /ou evitação). |

4. **Quanto incomodo (ansiedade, culpa, um grande sentimento de medo ou um sentimento de exaustão) estas obsessões e compulsões relacionadas causam?** Pode ser útil perguntar: quanto incomodo você sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Quanto incomodo você sente por ter que repetir suas compulsões várias vezes? Como você se sentiria se encontrasse algo (pessoa, lugar ou coisa) que estivesse evitando? Considere somente incômodo ou desconforto que pareça relacionado aos sintomas (obsessões, necessidade de realizar compulsões ou ao incômodo associado a evitação) dessa dimensão (obsessões de contaminação e compulsões de limpeza).

| Pior fase | Atual | |
|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 0=Nenhum incômodo |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1=Mínimo – quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2=Médio – algum incômodo presente, mas não muito. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3= Moderado – incomoda, mas ainda é tolerável |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4= Grave – incomoda muito |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5= Extremo – incômodo quase constante e muito intenso. |

5. **Quanto estas obsessões e compulsões relacionadas interferem em sua vida familiar, relações com amigos ou habilidade de realizar bem suas atividades no trabalho ou na escola?** Há alguma coisa que você não possa fazer por causa dessas obsessões ou

compulsões relacionadas? Quanto esses sintomas incomodam outras pessoas e afetam sua relação com elas? Se você evita coisas por causa destes pensamentos, por favor inclua a interferência resultante desta evitação. Se você não está atualmente estudando ou trabalhando, quanto sua performance seria afetada se você estivesse trabalhando ou estudando?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|--|
| Pior fase | Atual | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 0=Nenhuma interferência |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1=Mínima , leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2=Média , alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3=Moderada , interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4= Interferência Grave , causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5= Interferência Extrema , incapacitante. |

Dimensão V – Obsessões e Compulsões de Coleccionismo

A. Lista de Sintomas

| Nunca | Passado | Atual (Última semana) | Idade de Início | Coleccionismo |
|-------|---------|-----------------------|-----------------|---|
| | | | | 55. Tenho obsessões sobre a necessidade de colecionar e guardar coisas para o futuro. Por exemplo, medo de jogar coisas fora (papéis, documentos, recibos, etc.) pela possibilidade de precisar delas no futuro. |
| | | | | 56. Tenho obsessões sobre jogar coisas fora. Por exemplo, manter muitas coisas guardadas por seus valores sentimentais, ou por causa de uma necessidade incontrolável de colecionar coisas. |
| | | | | 57. Tenho obsessões sobre perder coisas. Por exemplo, preocupações sobre perder um objeto insignificante ou sem importância como um pedaço de papel. |
| | | | | 58. Tenho dificuldade em decidir quando guardar ou não algo. Por exemplo, pego objetos sem nenhuma razão em especial e guardo-os porque não consigo decidir se devo ou não jogá-los fora. |
| | | | | 59. Tenho compulsões de guardar ou colecionar objetos. Por exemplo, ter quartos cheios de jornais velhos, anotações, latas, toalhas de papel, embalagens e garrafas vazias. Não conseguir jogar estas coisas fora por medo de que possa precisar delas algum dia. Você também pode pegar objetos de rua ou de lixeiras. |
| | | | | 60. Tenho rituais mentais referentes a guardar ou colecionar objetos. Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz “em sua cabeça” como pensar um bom pensamento após um |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | “mau” pensamento ou necessidade de manter listas que tem de ser lembradas em uma determinada ordem. Por favor, marque este item somente se estes rituais estiverem especificamente relacionadas com obsessões de colecionismo. |
| | | | | 61. Evito certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir compulsões de colecionismo. Por exemplo, não passar por certas lojas ou supermercados, ou não ler o jornal. Pedir a outra pessoa para limpar seu armário e/ou jogar suas coisas fora. |

B. Avaliação de gravidade de Sintomas de Colecionismo

Primeiro verifique se você marcou qualquer um dos itens do número 55 ao número 61 na lista de sintomas.

Você marcou algum destes itens (55 a 61)?

() Sim () Não

Se você circulou “não”, passe para a próxima sessão (Dimensão VI), em “Obsessões e Compulsões Diversas”

Se você circulou “sim”, qual destes sintomas mais lhe incomodou durante a última semana?

_____ (Escreva o número do item)

Agora tente pensar *somente* nestas obsessões e compulsões relacionadas a colecionismo (itens 55 a 61) enquanto responde as próximas questões.

- Quão grave estas obsessões e compulsões foram na última semana?** Avalie a gravidade dos sintomas de 1 a 10, sendo “10” o mais grave e “1” o melhor (menos grave) desde que você começou a ter estes sintomas. _____ Avaliação (1-10).
- Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões?** Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões (itens 55 a 61).

- Quanto de seu tempo é ocupado por estas obsessões e compulsões? Ou quão frequentemente estes pensamentos e compulsões ocorrem? Certifique-se de que incluiu o tempo gasto com comportamentos de evitação.

Pior fase

Atual

0=Nenhum

1=**Raramente**, presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.

2=**Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, menos do que 1 hora/dia** – Intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)

- 3=Frequentemente, 1 a 3 horas/dia** – freqüente intrusão, necessidade de realizar compulsões, ou comportamentos de evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia, mas muitas horas do dia são livres destas obsessões, compulsões ou comportamentos de evitação).
- 4=Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia** – Intrusão muito freqüente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia).
- 5=Sempre, mais do que 8 horas/dia** – Intrusão quase constante de obsessões, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (muitos sintomas para serem contados e raramente uma hora se passam sem várias obsessões, compulsões e/ou evitação).

4. **Quanto incômodo (ansiedade, culpa, um grande sentimento de medo ou um sentimento de exaustão) estas obsessões e compulsões relacionadas causam?** Pode ser útil perguntar: quanto incômodo você sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Quanto incômodo você sente por ter que repetir suas compulsões várias vezes? Como você se sentiria se encontrasse algo (pessoa, lugar ou coisa) que estivesse evitando? Considere somente incômodo ou desconforto que pareça relacionado aos sintomas (obsessões e compulsões de colecionismo).

- | Pior fase | Atual | |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 0=Nenhum incômodo. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1=Mínimo – quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2=Médio – algum incômodo presente, eles incomodam minimamente. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3=Moderado – incomoda, mas ainda é tolerável. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4=Grave – incomoda muito. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5=Extremo – incômodo quase constante e muito intenso. |

5. **Quanto estas obsessões e compulsões relacionadas interferem em sua vida familiar, relações com amigos ou habilidade de realizar bem suas atividades no trabalho ou na escola?** Há alguma coisa que você não possa fazer por causa dessas obsessões ou compulsões relacionadas? Quanto esses sintomas incomodam outras pessoas e afetam suas relações com elas? Se você não está atualmente estudando ou trabalhando, quanto sua performance seria afetada se você estivesse trabalhando ou estudando?

- | Pior fase | Atual | |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 0=Nenhuma interferência. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1=Mínima , leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2=Moderada , interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais, mas ainda tolerável. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3=Moderada , interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda é tolerável. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4=Interferência Grave , causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5=Interferência Extrema , incapacitante. |

Dimensão VI – Obsessões e Compulsões Diversas**A. Lista de Sintomas**

| Nunca | Passado | Atual (Última semana) | Idade de início | Obsessões e Compulsões Diversas |
|-------|---------|-----------------------------|-----------------------|---|
| | | | | 62. Tenho preocupações com doença ou enfermidade. Por exemplo, medo de ter doenças como câncer, cardiopatias, AIDS, apesar dos médicos terem descartado a possibilidade. Separar essas preocupações das preocupações associadas ao medo de contaminação. |
| | | | | 63. Tenho rituais de verificação relacionadas com obsessões sobre doenças. Por exemplo, procurar reassegurar-se com amigos ou médicos de que não tem uma séria doença como cardiopatias ou um tumor no cérebro ou alguma outra forma de câncer. Checar repetidamente partes do corpo ou tomar o pulso compulsivamente, assim como sua pressão sanguínea ou temperatura. |
| | | | | 64. Tenho rituais mentais além de verificação. Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz “em sua cabeça”. Por favor, marque este item somente se estes rituais mentais estiverem especificamente relacionados às obsessões sobre doenças. |
| | | | | 65. Evito certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir a ocorrência de obsessões e compulsões sobre doenças. Por exemplo, não passar dirigindo por um hospital porque isto provoca pensamentos sobre doenças. |
| | | | | 66. Tenho necessidade de saber ou recordar certas coisas. Por exemplo, precisar lembrar coisas insignificantes como números de placas de carros, adesivos, “slogans” de camisetas. |
| | | | | 67. Tenho medos supersticiosos. Por exemplo, medo de passar por um cemitério, por um carro funerário, por um gato preto, passar debaixo de uma escada, quebrar um espelho ou medo de profecias associadas com a morte. |
| | | | | 68. Tenho comportamentos supersticiosos. Por exemplo, não pegar um ônibus ou trem se seu número for um número de azar como o treze. Ser relutante em sair de casa no dia treze do mês. Você pode jogar fora roupas que usou quando passou por uma casa funerária ou cemitério. |
| | | | | 69. Tenho números de sorte e de azar. Por exemplo, preocupações com certos números como treze, ter que realizar atividades um determinado número mágico de vezes, ou ter que iniciar uma atividade somente em uma hora de sorte do dia. Outro exemplo é evitar números que poderiam trazer azar. |
| | | | | 70. Tenho obsessões e/ou compulsões sobre cores com significado especial. Por exemplo, preto pode ser associado com morte, vermelho pode ser associado com sangue ou ferimentos. |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | Você pode evitar o uso de objetos desta cor. |
| | | | | 71. Ouço sons, nomes, palavras ou músicas intrusivas e sem sentido invadem a minha mente. Por exemplo, escutar palavras, canções ou músicas que vem à mente e não consegue pará-las. Ficar preso ao som de certas palavras ou músicas. |
| | | | | 72. Imagens intrusivas (não violentas) que vêm a minha mente. Por exemplo, ter imagens como cenas neutras. Fica vidrado, fixado em detalhes visuais de certas figuras. |
| | | | | 73. Evito certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir qualquer uma destas obsessões e compulsões diversas. Por exemplo, não passar por locais com muito barulho ou não escrever certos números. |
| | | | | 74. Fico paralisado realizando comportamentos repetitivos e isso lentifica as minhas ações. Por exemplo, tomar banho, vestir-se ou ir para casa são atividades que tomam horas do dia. Outros podem ficar paralisados comendo ou falando, e estas atividades tomam muito mais tempo do que o necessário. |
| | | | | 75. Faço listas mais do que preciso. Fazer muitas listas de coisas ou atividades. |
| | | | | 76. Tenho obsessões sobre a possibilidade de ser separado de um familiar próximo. Por exemplo, preocupações de que algo terrível pode acontecer a um de seus pais, ou criança, ou namorado (a) e que em decorrência disto você nunca mais poderá vê-los novamente. |
| | | | | 77. Tenho compulsões ou rituais realizados para prevenir a perda de alguém (ou ser separado de alguém) muito querido. Por exemplo, seguir essa pessoa especial de aposento em aposento, ou telefonar diversas vezes; ter que rezar ou realizar rituais específicos para evitar que coisas más aconteçam a alguém. |
| | | | | 78. Tenho obsessões de que posso me tornar uma pessoa em particular. Por exemplo, ter um pensamento de que você pode se tornar uma pessoa em particular ou vir a ser outra pessoa; medo de que uma parte de seu corpo não pertença a você. |
| | | | | 79. Tenho compulsões para me livrar de pensamentos sobre me tornar uma outra pessoa. Por exemplo, empurrar os pensamentos para longe ou realizar algum ritual para se livrar estes pensamentos. |
| | | | | 80. Tenho rituais de olhar fixamente ou piscar. Por exemplo, necessidade de olhar algo até que seus contornos pareçam “estar legais”, ou “ter que” olhar para as coisas de uma determinada maneira por um determinado tempo. |
| | | | | 81. Tenho necessidade de repetir algo que eu ou outra pessoa tenha dito. Pode ser uma determinada palavra que você não consegue tirar da cabeça ou pode ser o final de uma frase que você acabou de dizer ou ouviu alguém dizer. |
| | | | | 82. Tenho preocupação excessiva com certas partes do corpo ou com a aparência física. Por exemplo, preocupação com a |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | aparência, segurança ou funcionamento do rosto, orelhas, nariz, olhos ou alguma outra parte do corpo |
| | | | | 83. Verifico coisas relacionadas a obsessões sobre aparência. Por exemplo, procuro reasseguramento sobre a aparência com amigos. Verificar repetidamente se há odores em seu corpo ou verificar a aparência (rosto ou outros pontos do corpo) procurando por aspectos feios. Necessidade de se arrumar continuamente ou comprar alguns aspectos de seu corpo com os do corpo de outra pessoa; você pode ter que vestir certas roupas em determinados dias. Ser obcecado com o peso. |
| | | | | 84. Tenho obsessões sobre comida. Por exemplo, preocupação excessiva com receitas, calorias e/ou dietas. |
| | | | | 85. Tenho obsessões e/ou compulsões sobre exercícios físicos. Por exemplo, obsessões com a necessidade de fazer exercícios para queimar calorias. As compulsões relacionadas incluem exercícios que devem seguir certas regras ou ter uma determinada duração. |
| | | | | 86. Tenho rituais de alimentação. Por exemplo, ter que arranjar/arrumar a comida, faca e garfo em uma determinada ordem antes de comer. “Ter que” comer de acordo com um ritual rígido, ou ter que esperar para comer até que os ponteiros de um relógio estejam marcando uma determinada hora. |
| | | | | 87. Arranco cabelo (Tricotilomania). Por exemplo, puxar os cabelos do couro cabeludo, os cílios, a sobrancelha ou os pelos púbicos. Pode usar os dedos ou pinças para puxar os pelos. Frequentemente esse comportamento envolve procurar pelo “cabelo certo”, remover o folículo ou morder o cabelo. Causar clareiras (falhas na cabeça) que exijam o uso de uma peruca ou arrancar os cílios e sobrancelhas completamente. |
| | | | | 88. Cutuco a pele ou outros comportamentos de automutilação (obsessões e compulsões). Por exemplo, cutucar a pele em volta das unhas ou próxima a machucados. Machucar a si mesmo ou piorar os machucados. |
| | | | | Outro sintoma. |

B. Avaliação de gravidade das Obsessões e Compulsões Diversas

Primeiro verifique se você marcou qualquer um dos itens do número 62 ao número 88 na lista de sintomas.

Você marcou algum dests itens (62 ao 88)?

() Sim () Não

Se você circulou “sim”, qual destes sintomas mais lhe incomodou durante a última semana? _____ (Escreva o número do item).

Agora tente pensar *somente* nestas obsessões e compulsões diversas (itens 62 ao 88) enquanto responde as próximas questões.

1. **Quão grave estas obsessões e compulsões foram na última semana?** Avalie a gravidade dos sintomas de 1 a 10, sendo “10” o mais grave e “1” o melhor (menos grave) desde que você começou a ter estes sintomas. _____ Avaliação (1-10)
2. **Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais, ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões?** Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões (itens 62 a 88)

3. **Quanto de seu tempo é ocupado por estas obsessões e compulsões?** Ou quão frequentemente estes pensamentos ocorrem? Certifique-se de que incluiu o tempo gasto com comportamentos de evitação.

| Pior fase | Atual | |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 0=Nenhum |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1=Raramente , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2=Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia – intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia). |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3=Freqüentemente, 1 a 3 horas/dia – freqüente intrusão, necessidade de realizar compulsões, ou comportamentos de evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia, mas muitas horas do dia são livres destas obsessões, compulsões ou comportamentos de evitação). |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4=Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia – intrusão muito freqüente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5=Sempre, mais do que 8 horas/dia – intrusão quase constante de obsessões, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (muitos sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem várias obsessões, compulsões e/ou evitação). |

4. **Quanto incômodo (ansiedade, culpa, um grande sentimento de medo ou um sentimento de exaustão) estas compulsões relacionadas causam?** Pode ser útil perguntar: quanto incômodo você sente por ter que repetir suas compulsões várias vezes? Como você se sentiria se encontrasse algo (pessoa, lugar ou coisa) que estivesse evitando? Considere somente incômodo ou desconforto que pareça relacionado aos sintomas dessa dimensão (obsessões, necessidade de realizar compulsões ou ao incômodo associado à evitação).

| Pior fase | Atual | |
|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 0=Nenhum incômodo |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1=Mínimo – quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2=Médio – algum incômodo presente, mas não muito. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3=Moderado – incomoda, mas ainda é tolerável. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4=Grave – incomoda muito. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5=Extremo - incômodo quase constante e muito intenso. |

5. **Quanto estas obsessões e compulsões relacionadas interferem em sua vida familiar, relações com amigos ou habilidade de realizar bem suas atividades no trabalho ou na escola?** Há alguma coisa que você não possa fazer por causa dessas obsessões ou compulsões relacionadas? Quanto esses sintomas incomodam outras pessoas e afetam suas relações com elas? Se você evita coisas por causa destes pensamentos, inclua a interferência resultante dessa evitação. Se você não está atualmente estudando ou trabalhando, quanto sua performance seria afetada se você estivesse trabalhando ou estudando?

| Pior fase | Atual | |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 0= Nenhuma interferência |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1= Mínima , leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2= Média , alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3= Moderada , interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mais ainda tolerável. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4= Interferência Grave , causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5= Interferência Extrema , incapacitante. |

Avaliação Clínica de Prejuízo

Finalmente, gostaríamos que você pensasse sobre quanto prejuízo estes sintomas têm causado à auto-estima do paciente, à sua habilidade de lidar com as dificuldades e ao funcionamento social e profissional. Por favor, escolha o melhor valor entre 0-15, incluindo os que estão entre os pontos de corte abaixo.

| Pior fase | Atual | |
|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 0 NADA. Nenhum prejuízo causado pela presença de sintomas obsessivo-compulsivo. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3 MÍNIMO. Obsessões e compulsões associadas com súbitas dificuldades na auto-estima, vida social, aceitação social, ou funcionamento escolar ou profissional (desconforto ou preocupações ocasionais sobre as obsessões e compulsões em situações futuras, periódicas). Leve aumento nas tensões familiares por causa das obsessões e compulsões. Amigos ou conhecidos podem ocasionalmente perceber ou comentar sobre as obsessões e compulsões de uma maneira desconcertada. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 6 LEVE. As obsessões e compulsões estão associadas a alguns problemas evidentes na auto-estima, na vida familiar, na aceitação social ou no funcionamento acadêmico ou profissional. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 9 MODERADO. As obsessões e compulsões estão associadas a alguns problemas evidentes na auto-estima, na vida familiar, na aceitação social ou no funcionamento acadêmico e profissional. Episódios de disforia, períodos de tensão ou desavenças familiares, choros freqüentes de pares ou evitações sociais episódicas. Interferência periódica na escola ou na performance profissional por causa das obsessões e/ou das compulsões. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 12 MARCADO. As obsessões e compulsões estão associadas com dificuldades importantes na auto-estima, na vida familiar, aceitação social e funcionamento acadêmico e profissional. |

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

ANEXO I: Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder – Interviewer-Rated (FAS-IR)

ESCALA DE ACOMODAÇÃO FAMILIAR PARA TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO PONTUADO PELO ENTREVISTADOR (FAS-IR)

Nome: _____
 Relação de parentesco com o paciente: _____

INSTRUÇÕES GERAIS PARA O FAMILIAR:

“O propósito (motivo) desta entrevista é verificar as maneiras como você pode estar modificando seus comportamentos ou rotinas para acomodar os sintomas do(a) (nome do paciente). Durante esta entrevista, eu vou primeiramente perguntar sobre os sintomas obsessivo-compulsivos que o(a) (nome do paciente) tem apresentado, e depois vou perguntar sobre a maneira como você reage a esses sintomas. Esta entrevista vai durar aproximadamente 30 minutos. Se, durante a entrevista, em qualquer momento, você não tiver certeza sobre o que eu estou perguntando a você, por favor, me fale, e eu tentarei esclarecer a questão para você.”

RELATÓRIO DO FAMILIAR SOBRE OS SINTOMAS DO PACIENTE

INSTRUÇÕES PARA O FAMILIAR:

“Eu vou definir obsessões, compulsões e outros sintomas relacionados ao TOC, e vou perguntar se o(a) (nome do paciente) tem apresentado algum desses sintomas durante a última semana.” *(Leia a descrição de cada sintoma, marque todas as que se aplicam, e então peça que o familiar descreva os sintomas específicos do paciente. Anote os sintomas específicos na folha intitulada LISTA DE SINTOMAS DO PACIENTES.*

OBSESSÕES

“Obsessões são ideias acompanhadas de aflição, pensamentos, imagens ou impulsos que entram na mente da pessoa de forma repetida e parecem ocorrer contra a sua vontade. Os pensamentos podem ser repugnantes ou assustadores, ou podem parecer sem sentido para a pessoa que os experimenta. Agora vou revisar a lista dos diferentes tipos de obsessões comuns ao TOC. Por favor, me diga se o(a) (nome do paciente) apresentou alguma dessas obsessões durante a última semana.”

_____ **OBSESSÕES DE CONTEÚDO AGRESSIVO**

“Durante a última semana, o(a) (nome do paciente) experimentou obsessões envolvendo medo de machucar a si próprio ou a outros, roubar coisas, dizer impulsivamente obscenidades ou insultos, agir sob impulsos indesejados ou fazer algo que cause embaraço? O(A) (nome do paciente) teve medo relacionado com a ideia de ser responsável por algo terrível, como, por exemplo, incêndio ou roubo, ou se queixou de ver imagens violentas ou terríveis?”

_____ **OBSESSÕES DE CONTAMINAÇÃO**

“Durante a última semana, o(a) (nome do paciente) apresentou preocupações excessivas ou nojo de secreções ou fluidos corporais, sujeira ou germes? Ele(a) apresentou preocupação excessiva com contaminação por toxinas do meio ambiente, asbestos (venenos), radiação ou lixo tóxico? O(A) (nome do paciente) teve medo de contaminação por alvejantes ou solventes domésticos ou por animais, como, por exemplo, insetos? Ele(a) apresentou desconforto com substâncias gosmentas ou

resíduos e teve medo de contrair doença por causa da contaminação ou se preocupou em contaminar outros?”

_____ OBSESSÕES SEXUAIS

“Durante a última semana, o(a) (nome do paciente) apresentou obsessões envolvendo pensamentos, imagens ou impulsos sexuais impróprios ou proibidos, ou ele(a) teve pensamentos incestuosos repetidos de (fazer sexo com familiares próximos) envolvimento sexual com crianças, ou comportamento sexual agressivo em relação a outros?”

_____ OBSESSÕES DE GUARDAR/PERDER

“Durante a última semana, o(a) (nome do paciente) teve obsessões de guardar coisas ou um medo infundado de perder alguma coisa de valor?”

_____ OBSESSÕES RELIGIOSAS

“Durante a última semana, o(a) (nome do paciente) apresentou obsessões envolvendo pensamentos desrespeitosos, de cometer sacrilégios ou de dizer blasfêmias? Ele(a) apresentou preocupação excessiva quanto ao certo e errado?”

_____ OBSESSÕES ENVOLVENDO SIMETRIA OU EXATIDÃO

“Durante a última semana, o(a) (nome do paciente) apresentou obsessões relacionadas à necessidade dos objetos estarem simétricos (perfeitos) ou exatamente no lugar certo? Ele(a) insiste que certos itens não sejam movidos ou tocados – por exemplo, precisa que as comidas enlatadas estejam alinhadas ou que as roupas estejam organizadas alfabeticamente (de uma certa maneira, por cor, tamanho, etc.)?”

_____ OBSESSÕES SOMÁTICAS (DE DOENÇA)

“Durante a última semana, o(a) (nome do paciente) apresentou preocupações excessivas relacionadas com doenças (como AIDS ou câncer)?”

_____ OBSESSÕES DIVERSAS

“Durante a última semana, o(a) (nome do paciente) demonstrou uma necessidade excessiva de saber ou lembrar, medo de perder objetos, obsessões quanto a dizer certas coisas ou não dizer exatamente a coisa certa, um desconforto com certos sons ou barulhos, ou teve pensamentos relacionados com números de sorte ou azar?”

COMPULSÕES

“Compulsões são definidas como comportamentos ou atos que a pessoa se sente pressionada a fazer, embora reconheça que são sem sentido ou excessivos. Pode ser difícil ou provocar ansiedade em uma pessoa caso ela resista a esses comportamentos.”

“Agora vou revisar uma lista de diferentes tipos de compulsões comuns ao TOC. Por favor, me diga se o(a) (nome do paciente) apresentou alguma dessas compulsões durante a última semana.”

_____ COMPULSÕES DE LIMPEZA/LAVAGEM

“Durante a última semana, o(a) (nome do paciente) se envolveu de modo excessivo ou ritualizado no ato de lavar as mãos, em duchas, banhos, escovação de dentes, pentear os cabelos ou rotinas de limpeza? Ele(a) fez limpeza excessiva de itens domésticos ou outros objetos inanimados (sem vida), ou se envolveu em outras medidas para remover ou prevenir contato com contaminantes?”

_____ COMPULSÕES DE VERIFICAÇÃO

“Durante a última semana, o(a) (nome do paciente) verificou excessivamente fechaduras, trancas, fogão, eletrodomésticos ou outros itens? Ocupou-se em verificar para confirmar que não machucou ou machucará a si mesmo ou a outros, que nada terrível aconteceu ou acontecerá, ou que não cometeu nenhum erro? O(A) (nome do paciente) realizou verificações relacionadas a medo de doenças ou contaminação?”

_____ RITUAIS DE REPETIÇÃO

“Durante a última semana, o(a) (nome do paciente) teve de reler ou reescrever ou repetiu atividades rotineiras, por exemplo sentar e levantar de uma cadeira?”

_____ COMPULSÕES DE CONTAGEM

“Durante a última semana, o(a) (nome do paciente) apresentou compulsões envolvendo a contagem de objetos (por exemplo, contando azulejos do piso, livros na prateleira ou palavras em uma frase)?”

_____ COMPULSÕES DE ORDEM/ARRANJO

“Durante a última semana, o(a) (nome do paciente) apresentou compulsões envolvendo ordenar ou arrumar objetos (por exemplo, alinhamento excessivo de papéis em uma mesa, ajustamento de móveis ou porta retratos)?”

_____ COMPULSÕES DE COLECIONAR/GUARDAR

“Durante a última semana, o(a) (nome do paciente) se envolveu em juntar coisas (como, por exemplo, jornais velhos ou correspondência sem valor) ou colecionar outras coisas?”

_____ COMPULSÕES VARIADAS

“Durante a última semana, o(a) (nome do paciente) se envolveu em rituais mentais, como fazer listas excessivas, medidas para prevenir danos a si mesmo ou aos outros ou prevenir consequências terríveis, ou evidenciou a necessidade de contar, perguntar ou confessar alguma coisa?”

OUTROS PROBLEMAS RELACIONADOS AO TOC

_____ EVITAÇÃO

“Durante a última semana, o(a) (nome do paciente) evitou fazer coisas, ir a locais ou estar com pessoas por causa de pensamentos obsessivos ou devido a preocupações de que poderia realizar atos compulsivos?”

_____ INDECISÃO

“Durante a última semana, o(a) (nome do paciente) apresentou dificuldades em tomar decisões sobre coisas que outras pessoas possivelmente não pensariam duas vezes: por exemplo, que roupas vestir de manhã ou que marca de cereal comprar?”

_____ SENSO DE RESPONSABILIDADE SUPERVALORIZADO

“Uma pessoa com TOC pode se sentir muito responsável pelas consequências de suas ações e assumir a culpa por resultados de eventos que não estão completamente sob seu controle. O(A) (nome do paciente) exibiu um senso de responsabilidade excessiva durante a última semana?”

_____ LENTIDÃO/PERTURBAÇÃO DE INÉRCIA (ficar parado)

“Alguns pacientes com TOC têm dificuldades para começar ou terminar tarefas. Muitas atividades rotineiras levam muito mais tempo do que deveriam. O(A) (nome do paciente) teve esse tipo de dificuldade com alguma tarefa rotineira durante a última semana?”

_____ DÚVIDA PATOLÓGICA (excessiva)

“Alguns pacientes com TOC têm dúvidas se eles fizeram uma atividade corretamente ou se de fato a fizeram. Ao realizar atividades rotineiras, podem achar que não confiam nos seus sentidos, ou seja, não acreditam no que veem, ouvem ou tocam. O(A) (nome do paciente) teve esse tipo de dúvida durante a última semana?”

LISTA DE SINTOMAS DO PACIENTE

(Descreva os sintomas relatados pelo familiar e mencione essa lista quando fi zer o restante das perguntas.)

OBSESSÕES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

COMPULSÕES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

OUTROS PROBLEMAS RELACIONADOS AO TOC

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

RELATÓRIO DO FAMILIAR DE COMPORTAMENTOS DE ACOMODAÇÃO

INSTRUÇÕES PARA O MEMBRO DA FAMÍLIA: “Você me contou que o(a) (nome do paciente) tem os seguintes sintomas:

... (rever a lista de sintomas do paciente). Eu, agora, vou perguntar sobre as formas como você tem respondido ao(à) (nome do paciente) e aos seus sintomas durante a última semana.” (Formule exemplos de acomodação para cada pergunta usando os sintomas específicos da lista de sintomas do paciente.)

1. PROVENDO REASSEGURAMENTO (DANDO CONFIANÇA, TRANQUILIZANDO)

“Durante a última semana, quando o(a) (nome do paciente) demonstrou preocupação, medo ou dúvidas relacionadas a obsessões ou compulsões, você tentou tranquilizá-lo, reafirmando que ele(a)

não tem que se preocupar, que não há motivos para suas preocupações ou que os rituais que já realizou resolveram suas preocupações? Exemplos podem incluir dizer ao seu familiar que ele não está contaminado, ou que ele já limpou ou verificou o suficiente.”

“Durante a última semana, em quantas ocasiões você tentou tranquilizar o(a) (nome do paciente) em razão de uma obsessão ou compulsão? (Não inclua exemplos em que você deu um apoio mais geral de que ele(a) vai superar os sintomas ou se sentir melhor logo, ou tranquilizou o(a) paciente sobre assuntos não relacionados ao TOC.)”

N/A = Não se aplica. Paciente não apresentou sintomas de TOC na última semana.

0 = Nenhuma

1 = 1 vez/semana

2 = 2-3 vezes/semana

3 = 4-6 vezes/semana

4 = Todo dia

2. ASSISTINDO AOS RITUAIS DO PACIENTE

“Durante a última semana, você deliberadamente (intencionalmente) assistiu à realização completa dos rituais do(a) (nome do paciente) quando ele solicitou ou porque você imaginou que ele queria que fosse assim?”

“Durante a última semana, quantas vezes você assistiu à realização completa dos rituais do(a) (nome do paciente)? (Não inclua exemplos nos quais você casualmente o viu realizando rituais.)”

N/A = Não se aplica. Paciente não apresentou sintomas de TOC na última semana.

0 = Nenhuma

1 = 1 vez/semana

2 = 2-3 vezes/semana

3 = 4-6 vezes/semana

4 = Todo dia

3. ESPERANDO PELO PACIENTE

“Durante a última semana, você esperou que o(a) (nome do paciente) completasse os comportamentos compulsivos, resultando em interferência nos planos que você tinha feito?”

“Durante a última semana, quantas vezes você esperou pelo(a) (nome do paciente) por causa do TOC?”

N/A = Não se aplica. Paciente não apresentou sintomas de TOC na última semana.

0 = Nenhuma

1 = 1 vez/semana

2 = 2-3 vezes/semana

3 = 4-6 vezes/semana

4 = Todo dia

4. CONTENDO-SE PARA NÃO DIZER OU FAZER COISAS

“Durante a última semana, houve coisas que você não fez ou não disse por causa do TOC do(a) (nome de paciente)? Por exemplo, os familiares podem não entrar em algumas áreas da casa, não ter contato físico com o paciente com TOC, ou podem evitar falar algumas coisas relacionados às obsessões do paciente.”

“Durante a última semana, com que frequência você teve que se reprimir para não dizer ou fazer alguma coisa por causa do TOC que o(a) (nome do paciente) tem?”

N/A = Não se aplica. Paciente não apresentou sintomas de TOC na última semana.

0 = Nenhuma

1 = 1 vez/semana

2 = 2-3 vezes/semana

3 = 4-6 vezes/semana

4 = Todo dia

5. PARTICIPANDO DAS COMPULSÕES

“Durante a última semana, você se envolveu com as compulsões ou comportamentos que você considera estranhos ou sem sentido, porque o paciente pediu ou porque você pensou que o(a) (nome do paciente) iria querer que você fizesse essas coisas? Por exemplo, familiares podem lavar suas mãos mais vezes do que sentem ser necessário (ou de modo ritualizado), ou podem verificar os queimadores (bicos) do fogão repetidamente, mesmo que eles acreditem que os queimadores (bicos) não estão acesos.”

“Durante a última semana, quantas vezes você participou diretamente dos rituais do(a) (nome do paciente), ou de comportamentos que você considera estranhos ou sem sentido?”

N/A = Não se aplica. Paciente não apresentou sintomas de TOC na última semana.

0 = Nenhuma

1 = 1 vez/semana

2 = 2-3 vezes/semana

3 = 4-6 vezes/semana

4 = Todo dia

6. FACILITANDO AS COMPULSÕES

“Houve vezes, na última semana, em que as suas ações tornaram possível ao(a) (nome do paciente) completar seu ritual (sem que você estivesse diretamente envolvido na facilitação dos rituais). Por exemplo, um familiar pode fornecer a um parente com TOC as coisas que ele necessita para realizar os rituais ou compulsões, tais como comprar quantidades excessivas de sabão ou produtos de limpeza. Outros exemplos: dirigir o carro de volta para que o paciente possa verificar se as portas da casa estão trancadas, ou criar um espaço extra na casa para os itens guardados do paciente.”

“Durante a última semana, quantas vezes você fez alguma coisa que ajudasse o(a) (nome do paciente) a completar os rituais? (Não incluir as situações nas quais você participou diretamente dos rituais, como observado na questão anterior (número 5).)”

0 = Nenhuma

1 = 1 vez/semana

2 = 2-3 vezes/semana

3 = 4-6 vezes/semana

4 = Todo dia

7. FACILITANDO A EVITAÇÃO

“Na última semana, você esteve envolvido nos esforços do(a) (nome de paciente) para evitar pessoas, lugares ou coisas? Ou você fez alguma coisa que permitiu a ele(a) evitar? Por exemplo, familiares podem dar desculpas porque o paciente diz que não pode assistir a uma situação social por causa de preocupações relacionadas ao TOC, ou fazem um desvio no trajeto de carro porque o

familiar quer evitar uma área “contaminada”, ou abrem uma porta para que o familiar não tenha que tocar numa “maçaneta contaminada”.

“Durante a última semana, em quantas ocasiões você fez algo que ajudasse o(a) (nome do paciente) a evitar pessoas, lugares ou coisas? (Não incluir as situações nas quais você participou das compulsões ou fez algo que ajudasse seu familiar a completar as compulsões, como observado nas duas últimas questões (números 5 e 6).)”

N/A = Não se aplica. Paciente não apresentou sintomas de TOC na última semana.

0 = Nenhuma

1 = 1 vez/semana

2 = 2-3 vezes/semana

3 = 4-6 vezes/semana

4 = Todo dia

8. TOLERANDO COMPORTAMENTOS ESTRANHOS/ROMPIMENTO DOMÉSTICO

“Durante a última semana, você tolerou comportamentos estranhos do(a) (nome de paciente) (por exemplo, ações repetitivas como entrar e sair de uma porta), ou você tolerou condições incomuns em sua casa por causa do TOC do(a) (nome de paciente) (por exemplo, deixar a casa atravancada por jornais velhos ou ignorar o repetido fechar e abrir das portas)?”

“Durante a última semana, até que ponto você tolerou comportamentos estranhos ou condições incomuns na sua casa por causa do TOC do(a) (nome de paciente)? (Esta pergunta é específica a comportamentos ou condições que você permitiu que ocorram. Não inclua exemplos nos quais você entrou em ação para participar ou facilitar compulsões ou evitações, como observado nas três últimas questões (números 5 a 7).)” (PONTUADO PELO AVALIADOR)

N/A = Não se aplica. Paciente não apresentou sintomas de TOC na última semana.

0 = Não.

1 = Leve; tolerou comportamentos/situações ligeiramente incomuns.

2 = Moderado; tolerou comportamentos/situações que são um tanto incomuns.

3 = Grave; tolerou comportamentos/situações muito incomuns.

4 = Extremo; tolerou comportamentos/situações extremamente aberrantes.

9. AJUDANDO O PACIENTE COM TAREFAS DA VIDA DIÁRIA OU DECISÕES SIMPLES

“Durante a última semana, você ajudou o(a) (nome do paciente) a completar tarefas simples da vida diária ou a tomar decisões simples quando a habilidade de funcionamento dele(a) foi prejudicada pelo TOC? Por exemplo, ajudar ele(a) a se vestir, se banhar ou decidir o que comer?”

“Durante a última semana, em quantas ocasiões você ajudou o(a) (nome do paciente) com tarefas ou decisões simples porque o funcionamento dele(a) estava prejudicado pelo TOC? (Não inclua situações nas quais realizar uma tarefa para seu familiar incluiu fazer algo que o ajudou a evitar um temor relacionado ao TOC (questão 7) ou nas quais tomar uma decisão para seu familiar consistiu em tranquilizá-lo sobre uma preocupação relacionada ao TOC (questão 1).)”

N/A = Não se aplica. Paciente não apresentou sintomas de TOC na última semana.

0 = Nunca

1 = 1 vez/semana

2 = 2-3 vezes/semana

3 = 4-6 vezes/semana

4 = Todo dia

10. ASSUMINDO AS RESPONSABILIDADES DO PACIENTE

“Você assume tarefas que são de responsabilidade do(a) (nome de paciente), mas que ele(a) não pode executar adequadamente por causa do TOC? Exemplos incluem pagar suas contas ou cuidar de seus filhos.”

“Durante a última semana, até que ponto você assumiu responsabilidades do(a) (nome de paciente) devido ao TOC? (Não incluir a realização de tarefas simples da vida diária para seu familiar, como observado na última questão (número 9).)” (PONTUADO PELO AVALIADOR)

N/A = Não se aplica. Paciente não apresentou sintomas de TOC na última semana.

0 = Não.

1 = Leve; ocasionalmente controla uma das responsabilidades do paciente, mas não houve nenhuma mudança significativa no papel dele.

2 = Moderado; assumiu as responsabilidades do paciente em uma área.

3 = Grave; assumiu as responsabilidades de paciente em mais de uma área.

4 = Extremo; assumiu a maioria ou todas as responsabilidades do paciente.

11. MODIFICANDO SUA ROTINA PESSOAL

“Você está atualmente modificando suas atividades de lazer, ou seu trabalho, ou responsabilidades familiares por causa do TOC do(a) (nome de paciente)? Exemplos de mudança da própria rotina incluem passar menos tempo em atividades de convívio social ou exercícios físicos (lazer), ou mudar a sua programação de trabalho para dedicar mais tempo atendendo a pessoa com TOC.”

“Durante a última semana, até que ponto você modificou sua rotina pessoal por causa do TOC do(a) (nome de paciente)?” (PONTUADO PELO AVALIADOR)

N/A = Não se aplica. Paciente não apresentou sintomas de TOC na última semana.

0 = Não.

1 = Leve; rotina levemente modificada, mas foi capaz de cumprir com as responsabilidades da família e/ou do trabalho e de ocupar-se com atividades de lazer.

2 = Moderado; rotina definitivamente modificada em uma área (família, trabalho ou lazer).

3 = Grave; rotina definitivamente modificada em mais de uma área.

4 = Extremo; incapaz de atender às responsabilidades de trabalho ou da família ou de ter qualquer tempo de lazer devido ao TOC do paciente.

12. MODIFICANDO A ROTINA DA FAMÍLIA

“Você está atualmente modificando o que considera uma rotina familiar habitual devido ao TOC do(a) (nome do paciente)? Exemplos incluem alterar os hábitos de cozinhar ou de limpeza da família.”

“Durante a última semana, até que ponto você modificou a rotina familiar devido ao TOC do(a) (nome do paciente)? Em que grau o TOC do seu familiar exigiu mudanças nas atividades ou rotinas da família?” (PONTUADO PELO AVALIADOR)

N/A = Não se aplica. Paciente não apresentou sintomas de TOC na última semana.

0 = Não.

1 = Leve; a rotina familiar foi levemente modificada, mas permaneceu essencialmente inalterada.

2 = Moderado; a rotina familiar foi definitivamente alterada em uma área.

3 = Grave; a rotina familiar foi definitivamente alterada em mais de uma área.

4 = Extremo; a rotina familiar foi alterada na maior parte das áreas ou em todas elas.