

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

JÉSSICA PUCHALSKI TRETTIM

ALIANÇA TERAPÊUTICA E QUALIDADE DE VIDA NO TRATAMENTO PARA O
TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO COM TERAPIA COGNITIVO
COMPORTAMENTAL

Pelotas

2015

JÉSSICA PUCHALSKI TRETTIM

**ALIANÇA TERAPÊUTICA E QUALIDADE DE VIDA NO TRATAMENTO PARA O
TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO COM TERAPIA COGNITIVO
COMPORTAMENTAL**

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

Orientador: Luciana de Avila Quevedo

Pelotas

2015

**ALIANÇA TERAPÊUTICA E QUALIDADE DE VIDA NO
TRATAMENTO PARA O TRANSTORNO OBSESSIVO
COMPULSIVO COM TERAPIA COGNITIVO
COMPORTAMENTAL**

Conceito final: _____

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva

Dr^a Mariane Lopez Molina

Orientadora – Prof^a Dr^a Luciana de Avila Quevedo

Agradecimentos

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da UCPel;

À Fundação de Amparo a Pesquisa (FAPERGS);

À minha orientadora Luciana de Avila Quevedo que me apoiou sempre, compartilhando seu enorme conhecimento de pesquisa e sobre a temática do estudo, obrigada por todo tempo de dedicação e paciência que tivestes;

Aos meus familiares e amigos que sempre me incentivaram e que me acompanharam durante minha trajetória;

Às minhas queridas do “grupo do TOC”: Rafaelle, Viviane, Carolina e especialmente à Mariana Bonati e Andressa Pires por toda amizade, companheirismo e apoio incondicional;

À banca, pela disponibilidade em avaliar meu trabalho;

A todos os pacientes, colegas e professores do PPG Saúde e Comportamento com os quais aprendi muito.

“Sua visão se tornará clara somente quando você olhar para dentro do seu coração.

Quem olha para fora, sonha. Quem olha para dentro, desperta.”

Carl Jung

Resumo

Introdução: A aliança terapêutica pode ser considerada um preditor de mudança no processo psicoterapêutico. Especialmente no tratamento para o transtorno obsessivo compulsivo (TOC), a aliança terapêutica contribui no uso da técnica de exposição e prevenção de resposta. Além disso, pacientes com TOC são menos propensos a remissão dos sintomas em comparação com pacientes com outros transtornos de ansiedade, assim, torna-se necessária uma maior investigação sobre outros indicadores de melhora além da redução de sintomas, como a qualidade de vida também como um resultado terapêutico. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida como resultado terapêutico, comparando com a aliança terapêutica e a redução dos sintomas obsessivos compulsivos. **Métodos:** Cinquenta e quatro pacientes com TOC participaram do estudo. Os pacientes foram avaliados com a SF-12, HAQ-II e YBOCS antes e depois do tratamento. **Resultados:** A redução dos sintomas obsessivo compulsivos teve uma correlação moderada ($r=0.45$) com o domínio mental da qualidade de vida ($p=0.001$). Não foram encontradas associações entre a aliança terapêutica e os domínios da qualidade de vida ($p>0.05$) **Conclusão:** O TOC é um transtorno com suas peculiaridades e geralmente bastante grave. Por conta disso, estudos referentes ao processo terapêutico são necessários para que se possam elaborar estratégias terapêuticas direcionadas. Tanto a aliança terapêutica quanto a qualidade de vida são fundamentais no tratamento psicoterapêutico; a primeira como um fator que pode colaborar na melhora dos sintomas e a última como um aspecto que se beneficia da relação destas, sendo de extrema relevância a sua melhora e manutenção na vida desses pacientes.

Palavras-chave: Transtorno Obsessivo Compulsivo; Terapia Cognitivo Comportamental; Aliança Terapêutica; Qualidade de Vida

Abstract

Background: Some predictors of change in the psychotherapeutic process have been hypothesized such as therapeutic alliance. Specifically in cognitive behavioral therapy (CBT) for patients with obsessive compulsive disorder (OCD), a strong alliance contributes to the use of the technique of exposure and response prevention. Moreover, OCD patients are less likely to remission of symptoms compared with patients with other anxiety disorders, thus, it needs further research into improving other indicators besides the reduction of symptoms such as therapeutic result, like the quality of life. **Aim:** To evaluate the quality of life as an outcome of treatment, comparing to the therapeutic alliance and reduction of obsessive and compulsive symptoms. **Methods:** Fifty-four OCD patients participated in the study. Patients were assessed with the SF-12; HAQ-II and YBOCS both before and after treatment. **Results:** The reduction of obsessive compulsive symptoms there was a moderate correlation ($r=0.45$) with mental domain of quality of life ($p=0.001$). There was no relationship between therapeutic alliance and the domains of quality of life ($p> 0.05$). **Conclusions:** The OCD is a disorder with its peculiarities and generally quite serious. Because of that, studies on the therapeutic process are needed so that they can develop targeted therapeutic strategies. Both the therapeutic alliance as the quality of life are important in the psychotherapeutic treatment; the first as a factor that can collaborate in improving symptoms and the latter as an aspect that benefits the relationship of these being relevant to their improvement and maintenance in the life of these patients.

Key-words: Obsessive Compulsive Disorder; Cognitive Behavioral Therapy; Therapeutic Alliance; Quality of Life

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 - Resumo dos artigos utilizados na revisão	21
Figura 1 - Fluxograma do estudo.....	23
Quadro 2 - Variáveis independentes	26

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** –Prevalence of baseline characteristics of the sample and association between group of patients who completed treatment and who have not completed 44
- Tabela 2** –Association between sociodemographic characteristics and the means difference before and after intervention of the therapeutic alliance and the quality of life 45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UCPEL	Universidade Católica de Pelotas
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
EPR	Exposição com Prevenção de Resposta
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
RS	Rio Grande do Sul
RPD	Registro de Pensamentos Disfuncionais
SF-12	Short-Form Health Survey
SF-36	36-Item Short-Form Health Survey
Haq II	Helping Alliance Questionnaire versão II
ABEP	Associação Brasileira de Estudos Populacionais
MINI	Mini Internacional Neuropsychiatric Interview
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
APESM	Ambulatório de Pesquisa e Extensão
Y-BOCS	Yale-Brown Obsessive-compulsive Scale Symptom Checklist
RPD	Registro de Pensamentos Disfuncionais
ODK	Open Data Kit
ANOVA	Analysis of Variance
FAPERGS	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
PROJETO	13
1. IDENTIFICAÇÃO	16
1.1 Título	16
1.2 Discente	16
1.3 Orientador	16
1.4 Instituição	16
1.5 Curso	16
1.6 Linha de Pesquisa	16
1.7 Data	16
2 INTRODUÇÃO	17
3 OBJETIVOS	18
3.1 Objetivo Geral	18
3.2 Objetivos Específicos	18
4 HIPÓTESES	18
5 REVISÃO DE LITERATURA	19
5.1 Corpo da Revisão	19
6 MÉTODO	22
6.1 Delineamento	22
6.1.2 Seleção da Amostra	23
6.1.3 Amostra – tamanho e tipo	23
6.1.4 Critérios de Inclusão	23
6.1.5 Critérios de Exclusão	24
6.2 Instrumentos/Materiais	24
6.3 Definição das variáveis	25
6.4 Seleção e treinamento de pessoal	27
6.5 Estudo-piloto	27
6.6 Coleta de dados	27
6.7 Processamento e análise de dados	27
6.8 Cronograma	27
6.9 Orçamento	28
6.10 Aspectos éticos	29
7 REFERÊNCIAS	30
8 ARTIGO	32
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS/ CONCLUSÃO	46
ANEXOS	47
Anexo A – Quadro de Estratégias de Busca	47
Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	48
Anexo C – Carta de Aprovação do Comitê de Ética	50
Anexo D - MINI PLUS (Módulo TOC)	51
Anexo E - <i>Helping Alliance Questionnaire</i> (HAq) versão do terapeuta	52
Anexo F - <i>Helping Alliance Questionnaire</i> (HAq) versão do paciente	53
Anexo G - <i>12-Item Short-Form Health Survey</i> (SF-12)	54
Anexo H - Escala Yale-Brown Obsessive-compulsive Scale (Y-BOCS)	56
Anexo I – Manual do Tratamento	60

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação aborda a aliança terapêutica e a qualidade de vida em pacientes com transtorno obsessivo compulsivo submetidos à tratamento com terapia cognitivo comportamental.

Este trabalho está dividido em duas partes: a primeira referente ao projeto, intitulado “Aliança Terapêutica e Qualidade de Vida no Tratamento para o Transtorno Obsessivo Compulsivo com Terapia Cognitivo Comportamental”, e a segunda referente ao artigo resultante do projeto.

A parte I – Projeto- está subdividida em Introdução, Objetivos, Hipóteses, Fundamentação Teórica e Método e Referências.

A parte II – Artigo- diz respeito ao artigo resultante do projeto, intitulado “Therapeutic Alliance and Quality of Life in Obsessive Compulsive Disorder patients”.

Em anexo os instrumentos utilizados no estudo.

PARTE I

PROJETO DE PESQUISA

JÉSSICA PUCHALSKI TRETTIM

**ALIANÇA TERAPÊUTICA E QUALIDADE DE VIDA NO TRATAMENTO PARA O
TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO COM TERAPIA COGNITIVO
COMPORTAMENTAL**

Pelotas

2014

JÉSSICA PUCHALSKI TRETTIM

**ALIANÇA TERAPÊUTICA E QUALIDADE DE VIDA NO TRATAMENTO PARA O
TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO COM TERAPIA COGNITIVO
COMPORTAMENTAL**

Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde e
Comportamento da Universidade Católica de
Pelotas.

Orientadora: Prof^ªDr^ª Luciana de Avila
Quevedo

Pelotas

2014

RESUMO

Introdução: A psicoterapia pode ser entendida como um processo composto por procedimentos de comunicação reparadores, entre paciente e terapeuta, do paciente consigo próprio e com os outros. Sendo assim, o sucesso terapêutico depende do tipo de intervenção oferecida ao paciente, das características do mesmo, da sua rede de apoio e dos fatores comuns a todas as orientações teóricas. No tratamento para o transtorno obsessivo compulsivo (TOC), a aliança terapêutica pode ser vista um fator comum devido à significância deste componente no tratamento, principalmente por conta do uso da técnica de exposição e prevenção de resposta (EPR). Além da aliança terapêutica, a qualidade de vida tem sido reconhecida como um importante componente do resultado para o tratamento do TOC. **Objetivo:** Avaliar a aliança terapêutica como fator comum e a qualidade de vida como desfecho no tratamento com Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) para pacientes com TOC. **Métodos:** Delineamento: Estudo de intervenção aninhado a um estudo maior intitulado “Dimensões dos sintomas do transtorno obsessivo compulsivo e resultados na terapia cognitivo-comportamental em uma amostra populacional de 18 a 60 anos”. Amostra: Participarão do estudo todos os adultos que forem diagnosticados com TOC pela avaliação psicológica. Considerando o cálculo amostral do estudo maior, que considerou uma prevalência de 3% de TOC esperada na população, contando com 70 pacientes, e estimando uma taxa de abandono de 30%, com possíveis correlações de $\leq 0,40$, com α bilateral de 0,05 e β de 0,80, serão necessários 47 pacientes. Instrumentos: *MINI* (Mini Internacional Neuropsychiatric Interview); *Helping Alliance Questionnaire* (HAq); *12-Item Short-Form Health Survey* (SF-12); *Escala Yale-Brown Obsessive-compulsive Scale Symptom* (Y-BOCS); e um manual de protocolo para o tratamento. Coleta e análise de dados: Os dados serão digitados diretamente em tablets no software *Open Data Kit* (ODK). Posteriormente, os dados serão convertidos para o pacote estatístico STATA 9, no qual serão feitas as análises.

Palavras-chave: Aliança Terapêutica; Qualidade de Vida; Transtorno Obsessivo Compulsivo

1 IDENTIFICAÇÃO

1.1 Título: Aliança terapêutica e qualidade de vida no tratamento para o transtorno obsessivo compulsivo com terapia cognitivo comportamental

1.2 Mestranda: Jéssica PuchalskiTrettim

1.3 Orientador: Prof^ªDr^a Luciana de Avila Quevedo

1.4 Instituição: Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

1.5 Curso: Mestrado em Saúde e Comportamento

1.6 Linha de pesquisa: Saúde Mental

1.7 Data: 23 de Setembro de 2014

2 INTRODUÇÃO

A psicoterapia pode ser entendida como um processo composto por procedimentos de comunicação reparadores, entre paciente e terapeuta, do paciente consigo próprio e com os outros. Sendo assim, o sucesso terapêutico depende do tipo de intervenção oferecida ao paciente, das características do mesmo, da sua rede de apoio e dos fatores comuns a todas as orientações teóricas¹.

Podem ser considerados fatores comuns à psicoterapia elementos como: estilo do terapeuta, motivação do paciente, habilidades e interesses do paciente (ativação de recursos), ativação do problema, esclarecimento motivacional, apoio para ajudar o paciente a superar suas dificuldades e aliança terapêutica^{1,2}.

Sendo definida como uma qualidade da característica de influência mútua da díade paciente-terapeuta, a aliança terapêutica é considerada um elemento fundamental da psicoterapia, vista como um preditor de sucesso terapêutico^{3,4,5}. No tratamento para o transtorno obsessivo compulsivo (TOC), a aliança terapêutica pode ser vista como um fator comum devido à significância deste componente no tratamento, principalmente por conta do uso da técnica de exposição e prevenção de resposta (EPR) na terapia cognitiva comportamental (TCC). A adesão aos exercícios de EPR é essencial, bem como a capacidade do paciente de tolerar o aumento da ansiedade, que pode ser proporcionada através de um bom vínculo entre a díade paciente-terapeuta⁶.

Além da aliança terapêutica, a qualidade de vida tem sido reconhecida como um importante componente do resultado para o tratamento do TOC^{4,5,7}. Apesar de não ser considerado um fator comum, por ser inerente ao indivíduo e não ocorrer exclusivamente no processo terapêutico, indivíduos diagnosticados com TOC apresentam um impacto negativo na qualidade de vida em mais de 20% dos casos. O impacto negativo inclui prejuízos na rotina diária, nas atividades sociais e ocupacionais, bem como nas suas relações familiares. Sendo assim, a redução dos sintomas obsessivo-compulsivos pode acarretar na melhora da qualidade de vida dos pacientes englobando o funcionamento social, funcionamento físico, relacionamento interpessoal, bem-estar mental, percepção de saúde e dor física do indivíduo⁸, sendo vista como um desfecho terapêutico.

De acordo com a literatura, pacientes com TOC tem menor probabilidade de remissão dos sintomas quando comparados a pacientes com outros transtornos de ansiedade, e as terapias de base cognitivo-comportamental são as mais estudadas no momento^{9,10}. De acordo com isso ressalta-se a necessidade de uma maior investigação

sobre fatores específicos que contribuam para a efetividade da TCC no TOC, buscando outros indicadores de melhora além da redução de sintomas como resultado terapêutico.

Dessa forma, este estudo tem como objetivo avaliar a aliança terapêutica como fator comum e a qualidade de vida como desfecho no tratamento com TCC para pacientes com TOC.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a aliança terapêutica como fator comum e a qualidade de vida como desfecho no tratamento com TCC para pacientes com TOC.

3.2 Objetivos Específicos

- Avaliar as médias de qualidade de vida pré e pós-intervenção;
- Correlacionar a gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos com as médias de qualidade de vida com no pré e pós-intervenção;
- Correlacionar as médias de aliança terapêutica (terapeuta e paciente) com a gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos no pré e pós-intervenção.

4 HIPÓTESES

- A aliança terapêutica positiva implicará em uma maior redução da gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos e, conseqüentemente, na melhora da qualidade de vida dos pacientes;
 - As médias de qualidade de vida pós-intervenção serão superiores às médias de qualidade de vida pré-intervenção;
 - Quanto maior a redução da gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos, maiores serão as médias de qualidade de vida no pós intervenção;
 - Quanto maior a média de aliança terapêutica (terapeuta e paciente) menores as médias de gravidade dos sintomas no pós intervenção.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura foi realizada nas bases de dados Pubmed e Scielo, utilizando os seguintes termos: obsessive compulsive disorder; quality of life (e seus correspondentes em português), therapeutic alliance; behavior therapy, cognitive. Os filtros e combinações dos descritores utilizados podem ser observados no Quadro de Estratégias de Busca (ANEXO A).

Foram selecionados 06 artigos, utilizando os referidos descritores, sendo considerados relevantes os estudos que avaliaram qualidade de vida e/ou aliança terapêutica no tratamento do TOC e revisões sobre o assunto. Os resumos dos achados são apresentados abaixo, no corpo da revisão.

5.1 Corpo da Revisão

Em um estudo realizado em 2013, na Universidade de Houston, Farris e colaboradores revisaram dados de quatro ensaios de tratamento para o TOC, e identificaram que os pacientes que responderam melhor ao tratamento foram aqueles que alcançaram a remissão dos sintomas e que atingiram bem-estar. Destacaram que embora os tratamentos tendam a concentrar-se na redução dos sintomas, o objetivo final das intervenções é ajudar os pacientes a atingir o máximo de "bem-estar". Este é um conceito mais amplo do que a resposta ao tratamento ou remissão dos sintomas, que inclui a redução dos mesmos, mas também leva em conta as melhorias na qualidade de vida. Concluíram que os critérios para a definição de bem-estar/qualidade de vida no TOC podem facilitar as comparações entre os estudos sobre os resultados do tratamento e informar o planejamento da intervenção clínica.¹¹

Uma revisão sistemática realizada em 2011 sobre o tratamento do TOC corroborou a idéia de que ele está associado a alterações significativas no aspecto funcional, à comorbidade psiquiátrica e comprometimento da qualidade de vida. Destacou também o progresso ocorrido nas últimas décadas com relação às abordagens de tratamento para o transtorno, citando as terapias cognitivas, a EPR, a farmacoterapia e os tratamentos combinados. Ainda, enfatizaram a importância da reprodução dos achados sobre tratamentos para transtornos específicos, como é o caso do TOC, destacando a relevância disso na prática clínica ¹².

O estudo de Keeley e colaboradores revisa os preditores de resposta ao tratamento em ensaios abertos e controlados de TCC para o TOC. Concentraram-se em características demográficas, aspectos de sintomas do TOC, comorbidades, fatores familiares, influências cognitivas, e as características específicas do tratamento como variáveis preditoras, incluindo a aliança terapêutica. Os pesquisadores sugeriram que a ligação entre aliança terapêutica e os resultados podem ser explicados pelos princípios sócio-psicológicos de persuasão e influência social, que são positivas para se obter um efeito significativo na motivação do paciente, colaborando para que este participe ativamente nas tarefas terapêuticas.¹³

Em 2006, pesquisadores noruegueses também encontraram que a aliança positiva foi associada à redução da gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos no pós-intervenção. A terapia baseada na EPR é considerada o tratamento de escolha no TOC. O método de tratamento está associado a um elevado nível de desconforto, e requer um bom grau de motivação do paciente para o tratamento. Os autores reforçaram o papel da aliança terapêutica na produção de resultados psicoterapêuticos positivos, sendo que diversos estudos de psicoterapia demonstram que uma boa aliança terapêutica prediz um resultado favorável. A importância disso se dá na utilidade em ser capaz de prever os pacientes em maior risco por não responder positivamente ao tratamento, a fim de desenvolver estratégias para lidar com estes problemas.¹⁴

Ainda, duas revisões de literatura sobre o tema da qualidade de vida no TOC, realizadas por pesquisadores brasileiros, demonstraram a pior qualidade de vida em pacientes com TOC e o quanto o impacto negativo dos sintomas na qualidade de vida dos portadores do transtorno pode ser grande, afetando vários domínios da vida e repercutindo também nos familiares. Niederauer e colaboradores citam que as medidas de qualidade de vida têm sido utilizadas tanto para avaliar o impacto de doenças como o TOC no bem-estar de seus portadores quanto para comparar os resultados de diferentes tratamentos.

Cabe destacar que nenhum dos estudos acima citados relacionou aliança terapêutica, qualidade de vida e redução dos sintomas, reforçando assim, a necessidade de investigar melhor a relação entre estes fatores.

Quadro 1: Resumo dos artigos utilizados

Autor, País, ano	Desenho	Comentários /conclusões
Samantha G. Farris, Carmen P. McLean, Page E. Van Meter, H. Blair Simpson, and Edna B. Foa. Estados Unidos. 2013.	Revisão de quatro ensaios clínicos	Os pesquisadores basearam-se na pontuação da escala que mede gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos como critério de melhora. A redução dos sintomas mostrou-se um preditor de melhora de bem-estar, qualidade de vida e função adaptativa. Critérios para a definição de bem-estar no TOC podem facilitar as comparações entre os estudos sobre os resultados do tratamento e informar o planejamento do tratamento clínico.
Martin E. Franklin, and Edna B. Foa. Estados Unidos. 2011.	Estudo de revisão	O TOC está associado a alterações significativas no aspecto funcional, à comorbidade psiquiátrica, e comprometimento da qualidade de vida. Ainda, há um importante progresso ocorrido nas últimas décadas com relação às abordagens de tratamento para o transtorno.
Mary L. Keeley, Eric A. Storch, Lisa J. Merlo, Gary R. Geffken. Estados Unidos. 2008.	Estudo de revisão	A ligação entre aliança terapêutica e os resultados podem ser explicados pelos princípios sócio-psicológicos de persuasão e influência social, que são positivas para ter um efeito significativo na motivação para que o paciente participe ativamente nas tarefas terapêuticas.
Patrick A. Vogel, Bjarne Hansen, Tore C. Stiles, K. Gunnar Gøttestam. Noruega. 2006.	Ensaio clínico randomizado (N=37)	Pesquisadores noruegueses encontraram que a aliança positiva foi associada à redução da gravidade dos sintomas na pós-intervenção. A terapia baseada na exposição in vivo e prevenção de resposta é considerada o tratamento de escolha no transtorno obsessivo-compulsivo.
Niederauer KG, Braga DT, Souza FP, Meyer E, Cordioli AV. Brasil. 2007.	Estudo de revisão	A pior qualidade de vida foi confirmada em pacientes com TOC, e o impacto negativo do TOC sobre a qualidade de vida de seus portadores pode ser grande, afetando vários domínios da vida e repercutindo também nos familiares.
Torresan RC, Smaira SI, Cerqueira ATAR, Torres AR. Brasil. 2008.	Estudo de revisão	Destaca o impacto do TOC na qualidade de vida pode ser devastador, afetando negativamente os domínios acadêmico, ocupacional, social e familiar da vida do paciente e repercutindo também nos familiares e amigos.

6 MÉTODO

6.1 Delineamento

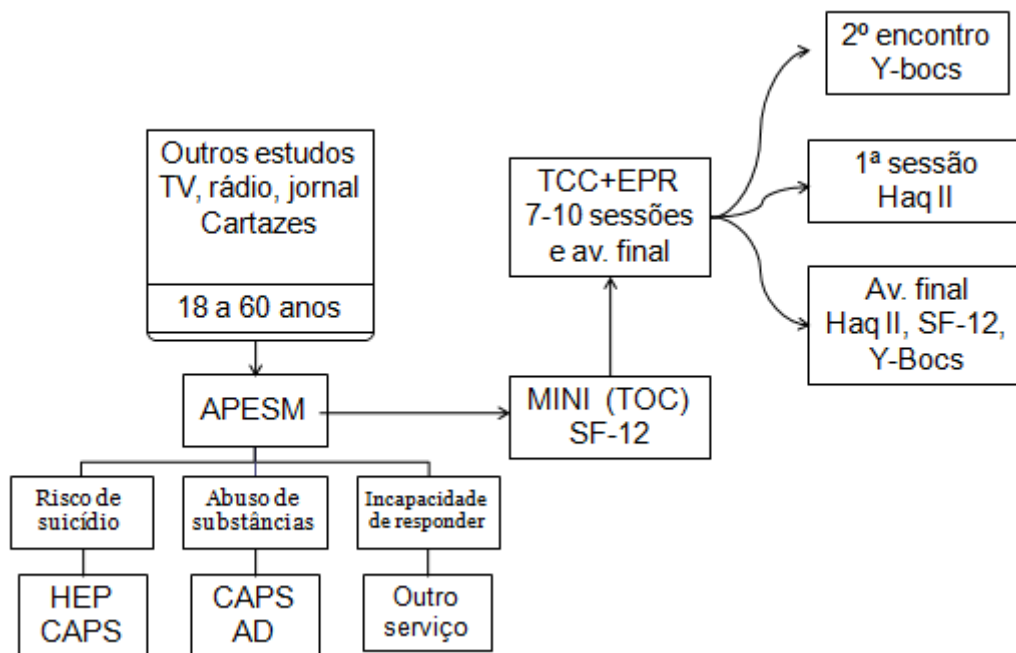
Estudo de intervenção aninhado a um estudo maior intitulado “Dimensões dos sintomas do transtorno obsessivo compulsivo e resultados na terapia cognitivo-comportamental em uma amostra populacional de 18 a 60 anos”.

6.1.1 Seleção da amostra

Participarão do estudo todos adultos que forem diagnosticados com TOC pela entrevista diagnóstica *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview* (MINI PLUS +)¹⁶. A amostra será realizada por conveniência e a captação acontecerá da seguinte forma:

- a) Todos os sujeitos entrevistados em um estudo transversal de base populacional sobre temperamento e transtorno de humor que forem diagnosticados com TOC;
- b) Todos os sujeitos entrevistados em um estudo de coorte sobre transtorno de humor em jovens que forem diagnosticados com TOC;
- c) Todos os sujeitos entrevistados em uma coorte sobre desenvolvimento infantil (pai e mãe) que forem diagnosticados com TOC;
- d) Todos os sujeitos que chegarem ao Ambulatório de Pesquisa e Extensão (APESM) da UCPel e forem diagnosticados com TOC;
- e) Através de divulgações em meios de comunicação de massa (jornais, cartazes).

Figura 1: Fluxograma do estudo



6.1.2 Amostra – tamanho e tipo

Considerando o cálculo amostral do estudo maior, que considerou uma prevalência de 3% de TOC esperada na população, contando com 70 pacientes, e estimando uma taxa de abandono de 30%, com possíveis correlações de $\leq 0,40$, com α bilateral de 0,05 e β de 0,80, serão necessários 47 pacientes.

6.1.3 Critérios de Inclusão

- Ter entre 18 e 60 anos de idade;
- Ter sido diagnosticado com TOC;
- Assinar ao termo de consentimento livre e esclarecido; (ANEXO B)
- Realizar o tratamento e a avaliação final.

6.1.4 Critérios de Exclusão

- Abuso/dependência de substâncias (exceto tabaco);
- Apresentar risco de suicídio moderado ou grave na avaliação inicial;
- Incapacidade para responder e/ou compreender os instrumentos da pesquisa.

6.2 Instrumentos / Materiais

- *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI PLUS +)*¹⁵: é uma entrevista de curta duração – 15 a 30 minutos – destinada à utilização na prática clínica e de pesquisa. Visa a classificação diagnóstica dos entrevistados de forma compatível com os critérios do DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) e CID-10 (*Classificação Internacional de Doenças*), e foi validada por Amorim no ano 2000. 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 + 5.0.0, em português, sendo uma versão mais detalhada da M.I.N.I., desenvolvida para a utilização em cuidados primários e em ensaios clínicos. Esta versão possibilita o julgamento clínico do entrevistador. Neste estudo utilizaremos somente o módulo que investiga o TOC, identificando se o paciente tem ou não o transtorno (ANEXO D).
- *Helping Alliance Questionnaire (HAq)*¹⁶: utilizado para avaliar a aliança terapêutica, é constituído por duas versões (paciente e terapeuta), composto por 19 itens cada. Avalia sentimentos de confiança, compreensão, cooperação, valorização e identificação através de uma escala Likert que varia de 1 a 6 pontos. (ANEXOS E e F)
- *12-Item Short-Form Health Survey (SF-12)*¹⁷: trata-se de uma versão abreviada do *36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)*. Contempla 12 itens com tempo de aplicação de aproximadamente 2 minutos. É utilizada em ambiente de pesquisa clínica e, neste estudo, foi utilizada para avaliação da qualidade de vida no pré e pós-intervenção. (Anexo G)
- *Escala Yale-Brown Obsessive-compulsive Scale Symptom (Y-BOCS)*¹⁸: utilizado para medir a gravidade específica dos sintomas obsessivo-compulsivos. A escala

possui 10 itens que variam de 0 (sem sintomas) a 4 (extrema gravidade), com escore máximo de 40 pontos. Inclui frequência, interferência no funcionamento, desconforto subjetivo, resistência e controle sobre as sobre obsessões e igualmente sobre as compulsões. (Anexo H)

- **Intervenção:** As sessões da TCC para o TOC, como na terapia cognitiva em geral, são estruturadas, focadas nos problemas e sintomas, colaborativas e envolvem demonstrações, exercícios e tarefas de casa, uso de registros, instrumentos de automonitoramento e, eventualmente, a realização de tarefas junto com o terapeuta. As principais técnicas propostas para os pacientes são o Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD) e a EPR. O tratamento terá duração de 7 a 10 encontros (de acordo com a necessidade), sendo a frequência de uma vez na semana com duração média de uma hora cada sessão. (ANEXO I)

6.3 Definição das variáveis

→ Variáveis Dependentes:

Qualidade de vida – Quantitativa/contínua - obtida através do instrumento SF-12.

Aliança terapêutica – Qualitativa/categórica – obtida através do instrumento HAq versão paciente e terapeuta.

Quadro 2: Variáveis independentes

Variáveis Independentes			
Nome da variável	Definição	Categoria	Tipo
Sexo	Sexo do paciente	Masculino Feminino	- Qualitativa - Dicotômica
Idade	Idade em anos	Entre 18 e 60	- Quantitativa - Discreta
Classificação econômica	Classificação econômica de acordo com a ABEP (versão 2012)	A+B C D+E	- Qualitativa - Ordinal
Escolaridade	Escolaridade de acordo com a ABEP (versão 2012)	Analfabeto/primário-incompleto Primário completo/ginasial incompleto Ginasial completo/colegial incompleto Colegial completo/superior incompleto Superior completo	- Qualitativa - Ordinal
Estado Civil		Solteiro Casado(a)/vive com companheiro(a) Separado(a) ou divorciado(a) Viúvo(a)	- Qualitativa - Nominal
Transtorno Obsessivo Compulsivo	<i>Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (Mini Plus)</i>	Sim Não	- Qualitativa - Dicotômica
Gravidade dos sintomas do TOC	<i>Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS)</i>	Tempo ocupado pelos sintomas obsessivo-compulsivos; Interferência provocada pelos pensamentos obsessivos; Sofrimento relacionado aos pensamentos obsessivos; Resistência às obsessões; Grau de controle sobre os pensamentos obsessivos; Tempo gasto com comportamentos compulsivos; Interferência provocada pelos comportamentos compulsivos; Sofrimento relacionado ao comportamento compulsivo; Resistência contra compulsões; Grau de controle sobre o comportamento compulsivo	- Quantitativa - Contínua

6.4 Seleção e treinamento de pessoal

As terapeutas serão psicólogas já treinadas para a aplicação dos instrumentos nos participantes do estudo de intervenção, bem como para o modelo de psicoterapia.

6.5 Estudo-piloto

Será realizado um estudo-piloto para a testagem da aplicação dos instrumentos utilizados na coleta de dados. Esta sub-amostra contará com 05 pacientes selecionados aleatoriamente entre os participantes do estudo de intervenção.

6.6 Coleta de dados

Todos os pacientes diagnosticados com TOC pelo Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental da UCPEL serão convidados a participar do estudo. Os dados utilizados no presente projeto serão coletados na avaliação inicial e após o término do tratamento, e serão digitados diretamente em um tablet programado com os devidos instrumentos.

6.7 Processamento e análise de dados

Os dados serão digitados diretamente em tablets no software *Open Data Kit* (ODK). Posteriormente, os dados serão convertidos para o pacote estatístico STATA 9, no qual serão feitas as análises. Para comparar as variáveis de exposição com o desfecho será utilizado teste-t e ANOVA, e, para verificar a diferença das médias pré e pós tratamento será utilizado o teste-t para amostras pareadas. Para verificar a correlação entre os escores de qualidade de vida e a severidade dos sintomas será utilizado o teste de correlação de *Spearman* ou *Pearson* conforme a normalidade da distribuição da amostra.

Para análise da variável de exposição aliança terapêutica pré e pós tratamento, serão criadas três categorias a) Neutra: quando a média da HAQ-II da última sessão menos a média da primeira sessão for igual a zero; b) Negativa: quando a média da última sessão da HAQ-II for menor que a média da primeira sessão; e c) Positiva: quando a média da HAQ-II na última sessão for maior que a média da primeira sessão.

6.8 Cronograma

Atividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Revisão de Literatura	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Elaboração do projeto	x	x	x	x	x	x	x																	
Treinamento								x																
Estudo piloto									x															
Intervenção (coleta de dados)										x	x	x	x	x	x	x	x	x	x					
Análise dos resultados																				x	x			
Redação do artigo																						x	x	
Defesa																								x

* O mês 1 refere-se a Março/14

6.9 Orçamento

Projeto financiado com recursos da Fapergs

Material de Consumo			
Despesas de Custeio	Quantidade	Valor Individual (R\$)	Valor Total (R\$)
Transporte de Pessoal → Passagens de ônibus (R\$ 2,75 a unidade) para os pacientes (ida e volta=R\$ 5,50): 47 pacientes, para 2 avaliações e 10 sessões (no máximo)	1.128	66,00	3.102,00
Equipamentos de informática → Tablets	02	500,00	1.000,00
Xerox (termos de consentimento) → 2 vias (4 folhas) para cada paciente	188	0,40	18,80
Total (R\$)		566,40	4.120,00

6.10 Aspectos éticos

Os participantes receberão informações sobre os objetivos da pesquisa e assinarão um “Termo de consentimento livre e esclarecido” (ANEXO B). O projeto do estudo maior já foi aprovado pelo Comitê de Ética da UCPel sob o protocolo de número 2009/24. (ANEXO C). Os participantes que forem diagnosticados com algum outro transtorno que não seja o TOC serão encaminhados ao local adequado para atendimento.

7 REFERÊNCIAS

- 1 - Dias, CCAMM. Metamodelo Integrativo De Complementaridade Paradigmática: Semelhança ou complementaridade nas características psicológicas da díade terapêutica. *Mestrado Integrado Em Psicologia; Secção de Psicologia Clínica e da Saúde; Núcleo de Psicoterapia Cognitiva, Comportamental e Integrativa*. 2008.
- 2 - Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy nocheinmal. In A. Bergin & S. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy andbehavior change* (4th ed, pp. 270 –376). New York: Wiley.
- 3 - Reche, Carlos Eduardo, & Silva, Henrique Alvarenga da. (2003). Avaliação das razões de sucesso na psicoterapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(1), 56-57.
- 4 - Ramos, Marco António Ferreira. Análise das Características Psicométricas da Versão Portuguesa do Working Alliance Inventory – ShotRevised. Tese de Mestrado em Psicologia. 2008.
- 5 - Feliciano, Marinalva Fernandes Costa; Parra, Claudia Regina. Aliança terapêutica e resultados: estudo de caso clínico em psicoterapia cognitivo comportamental. 2011.
- 6 - Cordioli, Aristides Volpato. (2003). Aristides VolpatoCordioli responde. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(1), 57-58.
- 7 - Hertenstein E, Thiel N, Herbst N, Freyer T, Nissen C, KülzAK, Voderholzer U. Quality of life changes following inpatient and outpatient treatment in obsessive-compulsive disorder: a study with 12 months follow-up. *Annalsof General Psychiatry*. 2013; 12:4.
- 8 - Niederauer, Kátia Gomes, Braga, Daniela Tusi, Souza, Fernanda Pasquoto de, Meyer, Elizabeth, &Cordioli, Aristides Volpato. (2007). Qualidade de vida em indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(3), 271-278
- 9 - Prazeres, Angélica Marques, Souza, Wanderson Fernandes de, & Fontenelle, Leonardo F. (2007). Terapias de base cognitivo-comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo: revisão sistemática da última década. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(3), 262-270.
- 10 - Huppert JD, Schultz LT, Foa EB, Barlow DH, Davidson JR, Gorman JM, Shear MK, Simpson HB, Woods SW. Differential response to placebo among patients with social phobia, panic disorder, and obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2004;161(8):1485-7.

- 11 – Farris SG, McLean CP, Van Meter PE, Simpson HB, Foa EB (2013). Treatment response, symptom remission, and wellness in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. Apr; 74 (7) :685-90. 2014-06-23.
- 12 - Franklin ME, Foa EB. Treatment of obsessive compulsive disorder. *Rev Clin Psychol*. 2011; 7:229-43.
- 13 - Keeley ML, Storch EA, Merlo LJ, Geffken GR. Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive–compulsive disorder. *ClinPsychol Rev*. 2008 Jan;28(1):118-30.
- 14 - Vogel PA, Hansen B, Stiles TC, Götestam KG. J Treatment motivation, treatment expectancy, and helping alliance as predictors of outcome in cognitive behavioral treatment of OCD. *BehavTherExpPsychiatry*. 2006; 37 (3) 247-55.
- 15 - Amorim P., 2000. [Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI): Validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais]. *Rev Bras Psiquiatr*. 22 (suppl. 3), 106-115.
- 16 - Luborsky L, Barber JP, Siqueland L, Johson S, Najavist LM, Frank A, et al (1996). The revised helping alliance questionnaire (HAQ-II). *J PsychoterPract Res.*, 5, 260-71.
- 17 - Ware JE Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care* 1996; 34:220-233.
- 18 - Mataix-Cols D., Fullana M.A., Alonso P, Menchón JM, Vallejo J., 2004. Convergent and discriminant Validity of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Symptom Checklist. *PsychotherPsychosom*. 73(3):190-6

PARTE II**ARTIGO****Therapeutic Alliance and Quality of Life in Obsessive Compulsive Disorder patients**

Jéssica Puchalski Trettim^a , Christian Loret de Mola^b, Mariana Bonati de Matos^a,
Andressa Jacondino Pires^a, Rafaelle Stark Stigger^a, Carolina Coelho Scholl^a, Viviane
Porto Tabeleão^a, Luciana de Avila Quevedo^{a*}

^a Postgraduate Programme in Health and Behavior, Catholic University of Pelotas,
Gonçalves Chaves, 373, 411 C, Pelotas, RS,96010-000 Brazil

^b Post-Graduate Programme in Epidemiology, Federal University of Pelotas, Marechal
Deodoro 1160, Pelotas, RS 96020220, Brazil

*Corresponding author

Luciana de Avila Quevedo

Postgraduate Programme in Health and Behavior

Catholic University of Pelotas

Gonçalves Chaves, 373 - 411 C

Pelotas - RS 96015-560 - Brazil

E-mail: lu.quevedo@bol.com

The study was supported by:

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS)

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

Abstract

Background: Some predictors of change in the psychotherapeutic process has been hypothesized such as therapeutic alliance. Specifically in cognitive behavioral therapy (CBT) for patients with obsessive compulsive disorder (OCD), a strong alliance contributes to the use of the technique of exposure and response prevention (ERP). OCD patients are less likely to remission of symptoms compared with patients with other anxiety disorders, thus, it needs further research into improving other indicators besides the reduction of symptoms such as therapeutic result, like the quality of life.

Methods: Fifty-four OCD patients participated in the study. Patients were assessed with the SF-12; HAQ-II and YBOCS both before and after treatment.

Results: The reduction of obsessive compulsive symptoms there was a moderate correlation ($r=0.45$) with mental domain of quality of life ($p=0.001$). There was no relationship between therapeutic alliance and the domains of quality of life ($p> 0.05$).

Conclusions: The OCD is a disorder with its peculiarities and generally quite serious. Because of that, studies on the therapeutic process are needed so that they can develop targeted therapeutic strategies. Both the therapeutic alliance as the quality of life are important in the psychotherapeutic treatment; the first as a factor that can collaborate in improving symptoms and the latter as an aspect that benefits the relationship of these being relevant to their improvement and maintenance in the life of these patients.

Key-words: Obsessive Compulsive Disorder; Cognitive Behavioral Therapy; Therapeutic Alliance; Quality of Life

1. INTRODUCTION

The cognitive behavioral therapy (CBT) is considered a first-line intervention for obsessive compulsive disorder (OCD) treatment, which is characterized by obsessions (intrusive and repetitive thoughts that invade the patient's mind, causing anxiety) and compulsions (mental rituals or behaviors performed by the patient in an attempt to neutralize anxiety).⁵

Nevertheless, the literature indicates that OCD patients are less likely to have a complete remission of symptoms compared with patients with other anxiety disorders.^{6,7} However, reduction of symptoms may not be the only outcome which CBT could improve, it has been shown by other researchers that CBT could also improve the quality of life which is also important. Not reducing symptomatology, but improving someone's quality of life, could suggest that the therapeutic process could be helpful with symptoms coping.

Studies show that wellness is a broader concept than treatment response or symptom remission that includes symptom reduction but also takes into account improvements in quality of life and adaptive functioning, which are arguably as important (if not more important) than symptom reduction in assessing treatment outcomes.^{8,9,10} Quality of life is adversely affected in more than 20% of individuals diagnosed with OCD. This impact includes impairments in daily routine, social and occupational activities, as well as their family relationships. Thus, the reduction of obsessive-compulsive symptoms may result in improving the quality of life of patients covering physical functioning, interpersonal relationships, mental wellbeing, health perception and physical pain of the individual.¹²

Some factors can contribute on psychotherapy results, including the therapeutic alliance that can be understood as a union of forces toward finding a cure, based on a committed relationship, between both of them, it begins during the first contact between the patient and the therapist, but can grow and be reinforced throughout the psychotherapeutic process.³ The therapeutic alliance plays an important role in CBT for the OCD treatment, due to the use of exposure and response prevention (ERP) technique. These techniques are associated with a high level of discomfort, therefore, it requires a strong bond between the patient and the therapist.⁴ The ERP is characterized by the gradual exposure of the patient to situations, places, objects or people they avoid because of the anxiety they generate. After patient's contact with generators thoughts of anxiety, patient is guided to not perform mental rituals or compulsive behaviors, enduring the symptoms.

Considering that the quality of life can be a therapeutic result and that these results may be related to a better therapeutic alliance, this study aimed to evaluate the quality of life as an outcome of treatment, comparing to the therapeutic alliance and reduction of obsessive and compulsive symptoms.

2. METHODS

This was an intervention study nested in a larger study with OCD patients between 18 to 60 years. Study participants were all adults diagnosed with OCD who attend to our research clinic in the city of Pelotas, a Southern Brazilian city, for OCD treatment. After excluding those with substances abuse / addiction (except tobacco), moderate or severe suicide risk at baseline and inability to respond and / or understand the instruments of study, we recruited 104 patients. They were all offered 7-10 sessions CBT treatment. Of

these, 50 (48.1%) did not attend to their first session, explicitly desist from treatment or did not attend to at least three sessions. Therefore, 54 patients completed the intervention protocol.

We used the Brazilian validated version of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) plus for OCD diagnosis.¹³

The Brazilian Association for Business and Research (ABEP)¹⁴ criteria was used to evaluate the social economical status, which is based on the accumulation of material goods and education level of the household head, and classifies individuals into classes (A, B, C, D, or E). A structured questionnaire was also used, containing gender, age, education level and marital status variables.

To evaluate quality of life we used the 12-Item Short-Form Health Survey (SF-12) which is a shortened version of the 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). Through its own instrument algorithm, two domains can be evaluated: Physical Score (which evaluates the perception of physical health and the consequent impact on daily activities) and Mental Score (that evaluates the perception of mental health in relation to feelings and motivation for activities, for example). In both, the score ranges from 0 to 100, and a higher score represents a better quality of life.¹⁵

The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Symptom Scale (Y-BOCS)¹⁶ was used to measure obsessive-compulsive symptoms severity. The scale consists of 10 items ranging from 0 (no symptoms) to 4 (extremely serious), with a maximum score of 40 points. The HAQ, SF12 and YBOCS were applied at the first and last psychotherapy session.

We used the Helping Alliance Questionnaire (HAQ) to evaluate therapeutic alliance. This questionnaire includes two versions (patient and therapist), consisting of 19 items each. It Evaluates feelings of trust, understanding, cooperation, recovery and

identification through a Likert scale ranging from 1 to 6 points, a higher score represents a better alliance.¹⁷

As for the intervention model, seven CBT sessions for OCD were held (once a week with an average duration of one hour each), they all were structured sessions, focused on problems and symptoms, collaborative and involve demonstrations, exercises and homework assignments, usage records, self-monitoring instruments and eventually performing tasks with the therapist. The main technical proposals for patients were the Dysfunctional Thought Record (DTR) and the EPR. The therapists were five psychologists trained in the application of instruments and the psychotherapy protocol used.

The data was entered directly in tablets using the Open Data Kit software (ODK). Later, the data was converted to the statistical package STATA 9, in which the analyzes were performed. Participants were assessed at two moments - baseline and post intervention.

To compare the characteristics of the sample between individuals who completed or not the treatment we used the chi-square test and t-test. The calculation of the average of the difference before and after intervention of the therapeutic alliance, quality of life and symptoms of OCD was obtained by subtracting the final scores minus the initial, and this calculation was compared with the characteristics of the sample through the t-test, ANOVA and Pearson correlation. To verify the difference of means of the therapeutic alliance; domains of quality of life and symptoms of OCD pre and post treatment was used the t-test for paired samples.

All participants signed a "free and informed consent term." The largest study of the project was approved by the Ethics Committee of *Universidade Católica de Pelotas*,

protocol number 2009/24. The participants who were diagnosed with some other disorders other than OCD were referred to the appropriate care in a health service.

3. RESULTS

Of the 104 patients, 75 (72.1%) were females, 29 (33.7%) had between 18 and 28 years of age, 54 (52.9%) were the average economy class (C), 42 (48.3%) had complete or incomplete higher education and 44 (50.6%) lived with a partner. At baseline, the mean for obsessive-compulsive symptoms severity was 23.7 (sd 8.2), the therapists and patients therapeutic alliance were 97.3 (sd 10.5) and 104.4 (sd 7.3), respectively, and mean quality of life was 50.4 (sd 10.2) for the physical role and 33.7 (sd 12.1) for the mental role. These baseline characteristics were compared between subjects who completed and not completed the treatment, no differences were found between the groups ($p > 0.05$).

TABLE 1

Table 2 compares sociodemographic variables, reduction of symptoms and therapeutic alliance with the difference of means of pre and post intervention in the physical and mental domains of quality of life. There was an association between living with a partner and present better quality of life in the mental domain ($p=0.003$). In relation to reduction of obsessive compulsive symptoms, there was a moderate correlation ($r=0.45$) with mental domain of quality of life ($p=0.001$). The same was observed regarding the OCD symptoms as assessed separately, with moderate correlation between the reduction of obsessions ($r=0.43$) and compulsions ($r=0.42$) with mental domain of the quality of life (p value <0.05).

Multivariate analysis was performed to determine the effect of therapeutic alliance on the quality of life, controlling for education, living with a partner, therapist and severity

of symptoms ($p < 0.20$). There was no relationship between therapeutic alliance and the domains of quality of life ($p > 0.05$).

4. DISCUSSION

Initially we hypothesized that a better therapeutic alliance could predict an improvement in quality of life, but we do not find this result. Contrary to our results, a study on the therapeutic alliance among 331 patients seen by 80 therapists showed that therapeutic therapist alliance predicted outcome, whereas therapeutic patient alliance was unrelated to outcome.¹⁸ However, it is noteworthy that the initial meeting of patient and therapist is essentially the meeting of two strangers, with the patient making a determination of whether the therapist is trust worthy, has the necessary expertise, and will take the time and effort to understand both the problem and the context in which the patient and the problem are situated.¹⁹ This trust may take some time, as this study was composed of a limited number of sessions this may have difficult this relationship.

We found that the quality of life average were correlated with a reduction in OCD symptoms, confirming the hypothesis that the quality of life may also be considered a therapeutic outcome, which is seen as another indication of improvement, and not only as a reduction of obsessive compulsive symptoms. These data are quite significant, especially in OCD patients, who commonly present serious losses in the aspects encompassed by the concept of quality of life, including social and physical functioning, interpersonal relationships, mental wellbeing, health perception and pain.^{22,23} Thus, it is understood that psychotherapies, in a general aspect, deal, essentially, with the mental aspect of the patient, and the strategies and techniques used in the treatment, aimed

primarily a greater understanding of the symptoms and how to face them, not emphasizing directly the physical domain.

Another important finding was that patients living with a partner had average significantly higher in the mental score of quality of life post treatment, compared to those not living with a partner. The literature suggests that family support is extremely important for patients in psychotherapy process, emphasizing that the fact of not living with a partner can be a predictor of poor prognosis for OCD patients treated with CBT.^{24,25}

As limitations of the study, we highlight the low number of patients who completed treatment. However, we find that the baseline characteristics of the patients who completed and those who did not complete treatment were similar, which made us decide only to examine the treated group. Another limitation is the lack of a control group, which is needed in future studies. We also believe that the sample was not sufficiently to prove an association; however, due to the importance of considering the quality of life as an outcome, we suggest that larger samples and control groups are studied.

In conclusion, there are few studies on psychotherapy and OCD. Because it is a disorder with its peculiarities and generally quite serious studies on the therapeutic process are needed so that they can develop targeted therapeutic strategies. From this perspective, both the therapeutic alliance as the quality of life are important in the psychotherapeutic treatment; the first as a factor that can collaborate in improving symptoms and the latter as an aspect that benefits the relationship of these being relevant to their improvement and maintenance in the life of these patients.

5. REFERENCES

1. Diener MJ, Monroe JM. The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: A meta-analytic review. (2011) *Psychotherapy*; 48(3): 237-48.
2. Kramer U, De Roten Y, Michel L, Despland J.-N. (2009) Early change in defence mechanisms and coping in short-term dynamic psychotherapy: Relations with symptoms and alliance. *Clin. Psychol. Psychother.*;16: 408–17.
3. Gomes FG. A aliança terapêutica e a relação real com o terapeuta. (2005) In:Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS. *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed;. P 246-53.
4. Cordioli, Aristides Volpato. (2003). Aristides VolpatoCordioli responde. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(1), 57-58.
5. Koran LM, Hanna GL, Hollander E, et al. (2007) The Work Group on Obsessive Compulsive Disorder. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*; 164:5–53
6. Prazeres, Angélica Marques, Souza, Wanderson Fernandes de, & Fontenelle, Leonardo F. (2007). Terapias de base cognitivo-comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo: revisão sistemática da última década. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(3), 262-270.
7. Huppert JD, Schultz LT, Foa EB, Barlow DH, Davidson JR, Gorman JM, Shear MK, Simpson HB, Woods SW. (2004) Differential response to placebo among patients with social phobia, panic disorder, and obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*.;161(8):1485-7.
8. Moritz S, Rufer M, Fricke S, et al. (2005) Quality of life in obsessive-compulsive disorder before and after treatment. *ComprPsychiat.*; 46(6):453–459.
9. Davidoff J, Christensen S, Khalili D, et al. (2012) Quality of life in panic disorder: Looking beyond symptom remission. *Qual Life Res.*; 21(6):945–959
10. Gladis M, Gosch E, Dishuk N, et al. Quality of life: Expanding the scope of clinical significance. *J Consult Clin Psych.* 1999;67(3):320–331.

11. Farris SG, McLean CP, Van Meter PE, Simpson HB, Foa EB (2013). Treatment response, symptom remission, and wellness in obsessive-compulsive disorder. *JClinPsychiatry*. Apr; 74 (7):685-90. 2014-06-23.
12. Niederauer, Kátia Gomes, Braga, Daniela Tusi, Souza, Fernanda Pasquoto de, Meyer, Elizabeth, & Cordioli, Aristides Volpato. (2007). Qualidade de vida em indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(3), 271-278.
13. Amorim P., 2000. [Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI): Validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais]. *Rev Bras Psiquiatr*. 22 (suppl. 3), 106-115.
14. ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2003). Dados com base no Levantamento Sócio Econômico (IBOPE). Site: www.abep.org
15. Ware JE Jr, Kosinski M, Keller SD. (1996) A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*; 34:220-233.
16. Mataix-Cols D., Fullana M.A., Alonso P, Menchón JM, Vallejo J. (2004) Convergent and discriminant Validity of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Symptom Checklist. *PsychotherPsychosom*. 73(3):190-6.
17. Luborsky L, Barber JP, Siqueland L, Johnson S, Najavist LM, Frank A, et al (1996). The revised helping alliance questionnaire (HAQ-II). *J PsychoterPract Res.*, 5, 260-71.
18. Baldwin SA, Wampold BE, Imel ZE. (2007) Untangling the Alliance–Outcome Correlation: Exploring the Relative Importance of Therapist and Patient Variability in the Alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 75, No. 6, 842–852.
19. Wampold BE. How important are the common factors in psychotherapy? An update. (2015) *World Psychiatry*;14:270–277.
20. Bystritsky A, Liberman RP, Hwang S, et al. (2001) Social functioning and quality of life comparisons between obsessive-compulsive and schizophrenic disorders. *Depress Anxiety*;14:214 - 8.
21. Tenney NH, Denys DA, van Megen HJ, GlasG, Westenberg HG. (2003) Effect of a pharmacological intervention on quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder. *IntClinPsychopharmacol*;18:29- 33.

22. Bobes J, Gonzalez MP, Bascaran MT, Arango C, Saiz PA, Bousoño M. (2001) Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry*;16:239- 45.
23. Haraldsson M. Obsessive-compulsive disorder. A hidden disorder. (2015) *Laeknabladid.*;100(2):87-94.
24. Ferrão, YA. Características clínicas do transtorno obsessivo compulsivo e refratário aos tratamentos convencionais. (2004) Tese de doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Psiquiatria.
25. Gellatly J, Molloy C. (2014) Psychological interventions in obsessive compulsive disorder. *Nursing Standard.* 28, 51, 51-59.

Table 1: Prevalence of baseline characteristics of the sample and association between group of patients who completed treatment and who have not completed

Variables	Total N (%) / mean (s.d.)*	CompletedTreatment N (%) / mean (s.d.)*	No completedtreatment N (%) / mean (s.d.)*	p-value
Sex (N=104)				0.068
Male	29 (27.9)	20 (36.4)	09 (18.4)	
Female	75 (72.1)	35 (63.6)	40 (81.6)	
Age (N=86)				0.794
18 -28	29 (33.7)	14 (31.8)	15 (35.7)	
29 - 39	28 (32.6)	15 (34.1)	13 (31.0)	
40- 60	29 (33.7)	15 (34.1)	14 (33.3)	
Socioeconomic status (N=102)				0.783
A+B	45 (44.1)	23 (42.6)	22 (45.8)	
C	54 (52.9)	31 (57.4)	23 (47.9)	
D+E	03 (2.9)	00 (0.0)	03 (6.3)	
Education (N=87)				0.279
Lessthan high school	21 (24.1)	9 (20.0)	12 (28.6)	
High school diploma	24 (27.6)	12 (26.7)	12 (28.6)	
Universitydegree	42 (48.3)	24 (53.3)	18 (42.9)	
Living withpartner (N=87)				0.912
No	43 (49.4)	23 (51.1)	20 (47.6)	
Yes	44 (50.6)	22 (48.9)	22 (52.4)	
Severityofsymptoms*	23,7 (8,2)	23,9 (8,2)	23,4 (8,4)	0,777
Severityofobsessivesymptoms*	11,7 (7,3)	12,7 (4,0)	11,3 (4,2)	0,389
Severityofcompulsivesymptoms*	11,9 (4,4)	11,8 (4,4)	12,1 (4,6)	0,780
HAQ Patient*	104,4 (7,3)	104,6 (7,0)	103,9 (8,0)	0,703
HAQ Therapist*	97,3 (10,5)	96,8 (10,3)	98,3 (10,9)	0,535
Mental Score*	50,4 (10,2)	49,3 (9,6)	51,7 (10,9)	0,257
Physical Score*	33,7 (12,1)	34,2 (12,8)	33,2 (11,3)	0,678
Total	104 (100,0)	57 (52,3)	52 (47,7)	

*correlation - mean (d.p.)

Table 2: Association between sociodemographic characteristics and the means difference before and after intervention of the therapeutic alliance and the quality of life

Variables	Quality of Life			
	Physical Score mean (sd)/ r*	p-value	Mental Score mean (sd)/ r*	p-value
Sex (N=53)		0.839		0.442
Male	-0.6 (11.9)		7.7 (16.3)	
Female	-0.02 (9.5)		10.8 (12.3)	
Age (N=43)		0.594		0.837
18- 28	0.9 (13.5)		8.4 (18.9)	
29- 39	-1.5 (9.3)		10.1 (8.8)	
40- 60	2.7 (10.3)		7.1 (11.8)	
Socioeconomic status (N=52)		0.980		0.368
A+B	-0.5 (8.4)		12.0 (14.4)	
C	-0.4 (11.9)		8.4 (13.6)	
D+E				
Education (N=43)		0.386		0.435
Less than high school	-3.9 (12.0)		11.3 (10.4)	
High school diploma	0.7 (11.1)		11.5 (12.2)	
University degree	2.3 (10.5)		6.1 (14.6)	
Living with partner (N=44)		0.317		0.003
No	2.4 (10.1)		2.6 (11.6)	
Yes	-0.9 (11.6)		14.3 (12.5)	
Severity of symptoms (difference)*	-0.04	0.792	0.45	0.001
Severity of obsessive symptoms (difference)*	0.05	0.729	0.43	0.001
Severity of compulsive symptoms (difference)*	-0.11	0.438	0.42	0.002
HA patiente (difference)	-0.02	0.913	0.14	0.338
HA therapist (difference)	-0.05	0.718	0.10	0.495
Total	-0.20 (10.4)		9.7 (13.9)	

*correlation - mean (d.p.)

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS/ CONCLUSÃO

Dissertação: Considerações

O artigo apresentado como resultado do trabalho de mestrado difere em alguns elementos. Não foi possível desenvolver o que foi previamente proposto, devido ao número amostral de pacientes recrutados com Transtorno Obsessivo Compulsivo. Assim, como resultado da dissertação foi apresentado o artigo "**Therapeutic Alliance and Quality of Life in Obsessive Compulsive Disorder patients**".

ANEXOS

Anexo A – Quadro de Estratégias de Busca

Descritores / Base de Dados	Filtros utilizados	Nº de artigos encontrados	Artigos selecionados pelo título (para leitura do resumo)	Selecionados para a revisão após leitura dos resumos
therapeutic alliance AND obsessive-compulsive disorder / Pubmed	publication dates - 5 years; ages – adult 19+ years	1	0	-
quality of life AND obsessive-compulsive disorder / Pubmed	publication dates - 5 years; ages – adult 19+ years	19	1	1
behavior therapy, cognitive [MeSH Terms] AND obsessive compulsive disorder [MeSH Terms] / Pubmed	publication dates - 5 years; ages – adult 19+ years	150	18	1
behavior therapy, cognitive [MeSH Terms] AND obsessive compulsive disorder [MeSH Terms] AND therapeutic alliance / Pubmed	- (Obs: utilizando os filtros não foi encontrado nenhum artigo)	6	2	2
behavior therapy, cognitive [MeSH Terms] AND obsessive compulsive disorder [MeSH Terms] AND quality of life / Pubmed	publication dates - 5 years; ages – adult 19+ years	12	2 (ambos repetidos)	0
qualidade de vida [All indexes] AND transtorno obsessivo-compulsivo [All indexes] / Scielo	-	2	2	2
quality of life [All indexes] and obsessive-compulsive disorder [All indexes]/ Scielo	-	3	2 (ambos repetidos)	0

Anexo B - Termo de consentimento Livre e Esclarecido

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 C – Carta de Aprovação do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UCPel

RESULTADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas analisou o projeto:

Número: 2011/24

Título do projeto: *Dimensões dos sintomas do transtorno obsessivo-compulsivo e resultados na terapia cognitivo-comportamental em uma amostra populacional de 18 a 35 anos. Adendo ao projeto: Fisiopatologia do transtorno do humor bipolar em uma amostra de base populacional.*

Investigador(a) principal: Luciana de Ávila Quevedo

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da UCPel, em reunião datada de 04 de agosto de 2011, ata n.º 05.

A avaliação foi realizada pelos membros do comitê, baseada na análise minuciosa do projeto, apresentada por um dos membros.

Outrossim, informamos que é **obrigatório** a entrega do relatório de conclusão pela coordenação do referido projeto ao Comitê de Ética – CEP/UCPel, na Secretaria da Pró-Reitoria Acadêmica da Universidade Católica de Pelotas.

Pelotas, 05 de agosto de 2011

Prof. Ricardo Tavares Pinheiro
Coordenador CEP/UCPel

Anexo D - MINI PLUS (Módulo TOC)

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.) <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>	NÃO	SIM	1	<input type="checkbox"/> PASSAR A I4
12	Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ?	NÃO	SIM	2	<input type="checkbox"/> PASSAR A I4
13	Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ?	NÃO	SIM	3	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> compulsões
	I3 OU I4 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"/>	<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 ADIACINAIS SE NECESSARIO.)</small>				
	I7 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?		NÃO	SIM	7
	I6 E I7 (SUMÁRIO) SÃO COTADAS SIM?	NAO	SIM		<i>T.O.C. ATUAL</i>
18	I6 E I7 b SÃO COTADAS SIM E I7 (SUMÁRIO) E COTADA NÃO?	NAO	SIM		<i>T.O.C. ATUAL devido a condição médica geral</i>
19	I6 E I7 a SÃO COTADAS SIM E I7 (SUMÁRIO) E COTADA NAO?	NAO	SIM		<i>T.O.C. ATUAL induzido por substância</i>
	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 - *Helping Alliance Questionnaire* (HAq) versão do terapeuta

HAq II (VERSÃO DO TERAPEUTA)

Instruções: Existem maneiras que uma pessoa pode sentir ou se comportar em relação à outra pessoa - seu terapeuta. Considere cuidadosamente sua relação com seu paciente, e então marque cada questão de acordo com a intensidade que concorda ou discorda. *Por favor, marque todas.*

	Discordo fortemente	Discordo	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo	Concordo fortemente
1) Sinto que meu(minha) paciente confia em mim.	1	2	3	4	5	6
2) Meu(minha) paciente sente que o(a) entendo.	1	2	3	4	5	6
3) Meu(minha) paciente sente que quero que atinja seus objetivos.	1	2	3	4	5	6
4) Às vezes, meu(minha) paciente desconfia de meus julgamentos.	1	2	3	4	5	6
5) Sinto que eu e meu(minha) paciente estamos trabalhando num esforço conjunto.	1	2	3	4	5	6
6) Acredito que temos idéias semelhantes a respeito da natureza de seus problemas.	1	2	3	4	5	6
7) Geralmente o(a) paciente respeita minhas opiniões sobre ele(a).	1	2	3	4	5	6
8) O(a) paciente acha que as técnicas usadas na sua terapia não servem bem às suas necessidades.	1	2	3	4	5	6
9) O(a) paciente gosta de mim como pessoa.	1	2	3	4	5	6
10) Na maioria das sessões, eu e meu (minha) paciente encontramos uma maneira de trabalhar juntos os seus problemas.	1	2	3	4	5	6
11) Meu(minha) paciente acredita que me relaciono com ele(a) de uma maneira que retarda o progresso da terapia.	1	2	3	4	5	6
12) Meu(minha) paciente acredita que criou-se um bom relacionamento entre nós.	1	2	3	4	5	6
13) Meu(minha) paciente acredita que sou experiente em ajudar as pessoas.	1	2	3	4	5	6
14) Quero muito que o(a) paciente resolva seus problemas.	1	2	3	4	5	6
15) Meu(minha) paciente e eu fazemos trocas significativas.	1	2	3	4	5	6
16) Meu(minha) paciente e eu, às vezes, fazemos trocas insignificantes.	1	2	3	4	5	6
17) De vez em quando falamos sobre os mesmos acontecimentos de seu passado.	1	2	3	4	5	6
18) Meu(minha) paciente acredita que gosto dele(a) como pessoa.	1	2	3	4	5	6
19) Algumas vezes meu(minha) paciente me parece distante.	1	2	3	4	5	6

Anexo F - *Helping Alliance Questionnaire* (HAq) versão do paciente

HAq II (VERSÃO DO PACIENTE)

Instruções: Existem maneiras que uma pessoa pode sentir ou se comportar em relação à outra pessoa - seu terapeuta. Considere cuidadosamente sua relação com seu terapeuta e, então, marque cada questão de acordo com a intensidade que concorda ou discorda. *Por favor, marque todas.*

	Discordo fortemente	Discordo	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo	Concordo fortemente
1) Sinto que posso confiar no(na) meu(minha) terapeuta.	1	2	3	4	5	6
2) Sinto que meu(minha) terapeuta me entende.	1	2	3	4	5	6
3) Sinto que meu(minha) terapeuta quer que eu atinja meus objetivos.	1	2	3	4	5	6
4) Algumas vezes desconfio dos julgamentos do terapeuta.	1	2	3	4	5	6
5) Sinto que eu e meu(minha) terapeuta estamos trabalhando num esforço conjunto.	1	2	3	4	5	6
6) Acredito que temos idéias semelhantes sobre a natureza dos meus problemas.	1	2	3	4	5	6
7) Geralmente respeito às opiniões do meu(minha) terapeuta sobre mim.	1	2	3	4	5	6
8) As técnicas utilizadas na minha terapia, não servem bem às minhas necessidades.	1	2	3	4	5	6
9) Gosto de meu(minha) terapeuta como pessoa.	1	2	3	4	5	6
10) Na maioria das sessões, eu e meu(minha) terapeuta encontramos uma maneira de trabalhar juntos os meus problemas.	1	2	3	4	5	6
11) Meu(minha) terapeuta se relaciona comigo de uma maneira que retarda o progresso da terapia.	1	2	3	4	5	6
12) Formou-se uma boa relação com meu(minha) terapeuta.	1	2	3	4	5	6
13) Meu(minha) terapeuta parece ser experiente em ajudar as pessoas.	1	2	3	4	5	6
14) Quero muito resolver meus problemas.	1	2	3	4	5	6
15) Meu(minha) terapeuta e eu fazemos trocas significativas.	1	2	3	4	5	6
16) Meu(minha) terapeuta e eu, às vezes, fazemos trocas insignificantes.	1	2	3	4	5	6
17) De vez em quando falamos sobre os mesmos acontecimentos do meu passado.	1	2	3	4	5	6
18) Acredito que meu(minha) terapeuta gosta de mim como pessoa.	1	2	3	4	5	6
19) Algumas vezes meu(minha) terapeuta me parece distante.	1	2	3	4	5	6

Anexo G - 12-Item Short-Form Health Survey (SF-12)

A partir daqui gostaríamos que você respondesse sozinho. As questões a seguir referem-se as suas atividades, hábitos de vida e eventos que ocorreram no último ano.

Novamente gostaríamos de salientar que é muito importante para nós que você seja o mais sincero possível e que as suas respostas não interferirão no seu tratamento.

❖ **Agora vamos falar sobre tuas atividades diárias. Por favor, responda a alternativa que melhor represente como tens te sentido.**

1. Em geral, tu dirias que tua saúde é: (circule uma)

Excelente.....	1
Muito boa.....	2
Boa.....	3
Ruim.....	4
Muito Ruim.....	5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que tu poderias fazer atualmente durante um dia comum. Devido a tua saúde, tu tens tido dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

ATIVIDADES	SIM. DIFICULTA MUITO	SIM. DIFICULTA UM POUCO	NÃO. NÃO DIFICULTA DE MODO ALGUM
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
d) Subir três ou mais degraus de escada.	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas, tu tiveste algum dos seguintes problemas com o teu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de tua saúde física? (circule uma em cada linha)

	SIM	NÃO
b) Realizaste menos tarefas do que tu gostarias?	1	2
d) Tiveste dificuldades de fazer seu trabalho ou outras atividades (por ex.: necessitaste de um esforço extra?)	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, tu tiveste algum dos seguintes problemas com o teu trabalho ou outra atividade diária regular, como consequência de algum problema emocional?

	SIM	NÃO
b) Realizaste menos tarefas do que tu gostarias?	1	2
c) Não trabalhaste ou não fizeste qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente fazes?	1	2

8. Durante as últimas 4 semanas, alguma dor interferiu no teu trabalho normal? (incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro de casa) (circule uma)

De maneira alguma..... 1

- Um pouco 2
 Moderadamente 3
 Bastante 4
 Extremamente 5

9. Estas questões são como tu te sentes e como tudo tem acontecido contigo durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como tu te sentes. Em relação as últimas 4 semanas: (circule um nº para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
c) Quanto tempo tu tens te sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo tu tens te sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo tu tens te sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do teu tempo a tua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as tuas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)? (circule uma)

- Todo o tempo 1
 A maior parte do tempo 2
 Alguma parte do tempo 3
 Uma pequena parte do tempo 4
 Nenhuma parte do tempo 5

**Anexo H - Escala Yale-Brown Obsessive-compulsiveScaleSymptomChecklist
(Y-BOCS)**

1. Tempo ocupado pelos sintomas obsessivo-compulsivos

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

0 Nenhum

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

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

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

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

2. Interferência provocada pelos pensamentos obsessivos

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

0 Nenhuma interferência

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

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

3 Grave: provoca deterioração considerável no desempenho social ou ocupacional

4 Muito grave: incapacitante

3. Sofrimento relacionado aos pensamentos obsessivos

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

0 Nenhuma perturbação

1 Leve: muito pouca

2 Moderado: perturbador, mais ainda controlável

3 Grave: muito perturbador

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

4. Resistência às obsessões

P. Até que ponto se esforça para resistir aos pensamentos obsessivos? Com

que frequência tenta não ligar ou distrair a atenção desses pensamentos quando eles entram na sua mente?

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

1 Tenta resistir na maior parte das vezes

2 Faz algum esforço para resistir

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

4 Cede completamente a todas as obsessões de modo voluntário

5. Grau de controle sobre os pensamentos obsessivos

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

0 Controle total

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

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

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

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

Escores das obsessões _____

6. Tempo gasto com comportamentos compulsivos

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

0 Nenhum

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

ocasional de comportamentos compulsivos

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

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

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

7. Interferência provocada pelos comportamentos compulsivos

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

0 **Nenhuma interferência**

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

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

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

4 **Muito grave:** incapacitante

8. Sofrimento relacionado ao comportamento compulsivo

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

0 **Nenhum sofrimento**

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

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

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

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

execução das compulsões

9. Resistência contra compulsões

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

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

1 Tenta resistir na maior parte das vezes

2 Faz algum esforço para resistir

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

4 Cede completamente a todas as compulsões de modo voluntário

10. Grau de controle sobre o comportamento compulsivo

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

Até que ponto consegue controlar suas compulsões?

0 Controle total

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

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

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

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

Escores de compulsões: _____

Escore Total: _____

Anexo I – Manual do Tratamento

Adaptação de protocolo de terapia cognitiva para o tratamento do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)

O presente protocolo se divide em sete sessões de terapia cognitivo de frequência semanal. Cada sessão terá duração de 60 minutos. Em cada encontro terapeuta e paciente terão tarefas e objetivos a serem alcançados.

Sessão	Objetivos
1	Estabelecimento da aliança terapêutica e Psicoeducação sobre o TOC
2	Fortalecimento da aliança terapêutica e Psicoeducação do modelo
3	Técnicas cognitivas
4 e 5	Técnicas cognitivas e de exposição
6	Técnicas cognitivas e de exposição + Término e Prevenção de recaída
7	Término e Prevenção de recaída

Cada um possui uma estrutura específica e passos que facilitam atingir os objetivos propostos em cada sessão e no tratamento.

1ª Sessão:

- 1- Estabelecer roteiro da sessão
- 2 - Revisar o problema – atualização (terapeuta identificar obsessões, compulsões e rituais/evitações)
- 3 - Estabelecer/esclarecer metas – objetivos TCC
- 4 - Identificar as expectativas do paciente em relação à terapia – educar sobre curso do tratamento
- 5 - Educar o paciente sobre o seu transtorno - TOC
- 6 - Estabelecer a tarefa de casa – material sobre TOC (Capítulo 1 – livro Cordiole)
- 7 - Resumo
- 8 - Feedback

Passo a passo da primeira sessão:

1- Estabelecer roteiro da sessão

Neste primeiro momento o terapeuta se apresenta, faz perguntas básicas para o jovem (nome, idade, atividade, formação familiar, que mais convive e confia).

Logo após, descreve o que será feito no presente encontro:

“Bom, vou te explicar agora o que vamos fazer hoje. Logo em seguida vou te fazer algumas perguntas. Eu sei que tu deves ter respondido algumas destas questões anteriormente, mas agora será diferente, pois nos utilizaremos delas para o teu tratamento. Servirá para que eu possa entender melhor o que está se passando contigo. Tudo ok? ... Depois, vou querer saber algo sobre como tudo isso começou. ... Na seqüência, vamos estabelecer claramente nossos objetivos para o tratamento e conversar um pouco sobre ele. Tudo bem até aqui? Depois a gente vai conversar sobre o TOC para que tu possas entender melhor o que está se passando contigo. Por fim, nós vamos conversar sobre uma tarefa que vou te pedir para nosso próximo encontro e sobre como nosso encontro foi . Pode ser? Tens alguma dúvida sobre isso que vai acontecer que tu gostarias de esclarecer agora?”

2- Revisar o problema: atualização (terapeuta identificar obsessões, compulsões e rituais/evitações)

Neste momento o objetivo do terapeuta é entender como foi a evolução do quadro clínico do indivíduo. Verificando a presença ou não de obsessões, compulsões e/ou rituais/evitações. Questionando sobre se alguém na família está ou esteve nessas condições.

“Agora consigo ter uma noção mais clara do que está se passando. Deixa eu te fazer umas perguntas para entender como isso ocorreu. Para isso vamos construir uma linha do tempo. Dica: Tentar ser curioso. Não deixar nada mal compreendido. Mostre interesse. Reforce capacidades adaptativas do jovem (ex: busca por ajuda anterior e atual).

Exemplo de investigação:

A presença de obsessões, compulsões e evitações;

- Situações, pessoas, locais ou objetos ou horários que os desencadeiam;
- O que antecede uma obsessão e as conseqüências: rituais, esquiva, lentificação obsessiva, postergação, busca de reassuramentos, ruminatórias;
- O início: se insidioso ou abrupto; se precoce (ainda na infância ou adolescência) ou tardio (na idade adulta);
- Se os sintomas são estáveis ou se apresentam flutuações;
- Fatores que desencadeiam ou agravam ou que diminuem os sintomas;
- Grau de incapacitação e de interferência no trabalho, na vida diária e familiar e nas atividades sociais;
- Tempo que os sintomas tomam do paciente e se faz tentativas de resistir;
- Pensamentos automáticos e crenças disfuncionais subjacentes;
- Grau de insight sobre os sintomas; grau de convicção sobre os pensamentos e crenças disfuncionais;
- Atitudes da família em relação ao problema (acomodação aos sintomas e conflitos);
- Parentes próximos com sintomas OC (fator genético ou ambiental).
- Tratamentos já realizados (medicamentos ou psicoterapia) e o grau de sucesso ou insucesso alcançado.

3 - Estabelecer/esclarecer metas – objetivos TCC

Como este protocolo se insere dentro de uma pesquisa, a presença de comorbidades psiquiátricas não será considerada no momento do estabelecimento das metas do tratamento. O foco será no TOC. Assim, os objetivos serão:

Estabelecimento de relação colaborativa;

Entendimento sobre O TOC;

Compreensão do modelo cognitivo – sobre seu estado;

Compreensão da técnica de exposição e prevenção de resposta (EPR);

Redução dos sintomas do TOC;

Aumento da qualidade de vida e relações interpessoais;

Aprendizagem sobre como prevenir e manejar o transtorno

“Agora entendo melhor uma parte da tua história e como estás. Para o nosso tratamento termos que ter objetivos. Ou seja, temos que saber para que estamos aqui e onde queremos chegar. O primeiro objetivo já estamos conseguindo. É muito importante que eu consiga te entender bem e que tu também me entendas. Tu terás que colaborar comigo, falando coisas bastante íntimas e

delicadas da tua vida. Pode ter certeza que vou te respeitar e farei o possível para te ajudar. Então, sempre que tu não entenderes algo, não te isenta de perguntar? Ok? O próximo objetivo também estamos conseguindo que é saber sobre o TOC e como que estás funcionando/lidando com a vida. Esses dois primeiros encontros servirão bastante para isso. Aliás, depois que isso acontecer por completo, já vamos chegar no nosso terceiro objetivo que é reduzir a intensidade do que tu estás sentindo, ou seja, melhorar. Assim, pretendemos que tu fique feliz com as pessoas que tu gosta e sinta prazer em fazer o que tu costumava fazer. Além disso, pretendemos te ensinar como lidar com esses problemas. Tenho certeza que nós conseguiremos fazer isso se cumprirmos com os combinados. OK? Alguma dúvida quanto aos objetivos do tratamento?”

Esclarecer que outras demandas serão atendidas após o tratamento para o TOC. Caso o jovem considere mais importante outra demanda realizar encaminhamento.

4 - Identificar as expectativas do paciente em relação à terapia – educar sobre curso do tratamento

Neste momento, a principal tarefa é fazer com que o paciente assimile a idéia de que esta é uma terapia racional e que ele terá uma participação ativa no seu tratamento.

Duração de 7 encontros (além de hoje mais 6 vezes). Uma vez por semana. Instaurar esperança no paciente. Estudos científicos.

“O tratamento terá mais 6 encontros além de hoje. Somando 7 sessões. Nos veremos uma vez por semana. Ao longo deste período é esperado que tu te sintas cada vez melhor, mas esse processo de melhora pode ter momentos de maior ansiedade, mas isso faz parte do tratamento. Teremos toda atenção para manter a tranquilidade e realizar os passos que, com toda certeza, nos levarão para melhora.”

5 - Educar o paciente sobre o seu transtorno – TOC

Este ponto do tratamento é fundamental para que o indivíduo compreenda seu transtorno e desmistifique qualquer idéia distorcida sobre o TOC. Pontos informativos.

Exemplo de psicoeducação:

“ O TOC é uma doença muito comum que acomete cerca de 2% das pessoas ao longo da vida. A principal característica dos portadores de TOC é a permanência da ansiedade pela possibilidade de que algo terrível possa acontecer. Essas preocupações e medos os obrigam a fazer rituais e são atormentados quase que permanentemente por medos, dúvidas ou pensamentos impróprios que comprometem seriamente sua vida pessoal e de sua família. Os sintomas do TOC envolvem alterações do pensamento (obsessões como dúvidas, preocupações excessivas com doenças, com falhas, pensamentos de conteúdo impróprio ou

ruim); do comportamento (rituais ou compulsões, repetições, evitações, lentidão para realizar as tarefas, indecisão) e emocionais (medo, desconforto, aflição, culpa, depressão).

Uma forte característica é a presença das obsessões e/ou compulsões ou rituais. Os rituais ou compulsões são realizados em razão dos medos ou da aflição que ocorrem sempre que a mente é invadida por uma obsessão – um pensamento de conteúdo catastrófico. As evitações, embora não-específicas do TOC, são, em grande parte, responsáveis pelas limitações que o transtorno acarreta. Esses são os sintomas-chave do TOC.

É importante que você aprenda a identificá-los, pois para vencer o transtorno, o primeiro passo é ser capaz de reconhecer todas as suas manifestações e a razão de sua existência.”

7- Estabelecer a tarefa de casa – material sobre TOC (capítulo 1 – Livro Cordiole)

Tarefa de casa: Ler e trazer situações parecidas que acontecem em seu dia-a-dia.

“Te entrego este material para que, ao longo da semana, tu possas ler e assinalar tuas dúvidas sobre o TOC. Da mesma forma, vais ler o material e tentar trazer na próxima sessão situações da tua vida que são parecidas com a que o livro pontua. Combinado? Tu podes trazer isso na semana que vem? Tu entendeste o que tens que fazer?”

8 - Resumo

Ao final da sessão o terapeuta tem a tarefa de unir e reforçar pontos importantes discutidos na sessão.

Importante: o terapeuta somente resume a primeira sessão depois o paciente vai realizar esta tarefa.

Exemplo: “Bom _____, hoje nos falamos sobre o que iria acontecer na sessão, sobre nossos objetivos no tratamento (...), sobre como o tratamento deve transcorrer (...) e algumas informações sobre o TOC (te recordas quais são?). Por fim, te deixei uma tarefa de casa (...). Hoje eu estou resumindo tudo que nós conversamos. Na próxima sessão, no final dela, tu vais fazer isso. Eu vou te ajudar sempre que precisares, mas o ideal é que aos poucos tu consigas fazer isso.”

9 - Feedback

Houve alguma coisa que te incomodou hoje na sessão? Terapeuta pode especificar algum problema e intervir ou agendar intervenção para próxima sessão.

Deixar evidenciado a importância do primeiro passo de vir ao tratamento.

2ª Sessão

- 1 - Breve atualização
- 2 - Ponte com a sessão anterior
- 3 - Revisar tarefa de casa
- 4 - Educar o paciente sobre o modelo cognitivo
- 5 – Educar o paciente sobre a técnica de exposição e prevenção de resposta (EPR)
- 6 - Estabelecimento de nova tarefa de casa
- 7 - Resumo final
- 8 – Feedback

Passo a passo da segunda sessão:

1 - Breve atualização

Inicialmente, a tarefa do terapeuta é integrar o tratamento na vida do indivíduo. Para isso, é adequado perguntar algo abertamente sobre a vida do paciente. “como foi sua semana?”, “o que fez durante a semana?”, “como foi tal evento?”

Depois deste rápido (importante!) bate-papo, você descreverá o que irá ocorrer ao longo da sessão.

“Como fiz no início da sessão passada, agora vou te explicar o que vamos fazer hoje. Depois vamos lembrar o que conversamos na semana passada, revisar o exercício que eu te pedi. Ok? Em seguida, vamos conversar sobre como o tratamento vai ocorrer e como enxergar o teu momento de um novo jeito. Pensando diferente sobre algumas coisas. Mais perto do final, vamos combinar uma nova tarefa, tu vai resumir tudo o que conversamos hoje e conversar sobre como o tratamento esta indo. Tudo bem? Alguma dúvida?”

2 - Ponte com a sessão anterior

Neste momento, o terapeuta terá que resumir o que ocorreu na última sessão. É importante o terapeuta chegar uma pouco antes da sessão e revisar a sessão anterior. Se possível fazer anotações.

É adequado para o processo terapêutico que o paciente também participe e, cada vez mais, deste momento.

3 - Revisar tarefa de casa

Solicitar a tarefa de casa. Como se trata de um texto. É importante que o paciente tenha lido o material. Para verificar isso, o terapeuta pode fazer algumas perguntas como “o que você entendeu do material”? Ao invés de “ficou com alguma dúvida?”

Caso o paciente não tenha lido o material o terapeuta irá tomar um tempo da sessão pedindo para que o mesmo leia os pontos mais importantes. Depois, o terapeuta deve solicitar situações da vida do jovem que sejam semelhantes com os momentos descritos no livro.

Neste momento, o terapeuta já integra o modelo cognitivo com as situações da vida do jovem.

Situação – pensamento – emoção – comportamento

4 - Educar o paciente sobre o modelo cognitivo

Explicações “curtas e graduais”, em diálogo, com palavras do paciente.

Foco no pensamento (imagens também valem)

Uma situação gera um pensamento que influencia nossas emoções e nosso comportamento

5 – Educar o paciente sobre a técnica de exposição e prevenção de resposta (EPR)

Guia de explicação sobre a EPR:

Exposição

A exposição consiste no contato direto ou na imaginação com objetos, lugares ou situações que na realidade não são perigosos dos quais, entretanto, a pessoa tem medo ou que evita porque a proximidade ou o contato gera desconforto ou nojo. O efeito principal da exposição é o aumento instantâneo da ansiedade que pode chegar a níveis elevados nos primeiros exercícios, mas que em seguida começa a diminuir até desaparecer. A cada exercício os níveis são menores assim como é menor a necessidade de realizar rituais que com a repetição pode desaparecer por completo. A exposição usualmente é ao vivo, (tocar em objetos evitados), mas também pode ser na imaginação (visualizar cenas, evocar palavras evitadas ou “cometer” na imaginação, pensamentos “horrríveis”). Para tanto, o paciente deve evocá-los intencionalmente, mantê-los na mente sem tentar afastá-los pelo tempo necessário para que ocorra a habituação, não utilizando qualquer estratégia para neutralizá-los. Pode ainda ser virtual (filme, fotografias, computador).

Prevenção de respostas

Prevenção de respostas ou dos rituais é a abstenção, por parte do paciente, da realização de rituais, compulsões mentais ou de adotar comportamentos de esquiva, sejam eles manifestos ou encobertos, ou de realizar quaisquer outras manobras destinadas a aliviar ou neutralizar medos ou desconforto associados às obsessões. Exemplos: abster-se de verificar, de lavar excessivamente as mãos, de alinhar objetos, de fazer contagens, de repetir perguntas, de fazer as coisas numa certa ordem, não afastar pensamentos “ruins”, repetir uma palavra “boa” para anular um pensamento “ruim”, etc. Os objetivos (tarefas de EPR a serem realizados em casa)

devem ser claros e operacionais: não lavar as mãos ao chegar em casa da rua, verificar a porta apenas uma vez antes de deitar, demorar no máximo 10 minutos no banho, sentar diariamente durante 30 minutos na cama com a roupa da rua. Recomenda-se que o contato seja mantido até a ansiedade desaparecer por completo (habituação na sessão), lembrando que a ansiedade desencadeada será menor a cada exercício (habituação entre as sessões).

6 - Estabelecimento de nova tarefa de casa

Leitura sobre o modelo cognitivo – Compreendendo seus problemas (Capítulo 8 – Livro Cordiole)

7 - Resumo final

Solicitar ao paciente que resuma a sessão.

“como combinamos na sessão passada e no início dessa, eu queria que tu me dissesse o que tu entendeu da sessão de hoje?”

8 – Feedback

Idem a primeira sessão

3ª Sessão

- 1 - Breve atualização
- 2 - Identificação e registro de crenças - formulário 7 (livro Cordiole)
- 3 - Ponte com a sessão anterior
- 4 - Estabelecer roteiro – AGENDA
- 5 - Revisar tarefa de casa
- 6 - Discutir tópicos da agenda – ensinar RPD inicial
- 7 - Estabelecimento de nova tarefa de casa – técnica de exposição e pedir RPD inicial
- 8 - Resumo final
- 9 – Feedback

Passo a passo da terceira sessão:

1 – idem segunda sessão

2 - Identificação e registro de crenças

Aplicar formulário 7 (livro Cordiole) com o objetivo de identificação e registrar suas crenças

3 - Ponte com a sessão anterior - idem segunda sessão

4 - Estabelecer roteiro – AGENDA

Exemplo: “A respeito dos teus sintomas, sobre o que queres falar hoje? Aconteceu alguma coisa diferente?”

5 - Revisar tarefa de casa – idem segunda sessão

6 - Discutir tópicos da agenda – ensinar RPD inicial

Deixar o paciente falar a respeito de uma história, momento, episódio, situação, quem diz respeito a sintomas do TOC. Em cima dessa situação o terapeuta explica o modelo cognitivo. Ou seja, explica a compreensão do funcionamento do TOC pela perspectiva cognitiva.

Exemplo:

Registro de pensamentos disfuncionais				
a) Situação ativadora (local, objeto ou pessoa)	b) Pensamentos automáticos (O que passou pela minha cabeça)	c) Consequências		d) Crenças (Exagerar o risco, a responsabilidade)
		O que senti (Medo, ansiedade,etc.)	O que fiz (Rituais ou evitações)	
Ao deitar	O gás pode estar escapando	Medo, aflição	Verifiquei o gás	Excesso de risco e de responsabilidade
Ao chegar da rua	Posso trazer doenças para dentro de casa	Medo	Lavei as mãos e troquei de roupa	Exagerar o risco

7 - Estabelecimento de nova tarefa de casa – pedir RPD inicial

“Como se fosse um remédio. Tem que todo dia pensar se ocorreu alguma coisa que fez eu me sentir ____, ____ ou ____.”

“ Infelizmente, a gente não tem um exame como uma radiografia para saber em que estás pensando, então esse exercício vai nos ajudar a observar as coisas que passam pela tua cabeça e como isso contribui para que tu hajas dessa forma.”

8 - Resumo final – idem segunda sessão

9 – Feedback - idem segunda sessão

4ª e 5ª Sessão

A 4ª e a 5ª sessão serão realizadas do mesmo dia e terão uma duração maior devido a aplicação da EPR.

- 1 - Breve atualização
- 2 - Ponte com a sessão anterior
- 3 - Estabelecer roteiro – AGENDA
- 4 - Revisar tarefa de casa
- 5 – Aplicar técnica de exposição
- 6 - Discutir tópicos da agenda – ensinar RPD total (utilizando a situação da técnica de exposição)
- 7 - Estabelecimento de nova tarefa de casa – técnica de exposição e pedir RPD total da situação em que se expos
- 8 - Resumo final
- 9 – Feedback

Passo a passo da 4ª e 5ª sessão

- 1 - Breve atualização**
 - 2 - Pontes com a sessão anterior**
 - 3 - Estabelecer roteiro – AGENDA**
 - 4 - Revisar tarefa de casa**
- OBS: itens a cima idem a terceira sessão**

5 – Aplicar técnica de exposição

Antes da aplicação da técnica, explicar ao paciente que ele deverá utilizar esta técnica nos próximos 60 dias, e que após isso será realizada uma avaliação marcada na última sessão.

A técnica deve ser aplicada de acordo com as obsessões e rituais que o paciente apresenta.

6 - Discutir tópicos da agenda – ensinar RPD total

7 - Estabelecimento de nova tarefa de casa – pedir RPD total (utilizando a situação da técnica de exposição)

Acrescentar as colunas das evidências no RPD. Dessa forma, o pensamento passa a ser questionado. Princípio da Metacognição (pensar sobre o que está pensando).

Exemplo:

Registro de Pensamentos Automáticos Total:

Situação <i>Quem? O que? Quando? Onde?</i>	Pensamento Automático <i>O que estava passando pela tua cabeça quando tu começaste a sentir isso? Alguma imagem? Frase? Circule o "pensamento quente"</i>	Estado do Humor <i>O que sentiu? "medir" de 0 a 100 a intensidade</i>	Comportamento <i>O que ocorreu depois? O que você fez?</i>	Evidências a favor	Evidências Contra

8- Resumo final

9 – Feedback

Os passos seguintes também serão os mesmos dos encontros anteriores.

Técnicas Cognitivas

(Utilizá-las a partir da 4ª sessão, caso necessário, de acordo com o paciente)

- RPD e questionamento Socrático
- Técnica das duas alternativas
- Técnica da pizza da responsabilidade
- Quebra do pensamento dicotômico
- Questionamento do pensamento catastrófico: a seta descendente
- Experimentos ou testes comportamentais
- Correção da avaliação excessiva de riscos
- Consulta a especialistas
- Reavaliação das condições necessárias para ocorrer um desastre
- Cálculo de vantagens e desvantagens
- Lembretes

6ª Sessão

- Idem a 4ª e 5ª sessão (apenas a técnica de exposição não será realizada na sessão, apenas como tarefa de casa junto com o RPD total)

Nestas sessões os significados do pensamento passam a ser questionados. Através das técnicas expostas, as crenças intermediárias e centrais desadaptativas do paciente tendem a ser evidenciadas e flexibilizadas.

Reestruturação cognitiva.

7ª Sessão

Término e prevenção de recaída

Avaliar evolução e fazer retrospectiva;

Tratamento facilitou a remissão do transtorno;

Ensiná-lo a ser seu próprio terapeuta, não é resolver todos os problemas;

Incentivar a utilizar as técnicas aprendidas;

Elaborar cartão de enfrentamento – auto-instruções;

Marcar a avaliação dos 60 dias após a 4ª e 5ª sessão onde foi realizada a EPR.

Estratégias de prevenção de recaída

- Identificar as situações internas (psicológicas) ou externas (lugares, objetos, horários) de risco (gatilhos) para a ocorrência de obsessões, a realização de rituais ou comportamentos evitativos;
 - Preparar com antecedência estratégias de enfrentamento (como vou me comportar) para lidar adequadamente com as situações gatilho: por quanto tempo, onde, de que forma (“Vou sentar na cama com a roupa da rua quando chegar em casa, durante 15 minutos”).
 - Vigilância: estar atento para o autocontrole e não executar de forma automática os rituais a que estava habituado nas situações de risco.
 - Distração: procurar se entreter, durante situações de risco, com outros pensamentos ou com atividades práticas, como forma de reduzir a aflição e o impulso de realizar rituais.
 - Conversar consigo mesmo, dar ordens para si mesmo: “Você tem condições de se controlar!”, “Não vá verificar se a torneira ficou bem fechada!”, etc.
 - Uso de lembretes: “A aflição não dura para sempre!”, “Isso é o TOC!”, ou “Cuidado com o TOC!”
- Uma vez decidida a alta é interessante combinar algumas sessões de reforço, especialmente se ocorreram lapsos, como forma de prevenir recaídas.