

Viviane Porto Tabeleão

**A Terapia Cognitivo Comportamental no Transtorno
Obsessivo Compulsivo: resultados nas Dimensões dos
Sintomas e nos Mecanismos de Defesa**

Universidade Católica de Pelotas

Pelotas, dezembro de 2016.

Viviane Porto Tabeleão

**A Terapia Cognitivo Comportamental no Transtorno
Obsessivo Compulsivo: resultados nas Dimensões dos
Sintomas e nos Mecanismos de Defesa**

Projeto de pesquisa elaborado
para o Doutorado em Saúde e
Comportamento da UCPEL,
sob a orientação do Prof. Dra.
Luciana de Avila Quevedo.

Universidade Católica de Pelotas

Pelotas, dezembro de 2016.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer às pessoas que contribuíram para realização deste trabalho.

Ao Programa de Suporte a Pós Graduação de Instituições de Ensinos Particulares – PROSUP/CAPES sem o qual meu doutorado não seria possível.

À professora Dra. Luciana Quevedo, minha orientadora, por ter confiado em meu trabalho e incentivado meu crescimento profissional e pessoal.

Às colegas de doutorado e de mestrado pelo trabalho em equipe e pela contribuição na produção dos artigos.

À banca, por aceitarem avaliar meu trabalho.

Aos pacientes, sem os quais esse trabalho não seria possível.

Aos meus pais e ao meu marido, o maior agradecimento por todo companheirismo e paciência em todos os momentos da realização deste trabalho.

INTRODUÇÃO GERAL

Este trabalho está dividido em três partes: a primeira referente ao projeto intitulado A Terapia Cognitivo Comportamental no Transtorno Obsessivo Compulsivo: resultados nas dimensões dos sintomas e nos mecanismos de defesa, a segunda parte referente aos artigos resultantes do projeto e a terceira parte diz respeito às considerações finais.

A primeira parte – Projeto – está subdividida em identificação, delimitação do problema, revisão de literatura, métodos e em anexo os instrumentos utilizados no estudo.

A segunda parte – Artigos – esta dividida nos dois artigos resultantes do projeto. O primeiro intitulado *Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder and results in cognitive behavioral therapy*; e o segundo intitulado *Improved relationship of symptoms of obsessive compulsive disorder with the use of defense mechanisms through cognitive behavioral therapy*

A Terceira parte – Considerações finais – responde as hipóteses elaboradas no projeto de acordo com os resultados alcançados e uma síntese do trabalho. Desta forma busca-se responder os objetivos do estudo trazendo uma contribuição para que possa auxiliar no entendimento deste tema.

PARTE I- PROJETO

I. IDENTIFICAÇÃO

1.1 Título: A Terapia Cognitivo Comportamental no tratamento do Transtorno Obsessivo Compulsivo e as mudanças no uso dos Mecanismos Defensivos

1.2. Doutoranda: Viviane Porto Tabeleão

1.3. Orientadora: Profa. Dra. Luciana de Avila Quevedo

1.4. Instituição: Universidade Católica de Pelotas

1.5. Linha de Pesquisa: Pesquisa Clínica

1.6. Data: dezembro de 2016

II. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

2.1 Introdução

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) tem uma prevalência de 2-3%, e é considerado o quarto transtorno mental mais comum¹. O TOC caracteriza-se por pensamentos, frases, palavras, cenas ou impulsos que invadem a consciência, involuntários ou impróprios persistentes e recorrentes – as obsessões –, geralmente acompanhadas de aflição ou medo e tentativas de ignorar, suprimir ou neutralizar esses pensamentos através da realização de atos repetitivos e estereotipados – as compulsões ou rituais. Pelo tempo que tomam, pelo desconforto que provocam ou pelo que levam o paciente a executar ou a evitar, comprometem as rotinas diárias, o desempenho profissional e as relações interpessoais². Acomete, em geral, pessoas jovens ao final da adolescência, sendo comum o início ainda na infância. Na maioria das vezes, os sintomas acompanham os indivíduos ao longo de toda a vida, evoluindo para uma progressiva deterioração em aproximadamente 10% dos casos³.

Os sintomas do TOC são tão heterogêneos que é plausível que dois pacientes com o mesmo diagnóstico possam apresentar sintomas totalmente diferentes⁴. Os pacientes também podem apresentar um ou mais sintomas de TOC, ao mesmo tempo¹ e vários estudos relatam a importância da condensação desses sintomas específicos em subgrupos^{1,5,6}. Mais recentemente, as estratégias dimensionais foram apresentadas para caracterizar com mais precisão diferenças individuais entre os pacientes com TOC¹. As dimensões dos sintomas do TOC tem levantado a hipótese de que são afetadas por diferentes mecanismos neurobiológicos e, portanto, estão relacionadas a diferentes respostas no tratamento. O modelo multidimensional do TOC sugere seis dimensões dos sintomas: 1) agressivo; 2) sexual / religioso; 3) simetria / ordem; 4)contaminação/lavagem; 5) colecionismo e 6) somáticas⁷.

Pelo fato das causas dos sintomas do TOC não terem sido esclarecidas, nestas últimas três décadas foram desenvolvidos métodos de tratamento que conseguem reduzir os sintomas em mais de 70% dos casos: o uso de inibidores seletivos da recaptação da serotonina, a clomipramina, e a terapia cognitivo-comportamental (TCC)⁸.

Estudos relacionando as dimensões dos sintomas do TOC e tratamento com TCC verificaram que obsessões e compulsões relacionadas ao colecionismo ou de conteúdo

sexual/religioso foram as que mais apareceram relacionadas a uma pior resposta aos tratamentos do TOC^{9, 10}.

Embora alguns estudos tenham encontrado que os sintomas específicos do TOC são preditores de resposta à TCC, as evidências não são conclusivas, pois poucos estudos têm avaliado a possível associação das dimensões dos sintomas de TOC e resposta ao tratamento.

Nem sempre a redução dos sintomas pode ser o único fator a ser considerado como resultado terapêutico, assim, fatores como aliança terapêutica, motivação e alterações nos mecanismos de defesa do paciente podem ser relevantes¹¹⁻¹⁴. Nos últimos anos a investigação sobre mecanismos de defesa e de enfrentamento tem despertado grande interesse clínico. Mecanismos de defesa são uma importante dimensão da personalidade do indivíduo, que diz respeito como ele lida com os conflitos, e como se adapta a realidade. Também serve como uma das maneiras para avaliar a influência dos fatores psicodinâmicos nos transtornos psiquiátricos^{11, 12, 15}.

Os mecanismos de defesa são, ainda, classificados de acordo com a maturidade do funcionamento defensivo, diferenciando-se em defesas maduras (adaptativas), defesas neuróticas e defesas imaturas (mal adaptativas)^{12, 16}. Um ego maduro tem maior controle sobre os impulsos, lidando melhor com os conflitos e adaptando-se a realidade de forma satisfatória, podendo se dizer que o uso de defesas maduras mostra uma estreita correlação com a maturidade do ego, quanto mais o indivíduo utiliza o estilo maduro contra diferentes estressores, menor a probabilidade de desenvolver um estado patológico. Já um ego imaturo possui defesas menos adaptativas, podendo-se utilizar de recursos de defesa que podem ser considerados patológicos, buscando aliviar a ansiedade ou outros estados afetivos^{11, 12, 17}. Os mecanismos de defesa também foram relacionados, em amostras clínicas, com distúrbios moderados e elevados e as mudanças foram observadas após intenso tratamento psicodinâmico¹¹.

Dados encontrados na literatura apontam que os mecanismos de defesa maduros se tornam mais utilizados após intervenção^{18, 19}. Alguns autores sugerem que a mudança nos mecanismos de defesa está relacionada ou pode promover melhora nos sintomas psiquiátricos, requerendo mais estudos clínicos que confirmem essa interação¹⁹.

Assim, este estudo tem como objetivo avaliar se determinadas dimensões de sintomas do TOC estão associadas à redução de sintomas com a terapia cognitivo-comportamental, assim como verificar se a TCC para o TOC pode influenciar nos mecanismos de defesa dos pacientes.

2.2 Objetivos

- Avaliar se determinadas dimensões do TOC estão associadas à redução de sintomas com a terapia cognitivo-comportamental
- Avaliar a gravidade dos sintomas obsessivos compulsivos antes e após a intervenção
- Verificar se a TCC para o TOC pode influenciar nos mecanismos de defesa dos pacientes

2.3 Hipóteses

- Pacientes com dimensão de colecionismo responderão melhor a TCC
- A gravidade dos sintomas obsessivos compulsivos diminuem após a intervenção, quando comparados com os dados anteriores a intervenção
- Após a intervenção os pacientes passam a utilizar mecanismos de defesa mais maduros, quando comparados com antes da intervenção

III. REVISÃO DE LITERATURA

Foi realizada uma busca nas bases de dados Pubmed e Lilacs, com os seguintes descritores:

Obsessive Compulsive Disorder, Obsessive Compulsive Disorder AND Cognitive Behavior Therapy, Obsessive Compulsive Disorder AND Cognitive Therapy, Obsessive Compulsive Disorder AND Dimensions, Obsessive Compulsive Disorder AND Cognitive Therapy AND Improvement, Obsessive Compulsive Disorder and Women, Obsessive compulsive Disorder AND Factor Socioeconomic, Obsessive compulsive Disorder AND Factor Socioeconomic demographic, Obsessive Compulsive Disorder AND Personality, Obsessive Compulsive Disorder AND Defense Mechanisms, Obsessive Compulsive Disorder AND Personality AND Defense Mechanisms, Obsessive Compulsive Disorder AND Defense Mechanisms AND Cognitive Therapy.

Foram selecionados os principais artigos para essa revisão.

3.1 Transtorno Obsessivo Compulsivo – Definição:

O transtorno obsessivo compulsivo (TOC) caracteriza-se pela presença de pensamentos, ideias ou imagens intrusivas e involuntárias que provocam ansiedade (obsessões) e por rituais mentais ou comportamentais realizados para neutralizar a ansiedade (compulsões)¹.

Pacientes com TOC tem menor probabilidade de remissão espontânea dos sintomas^{1,20,21}. Mais do que outros transtornos que envolvem a ansiedade como principal sintoma, o TOC apresenta curso crônico e maior flutuação na gravidade dos sintomas. Estudos indicam que mais de 20% dos pacientes apresentam sintomas graves afetando suas atividades sociais, ocupacionais e também suas relações familiares. Tendem a ser divorciados, desempregados, de baixo nível socioeconômico e ainda costumam utilizar mais os serviços de saúde quando comparados com a população geral²¹⁻²³.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o TOC foi considerado o quarto transtorno psiquiátrico mais comum e está entre as 10 maiores causas de incapacitação, acarretando um impacto negativo na vida do paciente e de suas atividades. Afeta de 1,6 a 3,1% da população em algum momento da vida, sendo mais prevalente que a esquizofrenia e transtorno bipolar^{4,20,21,24,25}.

O TOC parece atingir igualmente homens e mulheres, teria início mais precoce entre os homens, sendo diagnosticado mais frequentemente para o sexo masculino nas amostras referentes a população infantil e adolescente²⁴. Existem fortes evidências de que fatores biológicos e a incidência familiar (genética) tornam certos indivíduos mais suscetíveis a desenvolverem o transtorno. Estudos transculturais mostram que os sintomas do TOC são semelhantes nas diversas populações e culturas, contribuindo para sua etiologia. Apesar de teorias psicológicas terem embasado o surgimento do conceito do TOC, existem evidências crescentes de que é mediado por uma interação genético-ambiental^{22, 25}.

Os medos e evitações seriam decorrentes de aprendizagens ocorridas em duas etapas, a primeira seria a da aquisição por condicionamento clássico e a segunda, a manutenção por condicionamento operante, à medida que o indivíduo adota estratégias como a fuga e a evitação. As obsessões seriam estímulos internos que anteriormente neutros e em conseqüências de experiências negativas teriam ficado associados à ansiedade (condicionamento clássico). Se após o surgimento de um pensamento intrusivo de conteúdo negativo ou catastrófico a pessoa obtém alívio imediato realizando rituais ou adotando comportamentos de esquiva tenderá a repetir tais comportamentos no futuro (reforço), tais estratégias impedem a exposição e conseqüentemente a habituação, reforçando a tendência de o indivíduo adotá-las novamente em situações semelhantes que venham a ocorrer (condicionamento operante), tornando-os mais frequentes e repetitivos²⁶.

O sentimento do paciente como sendo sua responsabilidade de impedir futuros danos a si e especialmente aos outros seria o motivo principal que levaria ao portador do TOC a adotar comportamentos, rituais e verificações com a intenção de neutralizar os danos imaginados. Também considerado comportamento preventivo e que vem acompanhado de indecisão e dúvida. Os rituais de verificação aconteceriam quando uma

pessoa acha que tem a especial responsabilidade de prevenir danos se sente insegura na eficácia da remoção ou diminuição do possível dano, levaria a fazer repetidas verificações²².

3.2 Dimensões do TOC

Nos últimos anos, estudos tem apontado um modelo multidimensional do TOC com resultados que identificam sete dimensões dos sintomas. Essas estratégias dimensionais foram introduzidas para caracterizar mais precisamente diferenças individuais entre pacientes com TOC. As sete dimensões sugeridas são:

(1). Agressivo: obsessões sobre o dano devido à agressão, lesões, violência, desastres naturais e compulsões.

(2). Sexual/religioso: obsessões relativas à conteúdos sexuais, obsessões morais, religiosas e compulsões relacionadas

(3). Simetria/ ordenação: percepções “justas” e compulsões para contagem/arranjo ou ordenar, organizar.

(4). Contaminação/ lavagem: obsessões de contaminação e compulsões de limpeza.

(5). Colecionismo: juntar objetos, em sua maioria desnecessários, em excesso.

(6). Diversos: Os sintomas não atendem nenhuma dessas dimensões acima e esta relacionado com obsessões diversas e compulsórias relacionadas a preocupações somáticas e superstições entre outros sintomas^{1,4}.

Ainda temos os sintomas inerentemente ambíguos entre si, tais como, rituais mentais, repetição e evitação, que podem estar presentes em mais de um domínio^{1,4}.

O modelo multidimensional do TOC propõe que os fenômenos obsessivos compulsivos são normalmente distribuídos na população geral, tanto as obsessões como as compulsões são normais em indivíduos saudáveis. Apesar de os sintomas

aparentemente flutuarem quanto à gravidade, a flutuação do conteúdo dos sintomas ao longo do tempo são mais raras⁵.

3.3 Transtorno Obsessivo Compulsivo e Terapia Cognitivo Comportamental

Desde a década de 70, diversos estudos mostraram que terapias de base cognitivo-comportamental são tratamentos eficazes que produzem uma melhora em até 85% dos pacientes com TOC. Na estrutura da terapia cognitiva pensamentos intrusivos e indesejados e a sua má interpretação levam a ansiedade, com isso há um desejo de se envolver em compulsões para aliviar a excitação emocional excessiva. O alvo da terapia cognitiva são os sistemas de crenças e as interpretações errôneas que contribuem para a manutenção do TOC. Ao longo do tratamento, os pacientes são educados sobre seus domínios de crenças mais relevantes e ensinados a modificar padrões de pensamento inadequados^{20,27}.

Os termos terapia cognitiva (TC) e o termo terapia cognitivo-comportamental (TCC) são usados com frequência como sinônimos para descrever psicoterapias baseadas no modelo cognitivo. O termo TCC também é utilizado para um grupo de técnicas nas quais há uma combinação de uma abordagem cognitiva e de um conjunto de procedimentos comportamentais. A TCC é usada como um termo mais amplo que inclui tanto a TC padrão quanto combinações teóricas de estratégias cognitivas e comportamentais. A separação de TC em TCC é apenas para propósitos didáticos, já que muitas técnicas afetam tanto os processos de pensamento quanto de comportamento. Mudança cognitiva gera mudança de comportamento e vice-versa²⁸.

O princípio fundamental da TC é diretamente relacionado em como os indivíduos percebem e processam a realidade, e como isto influencia na maneira como se sentem e se comportam. Desde seus primórdios a TC tem como objetivo reestruturar e corrigir pensamentos distorcidos e o desenvolvimento de soluções pragmáticas para produzir mudanças e melhorar transtornos emocionais²⁸.

A TC postula que há pensamentos na fronteira da consciência, são chamados de pensamentos automáticos e ocorrem espontaneamente e rapidamente, diferentemente do fluxo

normal de pensamentos observados no pensamento reflexivo ou na livre associação. Segundo Beck, a maioria das pessoas não está imediatamente consciente da presença de pensamentos automáticos a não ser que estejam treinadas para monitorá-los e identificá-los. É tão possível perceber um pensamento, focar nele e avaliá-lo, como é possível identificar e refletir como uma sensação como a dor²⁹.

As TCCs podem ser classificadas em três divisões principais: 1) terapias de habilidades de enfrentamento, que enfatizam o desenvolvimento de habilidades que tem por objetivo fornecer ao paciente instrumentos para lidar com uma série de situações problemáticas; 2) terapia de solução de problemas, que objetiva o desenvolvimento de estratégias gerais para lidar com uma ampla variedade de dificuldades pessoais e 3) terapias de reestruturação, que enfatizam a pressuposição de que problemas emocionais são uma consequência de pensamentos mal adaptativos, sendo o objetivo reformular pensamentos distorcidos e promover pensamentos adaptativos²⁸.

A identificação de crenças disfuncionais em portadores do TOC levou alguns autores a propor a adaptação de algumas técnicas para o tratamento dos sintomas obsessivos compulsivos²⁶.

A EPR consiste no enfrentamento sistemático e gradual dos estímulos ansiogênicos é recomendado como principal estratégia de intervenção, consistindo na ideia de que o paciente deverá correr potenciais riscos evitando ao realizar esquivas e rituais. Baseia-se na relação funcional entre obsessões e compulsões e objetiva enfraquecer a associação entre obsessões e o aumento da ansiedade e entre compulsões e alívio da ansiedade. Para que isto aconteça, a EPR envolve repetidas e prolongadas confrontações com o estímulo que dispara o medo e simultaneamente o indivíduo é impedido ou interrompido em seus comportamentos compulsivos associados com a obsessão^{20,27,30}.

Alguns autores relatam em seus estudos que verificaram que a necessidade de se realizarem verificações ou lavagens desaparecia espontaneamente após um período que variava entre 15 a 180 minutos caso os indivíduos se abstivessem de realizar tais rituais. Observaram que a queda era mais acentuada a cada repetição do exercício, esse fenômeno conhecido como habituação, estabeleceu as bases científicas para a terapia de EPR²⁶.

A TCC no TOC segue basicamente a avaliação do paciente, avaliação da motivação para o tratamento e psicoeducação, identificação, listagem, avaliação da intensidade e hierarquização dos sintomas; introdução dos exercícios de EPR, explanação sobre o modelo cognitivo e introdução de técnicas cognitivas, monitoramento e reforço das técnicas cognitivas, a prevenção de recaídas e a terapia de manutenção²⁶.

Em uma revisão sistemática realizada por Prazeres et. al em 2007, citou um estudo com 46 pacientes mostrando que o melhor preditor de resposta da TCC para o TOC foi a compreensão da realização dos exercícios de EPR, ainda na primeira semana de tratamento, outro preditor de boa resposta foi a diminuição da ansiedade detectada até a quarta semana de tratamento²⁰.

Em uma revisão quantitativa realizada por Abramowitz (1997 *apud* Prazeres, 2007) com 32 estudos controlados envolvendo tratamento para o TOC, publicados entre 1975 e 1995 mostraram que a EPR foi altamente eficaz na redução dos sintomas do TOC e que as abordagens cognitivas também foram tão efetivas quanto a EPR. Fischer et. al. (2005 *apud* Prazeres, 2007) encontraram resultados semelhantes ao analisar oito estudos controlados envolvendo somente tratamentos psicoterápicos, a EPR foi o mais efetivo tratamento do TOC²⁰.

Um estudo realizado com 66 pacientes com o objetivo de determinar se pacientes com TOC resistentes a terapia medicamentosa poderia ser melhorada por TCC intensiva e sistemática de seis semana, o estudo mostrou uma melhora terapêutica significativa de quase aproximadamente 65% dos pacientes submetidos a TCC intensiva. A remissão do transtorno provavelmente estaria melhor relacionada com pacientes que tiveram uma boa percepção, um menor nível inicial de ansiedade e nenhum transtorno depressivo comórbido²³.

3.4. Mecanismos de Defesa

Os mecanismos de defesa estão entre as funções mais importantes do ego. Andrews et al. observou a definição de mecanismos de defesa por Anna Freud como

"As formas e os meios pelos quais as defesas do ego exercem controle sobre o comportamento impulsivo, afetos e impulsos instintivos"¹⁷.

De acordo com o DSM-IV Adaptive Escala de Funcionamento, mecanismos de defesa são definidos como "processos psicológicos automáticos que protegem o indivíduo contra a ansiedade e da consciência de perigos ou estressores internos ou externos"¹⁷.

Os mecanismos de defesa são classificados de acordo com o grau de maturidade. Defesas maduras são consideradas adaptativas, pois representam uma distorção mínima da realidade interna e externa, possibilitando o conhecimento consciente dos sentimentos, ideias e consequências. Nesta categoria são classificadas as seguintes defesas: sublimação, altruísmo, supressão, antecipação, humor, dentre outras. As defesas neuróticas, consideradas mal adaptativas, evitam o sofrimento reprimindo da consciência os aspectos conflituosos da vivência psicológica do sujeito. Nesta categoria estão as defesas: anulação, deslocamento, dissociação, formação reativa, intelectualização, isolamento do afeto, repressão, racionalização. As defesas imaturas, também consideradas mal adaptativas, afastam da consciência aspectos conflituosos, como, por exemplo, impulsos, ideias, afetos, e cuja aproximação com os aspectos conscientes possibilitaria desconforto psíquico. As defesas imaturas estão bastante relacionadas à patologia da identidade e indicam uma distorção significativa na imagem de si próprio, do corpo, ou de outros, e geralmente são utilizadas na regulação da auto-estima. Dentro desta categoria estão as defesas: negação, projeção, comportamento passivo-agressivo, regressão, fantasia, somatização, hipocondria, atuação, desvalorização, entre outras^{12,16}.

Juntamente com os resultados positivos obtidos com a TCC nos sintomas do TOC, tem se observado uma melhora sustentada nos mecanismos de defesa. Acredita-se que cada patologia apresenta um padrão particular e específico no uso e controle dos mecanismos de defesa, embora estudos sugiram que pacientes ansiosos apresentem um perfil semelhante de defesas^{12,19}. As melhorias nos sintomas do TOC estariam relacionadas ao uso de mecanismos de defesa mais saudáveis^{18,31}.

Estudos relatam o uso de defesas imaturas e neuróticas em pacientes com TOC. O uso de defesas maduras está diretamente correlacionado com a maturidade do ego,

quanto mais maduro o ego do indivíduo menor a probabilidade de desenvolver algum tipo de patologia¹⁷.

Ainda são muito escassos estudos que relacionam os mecanismos de defesa com a melhora dos sintomas do TOC com a TCC. Albucher em 1998 avaliando à alteração dos mecanismos de defesa antes e depois do tratamento com TCC em pacientes com TOC, identificou que após o tratamento os pacientes passaram a utilizar significativamente mais defesas adaptativas em relação ao início do tratamento¹⁸. Reforçando a necessidade de estudos mais atuais que façam essa relação.

IV. MÉTODO

4.1 Delineamento

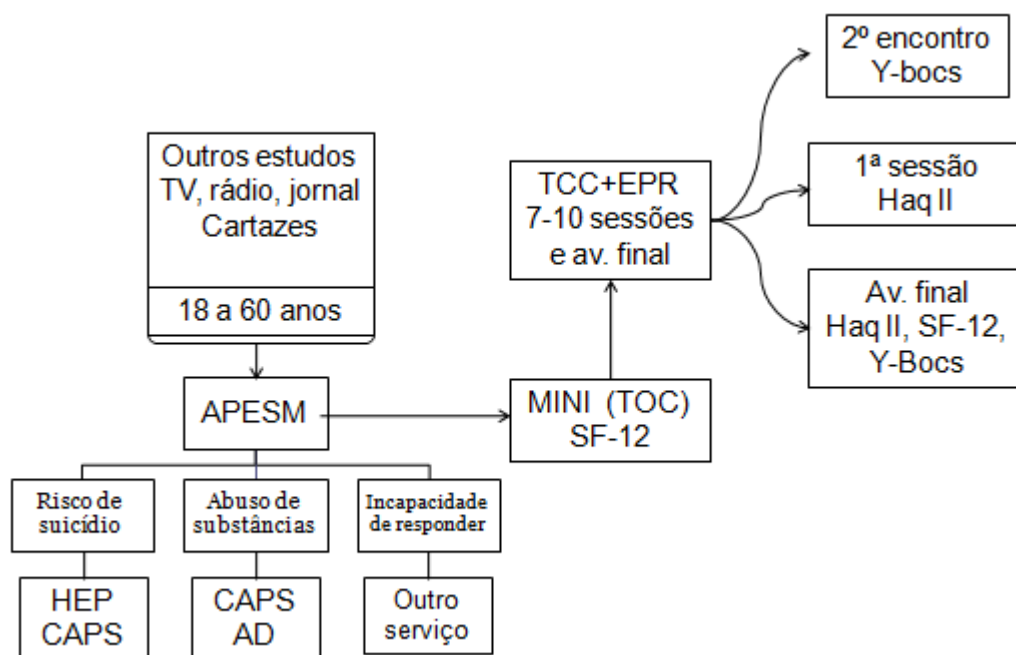
Estudo de intervenção com pacientes diagnosticados com TOC com idade entre 18 e 60 anos.

4.1.1 Seleção da amostra

Participaram do estudo todos adultos que foram diagnosticados com TOC pela entrevista diagnóstica *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview* (MINI PLUS +)³². A amostra foi realizada por conveniência e a captação aconteceu da seguinte forma:

- a) Todos os sujeitos entrevistados em um estudo transversal de base populacional sobre temperamento e transtorno de humor que foram diagnosticados com TOC;
- b) Todos os sujeitos entrevistados em um estudo de coorte sobre transtorno de humor em jovens que foram diagnosticados com TOC;
- c) Todos os sujeitos entrevistados em uma coorte sobre desenvolvimento infantil (pai e mãe) que foram diagnosticados com TOC;
- d) Todos os sujeitos que chegaram 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



4.1.2 Amostra – tamanho e tipo

Todos adultos que forem diagnosticados pelo Mini Internacional Neuropsychiatric Interview³² com TOC em um estudo transversal de base populacional. Estima-se encontrar 2310 sujeitos no estudo transversal, sendo a prevalência esperada de TOC na população de 3% (de acordo com dados da literatura), o ensaio clínico contará com 70 pacientes.

4.1.3 Critérios de Inclusão

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

4.1.4 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.

4.2 Instrumentos / Materiais

- *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI PLUS +)*³²: 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 1).

- DSQ-40 – *Defense Style Questionnaire*, versão em português, consiste em um questionário auto-respondido com 40 questões, que pode fornecer para as 20 defesas individuais e para os três fatores maduro (sublimação, humor, antecipação e supressão), imaturo (projeção, agressão, atuação, isolamento, desvalorização, fantasia autista, negação, dissociação, clivagem, deslocamento, somatização e racionalização) e neurótico (pseudualtruismo, anulação, idealização e formação reativa). Cada item é avaliado em uma escala de 1 a 9, na qual 1 indica “discordo totalmente” e 9 indica “concordo totalmente”. Os escores das defesas individuais são calculados pela média dos dois itens de cada mecanismo de defesa dado e os fatores dos escores são calculados pelos escores médios das defesas que pertencem a cada fator (Anexo 2).
- *Yale-Brown Obsessive-compulsive Scale Symptom (Y-BOCS)*⁶: 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 3)
- *Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS)*¹: consiste em uma escala semi-estruturada para avaliar a presença e severidade e dimensões de sintomas obsessivos compulsivos. O DY-BOCS é composto por 88-itens auto-aplicáveis, concebido para proporcionar uma descrição detalhada de obsessões e compulsões que são divididas em seis diferentes dimensões de sintomas Obsessivos Compulsivos. (Anexo 4)
- Para avaliar a classificação socioeconômica das amostras foram utilizados os critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Essa classificação é baseada no acúmulo de bens materiais e na escolaridade do chefe

da família, classificando os sujeitos em cinco níveis (A, B, C, D e E). Neste estudo, a ABEP será dividida em três grupos (A e B, C, D e E)³⁴.

- **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 auto monitoramento 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 5).

4.3 Definição das Variáveis

4.3.1 Variáveis dependentes

→Artigo 1- Gravidade dos sintomas do TOC – Quantitativa/contínua - obtida através do instrumento Y-BOCS antes e após intervenção.

→Artigo 2- Mecanismos de defesa – Quantitativa/contínua – obtida através do instrumento DSQ-40 versão em português.

4.3.2 Variáveis Independentes

→Sexo: Masculino e feminino (qualitativa/dicotômica).

→Idade: Entre 18 e 60 anos (quantitativa/discreta).

→Classificação econômica: ABEP – A+B, C, D+E (qualitativa/ordinal).

→Escolaridade: ABEP – Analfabeto + Primário incompleto, Primário completo + Ginásial incompleto, Ginásial completo + Colegial incompleto, Colegial completo + Superior incompleto, Superior completo (qualitativa/ ordinal).

→Vive com companheiro: Sim ou Não (qualitativa/ dicotômica).

→ Transtorno Obsessivo Compulsivo: *MINI Plus* – Sim ou Não (qualitativa/dicotômica).

→ Presença e severidade das dimensões do TOC: DY-BOCS – agressivo, sexual/religioso, contagem/arranjo e contaminação/lavagem, colecionismo, diversos (qualitativa/ categórica).

4.4 Seleção e treinamento de pessoal

As terapeutas foram psicólogas treinadas para a aplicação dos instrumentos nos participantes do estudo de intervenção, bem como para o modelo de psicoterapia. As terapeutas foram treinadas e supervisionadas semanalmente por um profissional capacitado e com especialização em TCC.

4.5 Estudo Piloto

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

4.6 Coleta de dados

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

4.7 Processamento e análise dos dados

Os dados foram digitados diretamente em tablets no software *Open Data Kit* (ODK). Posteriormente, os dados foram convertidos para o pacote estatístico SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago IL, USA), no qual foram feitas as análises. Para comparar as variáveis de exposição com o desfecho foi utilizado *teste-t* e ANOVA, e para verificar a diferença das médias pré e pós tratamento foi utilizado o *teste-t* para amostras pareadas.

4.8 Divulgação dos resultados

Os resultados do estudo estão em processo de divulgação à comunidade científica através da produção de artigos sobre o tema, às autoridades de saúde do país através de relatórios descritivos, à população participante e comunidade em geral através da publicação dos resultados em meios de comunicação de massa.

4.9 Aspectos Éticos

Os participantes receberam informações sobre os objetivos da pesquisa e assinaram um “Termo de consentimento livre e esclarecido” (ANEXO 6). O projeto do estudo maior já foi aprovado pelo Comitê de Ética da UCPel sob o protocolo de número 2009/24 (ANEXO 7). Os participantes que foram diagnosticados com algum outro transtorno que não o TOC foram encaminhados ao local adequado para atendimento.

4.10 Cronograma

Atividade	Mês/Ano Início	Mês/Ano Fim
Revisão de Literatura	03/2013	11/2016
Elaboração do projeto	03/2013	10/2013
Seleção e treinamento de terapeutas	11/2013	02/14
Estudo Piloto	03/2014	03/2014
Avaliação inicial	04/2014	04/2015
Intervenção Psicológica	06/2014	03/2015
Avaliação final	09/2014	06/2015
Processamento/ Análises dos dados/ Produção científica	07/2015	02/2016
Redação do 1º artigo	03/2016	08/2016
Redação do 2º artigo	09/2016	11/2016
Defesa da tese	12/2016	

4.11 Orçamento

Material de consumo			
Despesas de custeio	Quantidade	Valor individual (R\$)	Valor total (R\$)
Transporte de pessoal → passagem de ônibus (3,05/unidade)x ida e volta x 10 sessões e 2 avaliações x 50 participantes	1.200	6,10	3.660,00
Equipamento de informática → tablets	02	500,00	1.000,00
Xerox → termos de consentimento – 2 vias para cada paciente (04 folhas)	200	0,40	80,00
Total			4.740,00

V. REFERÊNCIAS

1. Rosario-Campos M.C., Miguel E.C., Quatrano S., Chacon P., Ferrão Y., Findley D., Katsovich L., Scahill L., King R.A., Woody S.R., Tolin D., Hollander E., Kano Y., Leckman J.F., 2006. *The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive. Mol Psychiatry.* **11**(5):495-504.
2. DSM IV - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
3. Lensi P., Cassano G.B., Correddu G., Ravagli S., Kunovac J.L., Akiskal H.S., 1996. *Obsessive-compulsive disorder: familial developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender related differences. Br. J. Psychiatry.* v.169, p.101-107.
4. Li Y., Marques L., Hinton D.E., Wang Y., Xiao Z.P., 2009. *Symptom Dimensions in Chinese Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. CNS Neurosci Ther.* **15**(3):276-82.
5. Fullana, M.A.; Tortella-Feliu, M., Caseras, X., Taberner, J., Torrubia R., Mataix-Cols D., 2007. *Temporal stability of obsessive-compulsive symptom dimensions in an undergraduate sample: a prospective 2-year follow-up study. Behav Modif.* **31**(6):815-24.
6. 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. Psychother Psychosom.* **73**(3):190-6.
7. Mataix-Cols D., Rosario-Campos M.C., Leckman J.F., 2005. *A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry.* **162**:228–238.
8. Pigott T., Seay S., 2000. *Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder: overview and treatment refractory strategies. In: Goodman, W.K.; Rudorfer, M.V.;*

Maser, J.D. *Obsessive compulsive disorder - contemporary issues in treatment*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. p.277.

9. Saxena S., Maidment K.M., Vapnik T., Golden G., Rishwain T., Rosen R.M., Tarlow G., Bystritsky A., 2002. *Obsessive compulsive hoarding: symptom severity and response to multimodal treatment*. J Clin Psychiatry. **63**(1):21-7.

10. Rufer M., Fricke S., Moritz S., Kloss M., Hand I., 2006. *Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: prediction of cognitive-behavior therapy outcome*. Acta Psychiatr Scand. **113** (5):440-6.

11. Kramer, U.; De Roten Y.; Michel, L.; Despland, J.N. (2009). *Early change in defense mechanisms and coping in short-term dynamic psychotherapy: Relations with symptoms and alliance*. Clin. Psychol. Psychother.**16**: 408-17.

12. Kipper, L. C. **Avaliação de mecanismos de defesa em pacientes com transtorno do pânico, sua relação com gravidade, resposta ao tratamento e alteração pós tratamento**. Porto Alegre: UFRGS, 2003. 191p.

13. Reche, C. E. & Silva, H. A. (2003). *Avaliação das razões de sucesso na psicoterapia cognitiva*. Revista Brasileira de Psiquiatria, **25**(1): 56-57.

14. Feliciano, M. F. C.; Parra, C. R. *Aliança terapêutica e resultados: estudo de caso clínico em psicoterapia cognitivo comportamental*. 2011.

15. Blaya, C.; Kipper, L.; Heldt, E.; Isolan, L.; Citlin, L.H.; Bond, M.; Manfro, G. G. (2004). *Versão em português do Defense Style Questionnaire (DSQ-40) para avaliação dos mecanismos de defesa: um estudo preliminar*. Rev Bras Psiquiatr. **26**(4):255-8.16.

16. McWilliams, N. **Diagnóstico Psicanalítico: Entendendo a Estrutura da Personalidade no Processo Clínico**. Porto Alegre: Artmed, 2014. 2ªed.

17. Shabanpour, R.; Zahiroddin, A. R.; Janbozorgi, M.; Ghaeli, P. (2012). *Assessment of Defense Styles and Mechanisms in Iranian Patients Suffering from Obsessive Compulsive or Panic Disorders versus Normal Controls using Persian Version of Defense Style Questionnaire-40*. Iran J Psychiatry. **7**:31-35.

18. Albucher, R. C.; Abelson, J. L.; Nesse, R. M. (1998). *Defense Mechanism changes in successfully treated patients with obsessive-compulsive disorder*. Am J Psychiatry. **155**(4): 558-559.
19. Perry, J. C.; Bond, M. (2012). *Change in Defense Mechanisms During Long-Term Dynamic Psychotherapy and Five-Year Outcome*. Am J Psychiatry. **169**:916–925
20. Prazeres, A. M.; Souza, W. F.; Fontenelle, L.F. (2007). *Terapias de base cognitivo-comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo: revisão sistemática da última década*. Revista Brasileira de psiquiatria. **29** (3): 262-270.
21. Niederauer, K.G.; Braga, D. T.; Souza, F. P.; Meyer, E.; Cordioli, A. V. (2007). *Qualidade de vida em indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo: revisão de literatura*. Revista Brasileira de Psiquiatria. **29** (3): 271-278.
22. Cordioli, A. V. (2008). *A terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo*. Revista Brasileira de Psiquiatria, **30**(2): 65-72.
23. Vyskocilova, J.; Prasko, j.; Sipek, J. (2016). *Cognitive behavioral therapy in pharmacoresistant obsessive compulsive disorder*. Neuropsychiatr Dis Treat. **12**: 625-639.
24. Del Porto, J.A. (2001). *Epidemiologia e aspectos transculturais do transtorno obsessivo compulsivo*. Rev Bras Psiquiatr. **23**(Supl II):3-5
25. Sampaio, A. S., *et al*, 2013. Estudos de associação genética no transtorno obsessivo compulsivo. Rev. Psiq. Clínica. **40**(5):177-90
26. Cordioli, A. V; Braga, D. T.; Morgis, R.; Souza, M. B.; Kapczinski, F. (2001). *Crenças disfuncionais e o modelo cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo compulsivo*. Rev. Psiq. Clin **28**(4): 197-206.
27. Wilhelm, S.; Berman, N. C.; Keshaviah, A.; Schwartz, B. A.; Steketee, G. (2015). *Mechanisms of change in cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: Role of maladaptive beliefs and schemas*. Behav Res Ther. **65**: 5-10.

28. Knapp, P.; Beck, A. T. (2008). *Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva*. Ver Bras Psiquiatr. **30**(2): 54-64.
29. Beck A. T.; Newman C. F. Cognitive Therapy. In: Kaplan & Sadocks. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 8th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2005
30. Zamignani, D. R.; Andery, M. A. P. A. (2005). *Interação entre terapeutas comportamentais e clientes diagnosticados com Transtorno Obsessivo Compulsivo*. Psic.: Teor. e Pesq. **21**(1): 109-119.
31. Atmaca, M.; Yildirim, H.; Koc, M.; Korkmaz, S.; Ozler, S.; Erenkus, Z. (2011). Do defense styles of Ego Relates to volumes of Orbito-Frontal Cortex in patients with Obsessive Compulsive Disorder? *Psychiatry Investig* **8**: 123-129.
32. Amorim P. Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2000; 22 (supl. 3): 106-115.
33. Blaya, C.; Kipper, L.; Heldt. E.; Isolan, L.; Citlin, L.H.; Bond, M.; Manfro, G. G. (2004). *Versão em português do Defense Style Questionnaire (DSQ-40) para avaliação dos mecanismos de defesa: um estudo preliminar*. Rev Bras Psiquiatr. **26**(4):255-8.
34. Associação Brasileira de Empresas em Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação econômico no Brasil. São Paulo, Brasil; 2010. [capturado Jan. 2009] Disponível em: [HTTP://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB](http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB).

VI. ANEXOS

Anexo 1. MINI

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

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

11	Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo ? (por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) ou que tinha micróbios ou medo de contaminar os outros ou de agredir alguém mesmo contra a sua vontade ou de agir impulsivamente ou medo/ superstição de ser responsável por coisas ruins ou ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis ou uma necessidade de colecionar ou ordenar as coisas.) <small>(NÃO LEVAREM 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 <input type="checkbox"/> <small>RESPOSTA 14</small>	SIM	1
12	Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ?	NÃO <input type="checkbox"/> <small>RESPOSTA 14</small>	SIM	2
13	Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ?	NÃO	SIM	3
				obsessões
14	Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	NÃO	SIM	4
				compulsões
13 OU 14 SÃO COTADAS SIM?		<input type="checkbox"/>	NÃO	SIM
15	Reconhece que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ?	<input type="checkbox"/>	NÃO	SIM 5
16	Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo ?		NÃO	SIM 6
17 a	Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
17 b	Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		
<small>NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DAS OBSESSÕES/COMPULSÕES? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADICIONAIS SE NECESSÁRIO).</small>				
17 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?			NÃO	SIM 7
16 E 17 (SUMÁRIO) SÃO COTADAS SIM ?		NAO SIM T.O.C. ATUAL		
18 16 E 17 b SÃO COTADAS SIM E 17 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?		NAO SIM T.O.C. ATUAL <i>devido a condição médica geral</i>		
19 16 E 17 a SAO COTADAS SIM E 17 (SUMÁRIO) É COTADA NAO ?		NAO SIM T.O.C. ATUAL <i>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 2. DSQ-40 versão em português brasileiro

Nome: _____ **Idade:** _____

Este questionário consiste de 40 afirmativas relacionadas a como você pensa e funciona em sua vida. Não há questão certa ou errada. Marque o grau em relação ao qual você concorda ou discorda de cada afirmativa e assinale sua resposta, de 1 a 9. Por exemplo, um escore de 5 indicaria que você nem concorda e nem discorda da afirmativa, um escore de 3 indicaria que você discorda moderadamente e um escore de 9 que você concorda plenamente.

1. Eu fico satisfeito em ajudar os outros e, se eu não puder fazer isso, eu fico deprimido.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

2. Eu consigo não me preocupar com um problema até que eu tenha tempo para lidar com ele.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

3. Eu alivio a minha ansiedade fazendo coisas construtivas e criativas, como pintura ou trabalho em madeira.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

4. Eu sou capaz de achar bons motivos para tudo que eu faço.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

5. Eu sou capaz de rir de mim mesmo com bastante facilidade.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

6. As pessoas tendem a me tratar mal.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

7. Se alguém me assalta e rouba o meu dinheiro, eu prefiro que essa pessoa seja ajudada ao invés de punida.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

8. As pessoas dizem que eu costumo ignorar os fatos desagradáveis como se eles não existissem.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

9. Eu costumo ignorar o perigo como se eu fosse o Super-homem.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

10. Eu me orgulho da minha capacidade de reduzir as pessoas aos seus devidos lugares.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

11. Eu freqüentemente ajo impulsivamente quando alguma coisa está me incomodando.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

12. Eu fico fisicamente doente quando as coisas não estão indo bem para mim.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

13. Eu sou uma pessoa muito inibida.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

14. Eu fico mais satisfeito com minhas fantasias do que com a minha vida real.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

15. Eu tenho qualidades especiais que me permitem levar a vida sem problemas.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

16. Há sempre boas razões quando as coisas não dão certo para mim.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

17. Eu resolvo mais as coisas sonhando acordado do que na vida real.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

18. Eu não tenho medo de nada.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

19. Às vezes, eu acho que sou um anjo e, outras vezes, acho que sou um demônio.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

20. Eu fico francamente agressivo quando me sinto magoado.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

21. Eu sempre acho que alguém que eu conheço é como um anjo da guarda.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

22. Tanto quanto eu sei, ou as pessoas são boas ou más.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

23. Se o meu chefe me repreendesse, eu poderia cometer um erro ou trabalhar mais devagar só para me vingar dele.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

24. Eu conheço alguém que é capaz de fazer qualquer coisa e é absolutamente justo e imparcial.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

25. Eu posso controlar os meus sentimentos se eles interferirem no que eu estiver fazendo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

26. Eu freqüentemente sou capaz de ver o lado engraçado de uma situação apesar de ela ser desagradável.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

27. Eu sinto dor de cabeça quando tenho que fazer algo de que não gosto.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

28. Eu freqüentemente me vejo sendo muito simpático com pessoas com quem, pelo certo, eu deveria estar muito brabo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

29. Eu tenho certeza de que a vida é injusta comigo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

30. Quando eu sei que vou ter que enfrentar uma situação difícil, eu tento imaginar como isso será e planejo um jeito de lidar com a situação.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

31. Os médicos nunca realmente entendem o que há de errado comigo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

32. Depois de lutar pelos meus direitos, eu tenho a tendência de me desculpar por ter sido tão firme.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

33. Quando estou deprimido ou ansioso, comer faz com que eu me sinta melhor.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

34. Freqüentemente me dizem que eu não mostro os meus sentimentos.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

35. Se eu puder prever que vou ficar triste mais adiante, eu poderei lidar melhor com a situação.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

36. Não importa o quanto eu reclame, eu nunca consigo uma resposta satisfatória.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

37. Frequentemente eu me dou conta de que eu não sinto nada em situações que deveriam me despertar fortes emoções.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

38. Manter-me muito ocupado evita que eu me sinta deprimido ou ansioso.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

39. Se eu estivesse passando por uma crise, eu me aproximaria de pessoas que tivessem o mesmo problema.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

40. Se eu tenho um pensamento agressivo, eu sinto a necessidade de fazer algo para compensá-lo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

Anexo 3. Yale-Brown Obsessive-compulsive Scale Symptom Checklist (Y-BOCS)

1. Tempo ocupado pelos sintomas obsessivo-compulsivos

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

0 Nenhum

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

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

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

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

2. Interferência provocada pelos pensamentos obsessivos

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

ou profissional?

0 Nenhuma interferência

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

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

3 Grave: provoca deterioração considerável no desempenho social ou ocupacional

4 Muito grave: incapacitante

3. Sofrimento relacionado aos pensamentos obsessivos

P. Até que ponto os seus pensamentos obsessivos o perturbam ou provocam

mal-estar em você?

0 Nenhuma perturbação

1 Leve: muito pouca

2 Moderado: perturbador, mais ainda controlável

3 Grave: muito perturbador

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

4. Resistência às obsessões

P. Até que ponto se esforça para resistir aos pensamentos obsessivos? Com que 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 4 – Dimensional Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (DY-BOCS)

Parte I: Lista de sintomas Obsessivo-Compulsivo

NOTA: este questionário refere-se aos sintomas obsessivo-compulsivos.

Pedimos para que você complete todo o questionário.

Quando estiver completando o questionário, considere as seguintes definições:

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

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

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

Marque uma vez X em uma ou mais células em cada linha apropriada (“passado” significa que o sintoma esteve presente no passado, mas não durante a última semana). Se um sintoma tiver estado presente (atual ou passado), indique a idade de início.

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

A. Lista de sintomas

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Obsessões Sobre Agressão, Violência, Desastres Naturais e Compulsões Relacionadas
				1.Tenho obsessões de que eu posso me ferir. Por exemplo, medo de ferir a si mesmo com uma faca ou garfo, medo de segurar ou estar perto de objetos pontiagudos, medo de se jogar na frente de um carro

				ou medo de andar perto de janelas de vidro.
				2. Tenho obsessões de que eu vou ser ferido. Por exemplo, medo de ser ferido por não estar sendo suficientemente cuidadoso. Medo de que pessoas ou determinados objetos venham a me ferir.
				3. Verifico se não me feri ou se não fui ferido. Por exemplo, procurando por feridas ou sangramentos depois de segurar objetos pontiagudos ou quebráveis, ou checando com médicos ou outros para reassegurar-me de que não feri a mim mesmo.
				4. Tenho obsessões de que posso ferir outras pessoas. Por exemplo, medo de envenenar a comida de outras pessoas, medo de ferir bebês, medo de empurrar alguém para a frente de um carro ou de um trem.
Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Obsessões Sobre Agressão, Violência, Desastres Naturais e Compulsões Relacionadas
				5. Tenho obsessões de que vou ferir outras pessoas sem querer. Preocupações de estar envolvido em um acidente de carro, medo de ser responsável por não dar assistência em uma catástrofe imaginada, medo de ferir os sentimentos de alguém, medo de causar ferimentos por dar conselhos/informações errados.
				6. Tenho obsessões de que posso ser responsável ou responsabilizado por algo terrível que aconteça. Por exemplo, medo de começar um incêndio ou ser responsável por um assassinato ou assalto.
				7. Verifico se não feri outros ou se outros não foram feridos. Por exemplo, verificar se não feriu alguém sem saber. Você pode perguntar aos outros para ressegurar-se, ou telefonar para certificar-se de que tudo está bem.
				8. Tenho imagens violentas ou horrendas na cabeça. Por exemplo, imagens de assassinatos ou acidentes ou outras imagens violentas como corpos desmembrados.
				9. Tenho obsessões de que posso dizer obscenidades ou insultos. Por exemplo, medo de falar coisas obscenas em um lugar quieto com muitas pessoas em volta – como uma igreja ou uma sala de aula. Medo de escrever coisas obscenas.
				10. Tenho obsessões que envolvem fazer algo que cause embaraço. Por exemplo, medo de tirar as roupas em públicos ou parecer tolo em situações sociais.
				11. Tenho obsessões sobre executar impulsos involuntariamente. Por exemplo, apunhalar um amigo, atropelar alguém, bater o carro em

				uma árvore etc.
				12. Verifico se algo terrível acontecerá ou aconteceu. Por exemplo, procurar nos jornais e noticiários no rádio ou televisão se aconteceu alguma catástrofe que você acredita que possa ter ocasionado. Pedir para outros lhe reassegurarem.
				13. Verifico ou tomo outras medidas (diferentes de verificações) de modo a prevenir ferir-me, ferir outros, ou evitar outras conseqüências terríveis. Por exemplo, ficar longe de objetos pontiagudos ou quebráveis. Evitar manusear facas, tesouras, vidro.
				14. Preciso repetir atividades rotineiras para prevenir conseqüências terríveis. Por exemplo, necessidade de realizar a mesma ação repetidas vezes depois de ter tido um “mau” pensamento sobre agressão/ferimentos, com o objetivo de prevenir terríveis conseqüências. Por favor, marque este item somente se a repetição for realizada em resposta aos pensamentos relacionados à violência, comportamentos agressivos ou desastres naturais.
				15. Tenho rituais mentais além de verificação. Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz “em sua cabeça”, como pensar em um “bom” pensamento para anular um “mau” pensamento ou necessidade de manter listas mentais que você tem que relembrar em uma certa ordem. Por favor, marque este item somente se estes rituais mentais forem especificamente relacionados ou feitos para aliviar obsessões sobre violência, comportamentos agressivos ou desastres naturais.

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

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

Você marcou **ATUAL** algum destes itens (1 a 15)?

() Sim () Não

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

Se “Sim”, quais destes sintomas incomodaram-lhe durante a última semana? _____ (Escreva o número do item).

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

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

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

0=**Nenhum**

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

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

3=**Freqüentemente, 1 a 3 horas/dia-** freqüente intrusão, necessidade de realizar compulsões, ou comportamentos de evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia, mas muitas horas do dia são livres destas obsessões, compulsões ou comportamentos de evitação).

4=**Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia-** Intrusão muito freqüente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia).

5=**Sempre, mais do que 8 horas/dia-** Intrusão quase constante de obsessões, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (muitos sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem várias obsessões, compulsões e/ou evitação).

	Nenhum	Raramente	Ocasionalmente	Freqüentemente	Quase sempre	Sempre
Pior Fase						
Atual						

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

pareça relacionado aos sintomas (obsessões, necessidade de realizar compulsões ou ao incomodo associado a evitação) dessa dimensão (agressão, violência e desastres naturais).

0=Nenhum incomodo

1=Mínimo- quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente.

2=Médio- algum incomodo presente, mas não muito.

3=Moderado- incomoda, mas ainda é tolerável.

4=Grave- incomoda muito.

5=Extremo- incomodo quase constante e muito intenso.

	Nenhum	Mínimo	Médio	moderado	grave	extremo
Pior Fase						
Atual						

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

0=Nenhuma interferência

1=Mínima, leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance.

3=Moderada, interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável.

2=Média, alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau.

4=Interferência Grave, caua grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais.

5=Interferência Extrema, incapacitante.

	Nenhum	Mínimo	Médio	moderado	grave	extremo
Pior Fase						
Atual						

Dimensão II- Obsessões Sexuais e Religiosas e Compulsões Relacionadas

A. Lista de Sintomas

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

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

				religiosas.
--	--	--	--	-------------

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

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

Você marcou **ATUAL algum destes itens (16 ao 30)?**

() Sim () Não

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

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

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

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

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

0=Nenhum.

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

2=**Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia-**
intrusão

ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia).

3= **Freqüentemente, 1 a 3 horas/dia-** freqüente intrusão, necessidade de realizar compulsões, ou

comportamentos de evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia, mas muitas horas do dia são livres

destas obsessões, compulsões ou comportamentos de evitação).

4=**Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia**- Intrusão muito freqüente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia).

5=**Sempre, mais do que 8 horas/dia**- Intrusão quase constante de obsessões, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (muitos sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem várias obsessões, compulsões e /ou evitação).

	Nenhum	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Quase sempre	Sempre
Pior Fase						
Atual						

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

	Nenhum	Mínimo	Médio	moderado	grave	extremo
Pior Fase						
Atual						

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

0=**Nenhuma interferência**

1=**Mínima**, leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance.

2=**Média**, alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a

performance é afetada em algum grau.

3=**Moderada**, interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável.

4=**Interferência Grave**, causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais.

5=**Interferência Extrema**, incapacitante.

	Nenhum	Mínimo	Médio	moderado	grave	extremo
Pior Fase						
Atual						

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

A. Lista de Sintomas

Nunca	Passado	Atual (Última semana)	Idade de início	Ordem, Simetria, Contagem, Fazer e Refazer e Necessidades de que as coisas “estejam legais”
				31. Tenho obsessões sobre a necessidade das coisas estarem perfeitas ou exatas. Por exemplo, preocupação ou sentimentos desconfortáveis sobre o alinhamento correto de papéis e livros, preocupação com a realização de cálculos, com a necessidade de fazê-los corretamente ou necessidade de escrever de forma perfeita.
				32. Tenho obsessões sobre simetrias. Por exemplo, estar extremamente preocupado se certas sensações, pensamentos ou coisas não estão simétricas.
				33. Verifico se não cometi erros. Por exemplo, verificação repetida enquanto lê, escreve ou faz simples cálculos para certificar-se que não cometeu um erro. Isto pode envolver fazer listas de coisas para fazer, assim como checá-las obsessivamente.
				34. Releio ou reescrevo. Por exemplo, levar horas para ler poucas páginas de um livro ou para escrever uma pequena carta porque você fica lendo e relendo. Isto pode também envolver a procura por uma palavra ou frase “perfeita”
				35. Tenho necessidade de repetir atividades rotineiras. Por exemplo, entrar/sair de casa várias vezes; sentar/levantar várias vezes de uma cadeira. Repetir atividades rotineiras como ligar e desligar aparelhos, colocar e tirar um objeto da mesa, pentear o cabelo ou olhar para determinado local. Você pode não se sentir

				<p>bem até fazer essas coisas um determinado número de vezes ou até que uma certa sensação de simetria seja alcançada. Tente distinguir esse item da repetição realizada como atividades secundárias a um pensamento de conteúdo agressivo, sexual ou religioso, ou de contaminação ou de colecionismo.</p>
				<p>36. Tenho compulsões de contagem. Por exemplo, contar coisas como azulejos no teto ou no chão, brinquedos, janelas, telhas, pregos na parede, livros em uma estante ou até mesmo grãos de areia na praia.</p>
				<p>37. Tenho rituais de ordenação e arranjo. Por exemplo, endireitar papéis ou canetas sobre a mesa ou livros na estante. Você pode gastar horas arrumando as coisas na sua casa numa determinada “ordem” ficando muito chateado se esta “ordem” é alterada.</p>
				<p>38. Tenho compulsões que envolvem tocar simetricamente ou realizar ações ou movimentos simétricos. Por exemplo, após tocar ou fazer algo no lado direito, precisar tocar ou fazer a mesma coisa no lado esquerdo.</p>
				<p>39. Tenho necessidade de tocar, esfregar ou dar pancadinhas. Por exemplo, sentir o impulso de tocar superfícies quentes, como o fogão. Sentir o impulso de tocar outras pessoas, ou de tocar um objeto. Necessidade de esfregar ou pegar algo como o telefone para evitar que alguém da família adoça.</p>
				<p>40. Tenho medo de não dizer exatamente o correto. Por exemplo, medo de ter dito coisas erradas, preocupação de não encontrar a palavra ou frase perfeita antes de dizer algo ou responder a alguém.</p>
Nunca	Passado	Atual (Última semana)	Idade de início	Ordem, Simetria, Contagem, Fazer e Refazer e Necessidades de que as coisas “estejam legais”
				<p>41. Tenho rituais mentais além de verificação ou balanceamento. Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz “em sua cabeça”. Por favor, marque este item somente se estes rituais mentais estiverem especificamente relacionados a obsessões de simetria, exatidão ou percepções de “estar-legal”.</p>
				<p>42. Evito certas ações, pessoas ou coisas para prevenir a ocorrência de obsessões e compulsões sobre simetria ou exatidão. Por exemplo, não olhar para certas coisas na casa porque elas certamente irão desencadear obsessões ou compulsões de ordenação/arranjo ou exatidão.</p>

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

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

Você marcou **ATUAL em algum destes itens (31 a 42)? ()Sim ()Não**
Se você circulou “não”, passe para a próxima sessão (sessão IV), em
“Obsessões de Contaminação e Compulsões de Limpeza.

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

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

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

	Nenhum	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Quase sempre	Sempre
Pior Fase						
Atual						

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

	Nenhum	Mínimo	Médio	moderado	grave	extremo
Pior Fase						

Atual						
--------------	--	--	--	--	--	--

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

	Nenhum	Mínimo	Médio	moderado	grave	extremo
Pior Fase						
Atual						

Dimensão IV – Obsessões de Contaminação e Compulsão de Limpeza

A. Lista de sintomas

Nunca	Passado	Atual (última semana)	Idade de Início	Preocupações com Contaminação e Compulsões de Limpeza
				43. Tenho obsessões com sujeira ou micróbios. Por exemplo, medo de pegar germes sentando em determinadas cadeiras, cumprimentando alguém, tocando em maçanetas.
				44. Tenho preocupação excessiva com, ou nojo de excrementos ou secreções do corpo. (ex.: urina, fezes, saliva, vômito). Por exemplo, medo de entrar em contato com vômito, urina, fezes, sêmen, secreção, vagina, suor (de si próprio ou de outra pessoa).
				45. Tenho preocupação excessiva com contaminações provenientes do ambiente (ex. resíduos tóxicos, radiações). Por exemplo, medo de ser contaminado por asbestos ou radônio; medo de substâncias radioativas (por exemplo, o cézio 137); medo de coisas associadas com cidades contendo lixo atômico. Medo de ser contaminado por poluição.
				46. Tenho obsessões por insetos ou animais. Por exemplo, medo de ser contaminado por moscas ou ao entrar em contato com cachorros, gatos ou outros animais.
				47. Fico incomodado com substâncias viscosas ou resíduos. Por exemplo, nojo de fitas adesivas, cola ou substâncias pegajosa que

				possam conter ou não contaminantes.
				48. Fico preocupado em pegar doenças por contaminação. Por exemplo, medo de ficar doente como um resultado direto de ser contaminado. Isto pode incluir medo de contrair doenças específicas como AIDS ou câncer, especificamente por causa de contaminação.
				49. Tenho lavagem excessiva ou ritualizada das mãos. Por exemplo, necessidade de lavar repetidamente as mãos por causa de preocupações com sujeira ou germes ou porque você não sente que suas mãos estão limpas o suficiente. Frequentemente se esta seqüência de lavagem de mãos é interrompida, todo o processo te que ser reiniciado. O ritual pode envolver a necessidade de lavar as mãos um certo número de vezes ou ter que lavá-las de uma maneira específica.
Nunca	Passado	Atual (última semana)	Idade de Início	Preocupações com Contaminação e Compulsões de Limpeza
				50. Tomo duchas, banhos, escovação dos dentes ou rotinas diárias de higiene pessoal compulsivas ou excessivas. Por exemplo, as atividades de higiene no banheiro podem precisar ser realizadas de acordo com uma ordem específica. Você pode precisar de uma quantidade excessiva de papel higiênico. Frequentemente, caso a rotina de lavagem ou limpeza seja interrompida, é preciso começar tudo de novo.
				51. Tenho preocupação excessiva ou nojo de itens na casa ou objetos inanimados. Por exemplo, preocupação ou medo de ser contaminado (a) por torneiras, vasos sanitários, pisos, utensílios de cozinha, produtos de limpeza e solventes. Além disso, sentir nojo da ideia de entrar em contato com qualquer um destes itens.
				52. Tenho compulsões que envolvem limpeza excessiva de móveis da casa ou de objetos inanimados. Por exemplo, limpeza excessiva de brinquedos, roupas, material escolar, torneiras, cozinha, banheiros, cão e utensílios domésticos.
				53. Tenho rituais mentais além de verificação. Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz “na sua cabeça”. Por favor, marque este item somente se estes rituais estiverem especificamente relacionados com preocupações com contaminação.
				54. Tomo medidas para prevenir ou evitar/remover o contato com substâncias que podem causar contaminação. Evito fazer certas coisas ou ir a certos lugares por causa das preocupações com

				contaminação. Por exemplo, pedir para membros da família que removam inseticidas, lixo, latas de gasolina, carne crua, tintas, verniz, medicamentos do armário de remédios, ou limpem a sujeira dos animais domésticos se você não pode evitar estas coisas. Pedir para os familiares abrirem portas, ou usar luvas ou lenços de papel ou toalhas de mão pra evitar o contato direto com certas coisas. Não utilizar banheiros públicos, na usar toalhas de hotéis ou não apertar as mãos de outras pessoas (cumprimentos).
--	--	--	--	---

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

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

Você marcou **ATUAL** em algum destes itens (43 a 54)? () Sim () Não

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

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

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

- 1. Quão grave estas obsessões e compulsões foram na última semana?** Avalie a gravidade dos sintomas de 1 a 10, sendo “10” o mais grave e “1” o melhor (menos grave) desde que você começou a ter estes sintomas. _____ Avaliação (1-10).
- 2. Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões?** Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões (item 43 a 54).
- 3. Quanto de seu tempo é ocupado por estas obsessões e compulsões?** Ou quão freqüentemente estes pensamentos e compulsões ocorrem? Certifique-se de que incluiu o tempo gasto com comportamentos de evitação.

	Nenhum	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Quase sempre	Sempre
Pior Fase						
Atual						

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

	Nenhum	Mínimo	Médio	moderado	Grave	extremo
Pior Fase						
Atual						

Dimensão V – Obsessões e Compulsões de Coleccionismo

A. Lista de Sintomas

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

		semana)	Início	
				60. Tenho rituais mentais referentes a guardar ou colecionar objetos. Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz “em sua cabeça” como pensar um bom pensamento após um “mau” pensamento ou necessidade de manter listas que tem de ser lembradas em uma determinada ordem. Por favor, marque este item somente se estes rituais estiverem especificamente relacionadas com obsessões de colecionismo.
				61. Evito certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir compulsões de colecionismo. Por exemplo, não passar por certas lojas ou supermercados, ou não ler o jornal. Pedir a outra pessoa para limpar seu armário e/ou jogar suas coisas fora.

B. Avaliação de gravidade de Sintomas de Colecionismo

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

Você marcou **ATUAL** em algum destes itens (55 a 61)? ()Sim ()Não

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

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

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

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

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

	Nenhum	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Quase sempre	Sempre
Pior Fase						
Atual						

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

	Nenhum	Mínimo	Médio	moderado	grave	extremo
Pior Fase						
Atual						

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

	Nenhum	Mínimo	Médio	moderado	grave	extremo
Pior Fase						
Atual						

Dimensão VI – Obsessões e Compulsões Diversas

A. Lista de Sintomas

Nunca	Passado	Atual (Última semana)	Idade de início	Obsessões e Compulsões Diversas
				62. Tenho preocupações com doença ou enfermidade. Por exemplo, medo de ter doenças como câncer, cardiopatias, AIDS, apesar dos médicos terem descartado a possibilidade. Separar essas preocupações das preocupações associadas ao medo de contaminação.

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

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

				determinada maneira por um determinado tempo.
Nunca	Passado	Atual (Última semana)	Idade de início	Obsessões e Compulsões Diversas
				81. Tenho necessidade de repetir algo que eu ou outra pessoa tenha dito. Pode ser uma determinada palavra que você não consegue tirar da cabeça ou pode ser o final de uma frase que você acabou de dizer ou ouviu alguém dizer.
				82. Tenho preocupação excessiva com certas partes do corpo ou com a aparência física. Por exemplo, preocupação com a aparência, segurança ou funcionamento do rosto, orelhas, nariz, olhos ou alguma outra parte do corpo
				83. Verifico coisas relacionadas a obsessões sobre aparência. Por exemplo, procuro reasseguramento sobre a aparência com amigos. Verificar repetidamente se há odores em seu corpo ou verificar a aparência (rosto ou outros pontos do corpo) procurando por aspectos feios. Necessidade de se arrumar continuamente ou comprar alguns aspectos de seu corpo com os do corpo de outra pessoa; você pode ter que vestir certas roupas em determinados dias. Ser obcecado com o peso.
				84. Tenho obsessões sobre comida. Por exemplo, preocupação excessiva com receitas, calorias e/ou dietas.
				85. Tenho obsessões e/ou compulsões sobre exercícios físicos. Por exemplo, obsessões com a necessidade de fazer exercícios para queimar calorias. As compulsões relacionadas incluem exercícios que devem seguir certas regras ou ter uma determinada duração.
				86. Tenho rituais de alimentação. Por exemplo, ter que arranjar/arrumar a comida, faca e garfo em uma determinada ordem antes de comer. “Ter que” comer de acordo com um ritual rígido, ou ter que esperar para comer até que os ponteiros de um relógio estejam marcando uma determinada hora.
				87. Arranco cabelo (Tricotilomania). Por exemplo, puxar os cabelos do couro cabeludo, os cílios, a sobrancelha ou os pelos púbicos. Pode usar os dedos ou pinças para puxar os pelos. Frequentemente esse comportamento envolve procurar pelo “cabelo certo”, remover o folículo ou morder o cabelo. Causar clareiras (falhas na cabeça) que exijam o uso de uma peruca ou arrancar os cílios e sobrancelhas completamente.
				88. Cutuco a pele ou outros comportamentos de automutilação (obsessões e compulsões). Por exemplo, cutucar a pele em

				volta das unhas ou próxima a machucados. Machucar a si mesmo ou piorar os machucados.
				Outro sintoma.

Avaliação de gravidade das Obsessões e Compulsões Diversas

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

Você marcou algum **ATUAL** nestes itens (62 ao 88)? () Sim () Não

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

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

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

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

	Nenhum	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Quase sempre	Sempre
Pior Fase						
Atual						

4. **Quanto incômodo (ansiedade, culpa, um grande sentimento de medo ou um sentimento de exaustão) estas compulsões relacionadas causam?** Pode ser útil perguntar: quanto incômodo você sente por ter que repetir suas compulsões várias vezes? Como você se sentiria se encontrasse algo (pessoa, lugar ou coisa) que

estivesse evitando? Considere somente incômodo ou desconforto que pareça relacionado aos sintomas dessa dimensão (obsessões, necessidade de realizar compulsões ou ao incômodo associado à evitação).

	Nenhum	Mínimo	Médio	moderado	grave	extremo
Pior Fase						
Atual						

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

	Nenhum	Mínimo	Médio	moderado	grave	extremo
Pior Fase						
Atual						

**Gravidade Global dos Sintomas Obsessivo-Compulsivos-
Sintomas Híbridos (envolve mais de uma dimensão)
(QUEM PREENCHE ESSA PARTE É O ENTREVISTADOR)**

Classifique as dimensões de sintomas na ordem de maior para menor gravidade na última semana. **1 = mais grave, 2 = próxima mais grave, e assim por diante.**

Por favor, marque cada dimensão. Se os sintomas estiverem ausentes durante a última semana, marque um “0” no devido espaço.

ATENÇÃO: NÃO REPETIR NÚMEROS

_____ *Obsessões de agressão e compulsão relacionadas*

_____ *Obsessões sexuais e religiosas*

_____ *Obsessões e compulsões de simetria, ordem, contagem e arranjo*

_____ *Obsessões de contaminação e compulsão de limpeza*

_____ *Colecionismo*

_____ *Obsessões e compulsões diversas*

Qual a pior coisa que o paciente pensa que aconteceria se não respondesse aos seus pensamentos obsessivos ou necessidades de realizar suas compulsões ou rituais?

Por favor, descreva:

Quão certo está o paciente de que esta temida conseqüência é real ou ocorrerá de fato ?

0 = Está certo de que a conseqüência temida não acontecerá

1 = Mais certo de que a conseqüência temida não acontecerá

2 = Incerto se a conseqüência temida acontecerá ou não

3 = Mais certo de que a conseqüência temida acontecerá

4 = Certo de que a conseqüência temida acontecerá

Tabela de Resultados DY-BOCS – Atual (última semana)

Dimensão de sintomas	Tempo (0-5)	Incômodo (0-5)	Interferência (0-5)	Total (0-15)
Agressão, Violência e Desastres Naturais				
Sexual e Religião				
Simetria, Ordem, Contagem e Arranjo				
Contaminação e Limpeza				
Colecionismo				
Diversas				

Anexo 5

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

O presente protocolo se divide em sete sessões de terapia cognitiva 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, ruminações;
- 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 teremos 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 relembrar 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 “horríveis”). 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

Anexo 6 – 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 7 – Carta de aprovação do comitê de ética



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

PARTE II – ARTIGOS

Primeiro artigo da Tese

Revista: Psychiatry Research

Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder and results in cognitive behavioral therapy

Viviane Porto Tabeleão, Mariana Bonati de Matos, Jéssica Puschalski Trettim, Rafaelle

Stark Stigger, Carolina coelho Scholl, Andressa Jacondino Pires, Luciana de Avila

Quevedo*

Postgraduate Programme in Health and Behavior, Catholic University of Pelotas-

UCPel, Brazil

Corresponding Author:

Luciana de Avila Quevedo

E-mail: lu.quevedo@bol.com.br

Postgraduate Programme in Health and Behavior, Catholic University of Pelotas -

UCPel

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

Pelotas , Brazil

Abstract

The aim of study was to evaluate whether different symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder (OCD) were associated with reduced symptoms through cognitive behavioral therapy (CBT). It was an intervention study with 108 patients, between the ages of 18 and 60, diagnosed with OCD by using the International Neuropsychiatric Interview (MINI-PLUS). The intervention included seven sessions of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) for OCD. Patients were evaluated using the Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale) and DY-BOCS (Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale) in the first session and in the last session of CBT. With the exception of sexual and religious dimensions, almost all dimensions had significant reduced scores of obsessive-compulsive symptoms, more specifically, symmetry. The results showed that CBT was effective in reducing certain symptom dimensions of OCD. This study evaluated whether different symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder (OCD) were associated with reduced symptoms by using cognitive behavioral therapy. The results showed that CBT was effective in reducing symptoms. Based on the results obtained, a better adaptation of the model to address sexual and religious dimensions should be investigated. Further research should be directed.

Keywords: Obsessive Compulsive Disorder, Cognitive Therapy, symptom dimensions, psychiatric disorders

1. Introduction

Until the mid-1960s, obsessive-compulsive disorder (OCD) was considered a difficult disorder to treat. This situation has changed in recent decades with the

introduction of the cognitive behavioral therapy (CBT), which proved to be effective in reducing the symptoms of obsessive-compulsive disorder in approximately 70% of patients who comply with treatment (Cordioli, 2008). OCD is a heterogeneous disorder characterized by the presence of obsessions and/or compulsions that consume time or significantly interfere with the subjects' daily routine, work, family or social life, causing marked distress. OCD affects around 2.5% of the general population and is considered the fourth most common mental disorder (Rosário- Campos et al., 2006; Sampaio et al., 2013).

In the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV (DSM IV, 1994), OCD is characterized by the presence of obsessions and / or compulsions that include thoughts, phrases, words, scenes or impulses that invade consciousness, involuntary or inappropriate persistent and recurrent - obsessions - usually accompanied by distress or fear and attempts to ignore, suppress or neutralize these thoughts by performing repetitive and stereotyped acts - compulsions or rituals. Psychological factors, such as erroneous learning, distorted beliefs and catastrophic nature thoughts are present in most patients, and appear to play an important role in the emergence and maintenance of symptoms (Cordioli, 2008).

Individuals with OCD exhibit heterogeneous symptoms (Li et al., 2009) and may present one or more OCD symptoms at the same time. Several studies have reported the importance of condensing these symptoms into specific subgroups (Rosário-Campos et al., 2006; Fullana et al., 2007; Mataix-Cols et al., 2004). Dimensional strategies were presented to accurately characterize the differences between OCD patients (Rosário-Campos et al., 2006). The symptom dimensions of OCD have been hypothesized to be affected by different neurobiological mechanisms and thus are related to different treatment responses. A multidimensional model of OCD suggests six symptom dimensions: 1) aggressive; 2) sexual / religious; 3) symmetry / ordering; 4) contamination / washing; 5) hoarding and 6) diverse (Mataix-Cols et al., 2005).

For being a heterogeneous disorder, it is likely that not all the same dimensions respond to treatment. Studies concerning the symptom dimensions of OCD and treatment with CBT found that obsessions and compulsions related to hoarding or sexual / religious content were the most frequent OCD symptoms associated with

poorer response to CBT (Rufer et al., 2006; Saxena et al., 2002; Vyskocilova et al., 2016), as well as low motivation for therapy (intervention) and increased severity of the disorder (Prazeres et al., 2007). In contrast, a higher socioeconomic status and a recent onset of symptoms seemed to be related to better response to CBT (Vyskocilova et al., 2016; Prazeres et al., 2007). Although some studies have found that the specific symptoms of OCD are predictors of response to CBT, the evidence is not conclusive, because few studies have evaluated the possible association of the symptom dimensions of OCD with response to treatment. This study aimed to evaluate whether certain symptom dimensions of OCD were associated with reduced symptoms by using CBT.

2. Method

2.1 Study Design

It was an intervention study with patients, between the ages of 18 and 60 years, diagnosed with OCD

2.2 Selection of participants

Sample selection and criteria for inclusion were determined as follows: patients diagnosed with OCD through the International Neuropsychiatric Interview (MINI PLUS) (Amorim, 200) who were treated at the Ambulatory Research and Extension in Mental Health in the city of Pelotas, southern Brazil, from June 2012 to December 2014. The study excluded participants with addiction or substance abuse (except tobacco), moderate or severe suicide risk, severe psychotic symptoms and inability to respond to and / or understand the study instruments.

Figure 1 shows the flowchart of the study.

2.3 Intervention

2.3.1 Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

Seven CBT sessions were held weekly. The sessions were structured, collaborative, with focus on the problem and the symptoms, and also involved

demonstrations, exercises and home works, self monitoring instruments and performing tasks with the therapist.

The main techniques used were the dysfunctional thought record (DTR) and exposure and response prevention exercises (ERP). Exposure consists of the direct contact with objects, places or situations that are avoided due to fear or discomfort. Response prevention is the abstention, by the patient, from performing certain behavior or rituals. The main effect of exposure and response prevention is the instantaneous increase of anxiety, which may reach high levels in the first exercise, but decreases within minutes. In case they repeated the exercises enough times, both the anxiety and the need to do the rituals disappeared completely. This natural phenomenon was then coined habituation. DTR is used to help the patient recognize the link between activating environmental situations, automatic thoughts, feelings and behavior (Knapp, 2004). This is accomplished through a recording in which the patients ask themselves: What situation led to the unpleasant emotions? How much do you believe it was true? What emotions went through your mind? Scores range from 0 to 10 or 0 to 100 (Cordioli, 2008).

For these interventions, five psychologists, who were not involved in any stage of the study, were trained for the application of the instruments and protocol. To measure the presence and severity of obsessive and compulsive symptoms, the patients were evaluated using the Y-BOCS and the DY-BOCS (Rosário-Campos et al, 2006) in the first session and the Y-BOCS scale in the last session of CBT.

2.3.2 Data Collection

Participants were evaluated for the severity of OCD symptoms before and after the intervention using the Y-BOCS scale applied by specifically trained psychologists. Another group of psychologists was responsible for the intervention. The socio-demographic variables were collected at baseline.

2.4 Measures

The MINI PLUS (Amorim, 2000) is a short (15-30 minutes) structured diagnostic interview compatible with DSM-IV and ICD-10 criteria. It was designed for the clinical practice and research in psychiatric and primary care settings.

Patients diagnosed with OCD were recruited via radio, TV, billboard, and newspaper advertising to participate in the intervention study.

The Y-BOCS (Rosário-Campos et al., 2006) as applied before and after treatment. This “gold standard instrument” was used to assess the severity of OCS. The scale includes 10 items, five for obsessions and five for compulsions. Each item can be rated from 0 (none) to 4 (extreme) with a maximum score of 40 points. The DY-BOCS (Rosário-Campos et al., 2006) was also used. This scale measures the presence and severity of obsessive-compulsive (OC) symptoms. The DY-BOCS self-report is composed of an 88-item self-report checklist, designed to provide a detailed description of obsessions and compulsions that are divided into six different OC symptom dimensions.

The socio-economic status was assessed using the classification proposed by the Brazilian Association of Research Companies (ABEP). This classification is based on the accumulation material possessions and education level of the household head, classifying individuals into economic classes (A, B, C, D or E). A structured questionnaire was also used, containing questions on sex, age, education level and marital status (ABEP, 2003).

2.5 Statistical analysis

The mean scores on the DY-BOCS and the Y-BOCS were analyzed and compared using the Student's t test and ANOVA. The mean scores for OCD symptoms were compared before and after the intervention, using the t test for paired samples. Statistical analysis was performed using SPSS version 20.0 for Windows (SPSS Inc., Chicago IL, USA).

2.6 Ethical Aspects

The study was approved by the Research Ethics Committee of the Catholic University of Pelotas (UCPel) under the protocol number 2011/24. All participants

signed an informed consent form for analysis and anonymous publication of the study results. Participants who refused to participate in the intervention were referred to an appropriate healthcare service.

3. Results

A total of 108 respondents were selected for treatment. Among these subjects, 52.8% completed the treatment and most of the sample were women (72.1%), aged between 18 and 39 years (66.3%), from economy classes between C, D and E (52.8%). Almost half had higher education (48.3%), and most of them were not studying at the time of the intervention (68.0%). Almost half were not working (46.6%) and the majority of participants lived with a partner (60.9%). At the beginning of treatment, the mean score for severity of obsessive-compulsive symptoms was 23.7 (*SD* 8.2). These characteristics were compared between subjects who completed and those who did not complete the treatment. No statistically significant differences were found between the groups ($p > 0.05$) (Table 1).

Table 2 shows the comparison between the initial mean scores on YBOCS according to the independent variables. None of those showed a significant association with the initial mean score for OCD symptoms. However, according to the dimensions, the older patients had higher mean scores for hoarding ($p=0.008$) when compared to the younger patients and to those who were not working. They also obtained higher mean scores for contamination ($p=0.039$) when compared to those who worked.

Table 3 shows the mean difference between OCD dimensions before and after treatment. Except for sexual/religious dimension, all dimensions were significantly reduced after treatment. Symmetry had greater difference between the mean scores: 11.2 (95% *CI* 8.1, 14.3), followed by violence that decreased 9.1 (95% *CI* 5.5, 12.8).

4. Discussion

This study evaluated whether different symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder (OCD) were associated with reduced symptoms by using cognitive behavioral therapy. The results showed that CBT was effective in reducing symptoms in

all except sexual and religious obsessions. This result is consistent with that found in the literature which describes that patients with sexual and religious obsessions respond poorly to CBT (Rufer et al, 2005; Saxena et al, 2002; Vyskocilova et al, 2016). Religious and unwanted sexual thoughts and also obsessions with the body symptoms are considered significant because obsessive thoughts are so often within these taboos that so many people with OCD choose to hide them.

In the present study, the therapy was carried out during a short period of time, which may have affected the entailment between the therapist and the patient. The latter probably did not have enough time to feel comfortable talking about sexual issues.

Symmetry in OCD presented greater differences before and after treatment, contrary to what was found in the literature. It has also been associated with poorer prognosis, including decreased level of functioning, and poorer response to treatment. Our findings are not consistent with previous studies; therefore, further studies are needed to determine new treatment strategies (Fullana et al, 2007). Up to date, studies that directly link collecting and older people have not been found, but there is evidence that older people fear discard useful things because they believe that an item will be useful or valuable in the future, which may justify the excess over the years (Winsberg et al, 1999; Seedat, 2002).

It is noteworthy that the patients who were not working had higher mean scores in symptom dimension contamination. The fear of being contaminated may be related to the negative impact that obsessions and compulsions can have on daily social and occupational activities and on family relations (Niederauer et al., 2007; Mancebo et al., 2008).

Although OCD severity has been consistently associated with functional impairment, little is known about the characteristics of individuals who are unable to maintain gainful employment due to OCD. Some have suggested that variables such as size, gender, age at onset, may be associated with occupational inability. Understanding these correlations is a critical first step to identifying ways to disability and optimizing impact of treatment Mancebo et al., 2008; Koran, 2000).

Some limitations should be acknowledged: the small number of patients who completed the treatment. Although the baseline characteristics were similar among those who completed and those who did not complete the study, the patients who completed the treatment were more clinically significant; the number of sessions may have interfered, although the treatment has been shown to be effective for most of the dimensions, except for sexual and religious dimensions. Despite the need of brief therapy for the population, further studies are necessary to find a more appropriate model.

Unsurprisingly, CBT is an effective therapy for OCD (Cordioli, 2008), however, we must be aware of different forms of manifestation of this disorder.

Based on the results obtained, a better adaptation of the model to address sexual and religious dimensions should be investigated, since it is one of the dimensions that causes greater social embarrassment to the patient. Further research should be directed at identifying factors that may be involved in a specific therapeutic process for sexual dimension.

Role of funding source

This study was funded by the Research Support Foundation in Rio Grande do Sul

Author's contributions

All authors contributed to and have approved of the final version of the manuscript.

Conflict of interest

The authors declare that there are no conflicts of interest with regard to the subject of this study.

References

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2003). Dados com base no Levantamento Sócio Econômico (IBOPE). Site: www.abep.org

Amorim P., 2000. [*Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI): Validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais*]. Rev Bras Psiquiatr. **22** (3): 106-115.

Cordioli, A. V. (2008). *A terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo*. Revista Brasileira de Psiquiatria, **30**(2): 65-72.

DSM IV - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.

Fullana, M.A.; Tortella-Feliu, M., Caseras, X., Taberner, J., Torrubia R., Mataix-Cols D., 2007. *Temporal stability of obsessive-compulsive symptom dimensions in an undergraduate sample: a prospective 2-year follow-up study*. Behav Modif. **31**(6):815-24.

Knapp, Paulo. (2004) *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.

Koran, L. M. (2000). *Quality of life in obsessive-compulsive disorder*. Psychiatr Clin North Am. **23** (3): 509-517.

Li Y., Marques L., Hinton D.E., Wang Y., Xiao Z.P., 2009. *Symptom Dimensions in Chinese Patients with Obsessive-Compulsive Disorder*. [CNS Neurosci Ther.](#) **15**(3):276-82.

Losner, C.; Mccgregor, N.; Hemmings, S., *Symmetry symptoms in obsessive-compulsive disorder: clinical and genetic correlates*. (2016). Rev. Bras. Psiquiatria. **38** (1): 17-23.

Mancebo, M. C.; Greenberg, B; Grant, J. E.; Pinto, A.; Eisen, J.L.; Dyck, I.; Rasmussen, S. A. (2008). *Correlates of Occupational Disability in a clinical sample of obsessive-compulsive disorder*. Compr Psychiatry. **49** (1): 43-50.

- 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. Psychother Psychosom.* 73(3):190-6.
- Mataix-Cols D., Rosario-Campos M.C., Leckman J.F., 2005. *A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder.* Am J Psychiatry. **162**:228–238.
- Niederauer, K.G.; Braga, D. T.; Souza, F. P.; Meyer, E.; Cordioli, A. V. (2007). *Qualidade de vida em indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo: revisão de literatura.* Revista Brasileira de Psiquiatria. **29** (3): 271-278.
- Prazeres, A. M.; Souza, W. F.; Fontenelle, L.F. (2007). *Terapias de base cognitivo-comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo: revisão sistemática da última década.* Revista Brasileira de psiquiatria. **29** (3): 262-270.
- Rosario-Campos M.C., Miguel E.C., Quatrano S., Chacon P., Ferrão Y., Findley D., Katsovich L., Scahill L., King R.A., Woody S.R., Tolin D., Hollander E., Kano Y., Leckman J.F., 2006. *The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive.* Mol Psychiatry. 11(5):495-504.
- Rufer M., Fricke S., Moritz S., Kloss M., Hand I., 2006. *Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: prediction of cognitive-behavior therapy outcome.* Acta Psychiatr Scand. **113** (5):440-6.
- Sampaio, A. S., *et al*, 2013. Estudos de associação genética no transtorno obsessivo compulsivo. Rev. Psiq. Clínica. **40**(5):177-90.
- Saxena S., Maidment K.M., Vapnik T., Golden G., Rishwain T., Rosen R.M., Tarlow G., Bystritsky A., 2002. *Obsessive compulsive hoarding: symptom severity and response to multimodal treatment.* J Clin Psychiatry. **63**(1):21-7.
- Seedat, S.; Stein, D. J. (2002). *Hoarding in obsessive-compulsive disorder and related disorders: a preliminary report of 15 cases.* Psychiatry Clin Neurosci. **56** (1): 17-23.

Winsberg, M.E.; Cassic, K.S.; Koran, L.M. *Hoarding in obsessive-compulsive disorder: a report of 20 cases.* (1999). *J Clin Psychiatry.* **60** (9): 591-597.

Vyskocilova, J.; Prasko, J.; Sipek, J., 2016. *Cognitive behavioral therapy in pharmaco-resistant obsessive-compulsive disorder.* *Neuropsychiatr Dis Treat.* **12**: 625–639.

Figure 1: Study Flowchart

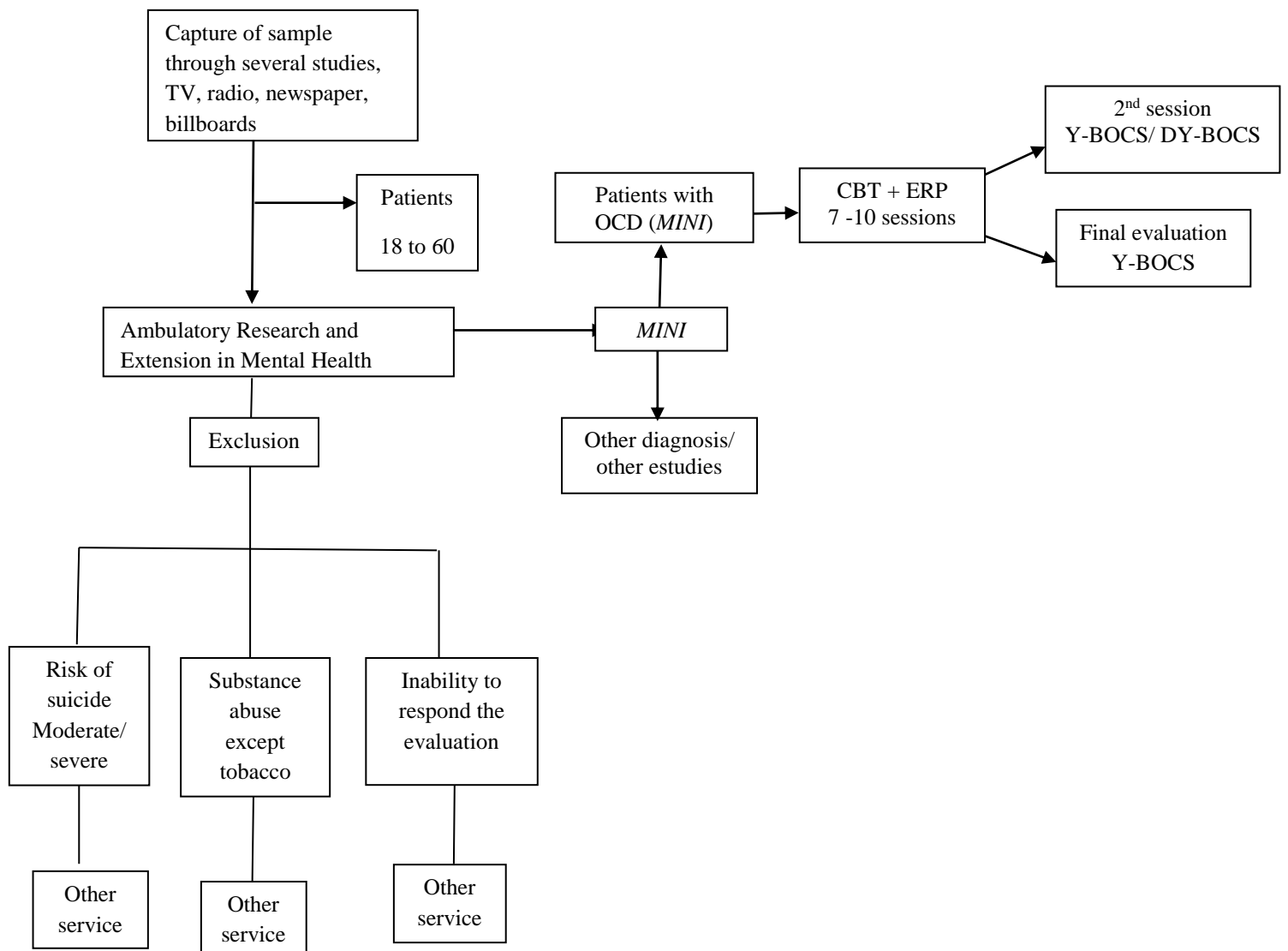


Table 1: Prevalence of baseline characteristics of the sample and association between group of patients who completed treatment and who have not completed treatment with CBT for OCD patients in Pelotas-RS.

Variables	Total	Completed treatment	No completed treatment	p-value
	N (%) / mean (s.d.)*	N (%) / mean (s.d.)*	N (%) / mean (s.d.)*	
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)	
Education (N=87)				0.279
Less than high school	21 (24.1)	9 (20.0)	12 (28.6)	
High school diploma	24 (27.6)	12 (26.7)	12 (28.6)	
University degree	42 (48.3)	24 (53.3)	18 (42.9)	
Socioeconomic status (N=102)				0.783
A+B	45 (44.1)	23 (42.6)	22 (45.8)	
C+D+E	57 (52.8)	31 (57.4)	26 (56.2)	
Living with partner (N=87)				0.912
No	34 (39.1)	23 (51.1)	20 (47.6)	
Yes	53 (60.9)	22 (48.9)	22 (52.4)	
Severity of symptoms*	23.7 (8.2)	23.9 (8.2)	23.4 (8.4)	0.777
Severity of obsessive symptoms*	11.7 (7.3)	12.7 (4.0)	11.3 (4.2)	0.389
Severity of compulsive symptoms*	11.9 (4.4)	11.8 (4.4)	12.1 (4.6)	0.780
Total	104 (100.0)	54 (51.9)	50 (48.1)	

Table 2: Comparison between the initial means of *Y-BOCS* with the independent variables associated with initial mean to OCD symptoms.

Variables	N (%)	Ybocs initial Mean (s.d.)	p-value	Violence Mean (s.d.)	p-value	Sexual Mean (s.d.)	p-value	Symmetry Mean (s.d.)	p-value	Hoarding Mean (s.d.)	p-value	Collectionism Mean (s.d.)	p-value	Miscelaneous Mean (s.d.)	p-value
Sex			0.366		0.932		0.278		0.084		0.407		0.885		0.831
Male	29 (27.9)	22.5 (7.5)		8.1 (3.3)		7.8 (3.6)		6.7 (3.7)		8.8 (3.6)		5.0 (3.6)		7.6 (3.9)	
Female	75 (72.1)	24.3 (8.7)		8.2 (4.3)		6.3 (4.5)		8.4 (3.8)		9.7 (3.7)		5.2 (3.4)		7.8 (3.7)	
Age			0.618		0.575		0.903		0.501		0.182		0.008		0.431
18 – 28	29 (33.7)	22.8 (9.9)		8.1 (4.2)		7.1 (3.8)		6.9 (4.7)		9.6 (4.1)		2.7 (1.7)		8.1 (4.1)	
29 – 39	28 (32.6)	23.7 (8.1)		6.9 (4.9)		6.9 (4.8)		8.3 (3.5)		7.7 (4.4)		4.8 (2.8)		6.7 (3.4)	
40 – 60	29 (33.7)	24.0 (7.6)		8.4 (3.7)		7.8 (5.1)		7.9 (3.7)		10.2 (2.8)		6.9 (3.5)		7.3 (2.9)	
Education			0.249		0.892		0.473		0.906		0.098		0.532		0.649
Lass than high school	21 (24.1)	25.0 (10.9)		8.3 (4.9)		8.0 (5.1)		8.0 (4.9)		11.3 (3.9)		5.8 (3.6)		8.2 (5.1)	
High school diploma	24 (27.6)	24.5 (7.2)		7.8 (3.7)		5.3 (3.9)		7.4 (3.6)		8.4 (3.2)		3.9 (2.5)		7.6 (2.6)	
University degree	42 (48.3)	22.3 (8.1)		7.6 (4.3)		7.5 (4.6)		7.8 (3.8)		8.7 (3.7)		5.0 (3.4)		7.0 (3.3)	
Socioeconomic status			0.061		0.139		0.143		0.084		0.261		0.945		0.056
A+B	45 (44.1)	21.9 (7.8)		0.3 (0.5)		0.2 (0.4)		0.3 (0.5)		0.3 (0.5)		0.4 (0.5)		0.2 (0.4)	
C+D+E	57 (52.8)	25.3 (8.6)		0.5 (0.5)		0.4 (0.5)		0.5 (0.5)		0.4 (0.5)		0.4 (0.5)		0.5 (0.5)	
Living with partner			0.652		0.153		0.102		0.940		0.384		0.416		0.644
No	34 (39.1)	24.1 (9.2)		8.9 (4.3)		8.7 (4.6)		7.7 (3.8)		10.1 (3.6)		5.3 (3.9)		7.1 (3.8)	
Yes	53 (60.9)	23.2 (8.3)		7.2 (4.1)		6.1 (4.2)		7.8 (4.0)		9.0 (3.9)		4.4 (2.4)		7.6 (3.4)	
Studying this year			0.303		0.555		0.221		0.849		0.840		0.893		0.466
No	70 (68.0)	24.4 (8.4)		7.9 (3.9)		6.1 (4.1)		7.9 (3.9)		9.5 (3.8)		4.9 (2.9)		7.9 (3.7)	
Yes	33 (32.0)	22.4 (8.5)		8.5 (4.4)		7.8 (4.2)		7.8 (3.8)		9.3 (3.7)		5.0 (3.6)		7.2 (3.7)	
Working this year			0.303		0.064		0.388		0.700		0.039		0.535		0.053
No	48 (46.6)	24.4 (8.4)		9.1 (4.3)		7.4 (4.9)		8.1 (4.2)		10.5 (3.9)		4.5 (3.5)		8.7 (3.8)	
Yes	55 (53.4)	22.4 (8.5)		7.1 (3.6)		6.2 (3.4)		7.8 (3.6)		8.4 (3.3)		5.1 (2.9)		6.9 (3.5)	

Table 3: Difference between mean *Y-BOCS* and OCD dimensions, before and after treatment.

Dimensions	Mean Y-BOCS Initial	Mean Y-BOCS Final	Diference between means and CI	p-value
Violence	29.3 (6.5)	20.2 (7.9)	9.1 (5.5; 12.8)	0.000
Sexual	24.5 (9.0)	22.2 (7.0)	2.3 (-4.0; 8.6)	0.432
Simmetry	29.5 (6.7)	18.3 (7.9)	11.2 (8.1; 14.3)	0.000
Contamination	31.1 (5.1)	22.7 (9.9)	8.4 (2.6; 14.2)	0.008
Hoarding	25.4 (8.5)	18.1 (10.5)	7.3 (2.2; 12.4)	0.009
Miscelaneous	28.1 (7.3)	19.5 (5.9)	8.6 (4.9; 12.4)	0.000

Segundo artigo da Tese

Revista: Psychiatry Research

Improved relationship of symptoms of obsessive compulsive disorder with the use of defense mechanisms through cognitive behavioral therapy

Viviane Porto Tabeleão, Mariana Bonati de Matos, Jéssica Puschalski Trettim, Rafaelle

Stark Stigger, Carolina coelho Scholl, Andressa Jacondino Pires, Luciana de Avila

Quevedo*

Postgraduate Programme in Health and Behavior, Catholic University of Pelotas-

UCPel, Brazil

Corresponding Author:

Luciana de Avila Quevedo

E-mail: lu.quevedo@bol.com.br

Postgraduate Programme in Health and Behavior, Catholic University of Pelotas -

UCPel

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

Pelotas , Brazil

Abstract

The aim of the study was to analyze which defense mechanisms obtained the best treatment response with the improvement of OCD symptoms using CBT. Intervention study with 104 patients, between the ages of 18-60 years, diagnosed with OCD through the International Neuropsychiatric Interview (MINI PLUS). The Defense Style Questionnaire (DSQ-40) was used in three different moments of the intervention to assess the conscious derivatives of defense mechanisms. Mature defenses showed a significant increase after treatment; immature defenses (autistic fantasy, displacement and somatization) decreased. Autistic fantasy was among the most prevalent immature defense mechanisms used by OCD patients. In our study, this defense mechanism diminished with the intervention. Rationalization increased after treatment and may be related to a psychotherapeutic model. CBT has shown to be effective in treating OCD. The use of immature and neurotic defenses decreased whereas the use of mature defenses increased. A more stable personality associated with increased use of adaptive mechanisms is a great indicator of improvement in OCD symptoms.

Keywords: Obsessive Compulsive Disorder, Cognitive Therapy, Defense Mechanisms, Psychiatric Disorders

1. Introduction

Defense mechanisms are important dimensions of the individual's personality and have been defined as indicative of how individuals deal with conflict and adapt to reality. It also serves as one of the ways to evaluate the effects of psychodynamic factors on psychiatric disorders (Blaya, et al., 2004; Kramer, et al., 2009; Kipper, 2003).

Defense mechanisms are defined in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV, 1994) as "automatic psychological processes that protect the individual against anxiety and from the awareness of internal and external stressors. Individuals are often unaware of these processes as they operate. Defense mechanisms mediate the individual's reaction to emotional conflicts and internal and external stressors" (Kipper, 2003; Shabanpour, et al., 2012).

Defense mechanisms are also categorized into three defensive styles, according to the maturity of the defensive operation: mature (adaptive), neurotic and immature (evil adaptive) (Kipper, 2003; McWilliams, 2014). A mature individual has more self control over impulses, coping better with conflicts and adapting to reality in a satisfactory way. The use of mature defenses shows a close correlation with the maturity of the self, in other words, the more the individual uses mature style against different stressors, the lower the risk of developing a pathological condition. In contrast, an immature self has less adaptive defenses and uses defense resources that can be considered pathological in the attempt to relieve anxiety or other emotional states (Kipper, 2003; Kramer, 2009; Shabanpour, 2012). Defense mechanisms were also associated with moderate and high disturbances in clinical samples, and changes were observed after intense psychodynamic treatment (Kramer, 2009).

Personality is often perceived as a stable collection of ego strengths and defenses, subject to permanent changes only after extensive psychotherapeutic intervention. However, therapists have noticed a sustained improvement in patients with obsessive compulsive disorder (OCD) after brief behavioral therapy. It can be suggested that these improvements in the symptoms of OCD would correlate with improvements in personality as measured by defense mechanisms (Albucher et al., 1998).

Obsessive compulsive disorder is an anxiety disorder that, until recently, was considered rare and difficult to treat. This scenario has changed in recent decades with the introduction of effective treatment methods with the most important type of CBT for OCD being Exposure and Response Prevention (ERP), which proved to be effective for over 70% of patients who have adhered to treatment (Cordioli 2008). Although some studies have shown that there is a better response for the treatment of OCD, the remission of symptoms is not always considered as the only indicator of improvement. Some therapeutic results, such as improved quality of life and interpersonal relationships, may be regarded as therapeutic gains. Based on this idea, the increased use of mature defense mechanisms and fewer immature ones may also be considered effective short-term psychotherapy markers. The objective of this study was to analyze which defense mechanisms obtained the best treatment response with the improvement of OCD symptoms with the use of CBT.

2. Method

2.1 Delineation

Intervention study with patients, between the ages of 18 -60 years, diagnosed with OCD.

2.2 Selection of participants

Sample selection and inclusion criteria were determined as follows: patients diagnosed with OCD using the International Neuropsychiatric Interview (MINI PLUS) (Amorim 2000) attended in the Ambulatory Research and Extension in Mental Health of the Catholic University of Pelotas (APESM), a city in southern Brazil. The following items were used as exclusion criteria: participants with addiction or substance abuse (except tobacco), moderate or severe suicide risk, severe psychotic symptoms and inability to respond to and / or understand the study instruments. Data were collected from June 2012 to December 2014.

Figure 1 shows the logistics of the study.

2.3 Intervention

2.3.1 Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

Seven CBT sessions were conducted for OCD. The sessions were structured, collaborative, focused on the problem and the symptoms. Demonstrations, exercises, homework assignments, self monitoring instruments and performing tasks with the therapist were included in the CBT sessions.

The main techniques used were the exposure and response prevention (ERP) and dysfunctional thought record (DTR). Exposure is the direct contact with objects, places or situations that the person avoids for fear or discomfort. Response prevention consists of refraining from performing certain behavior or ritual. The main effect of the exposure as well as of the ritual prevention is the immediate increase of anxiety in the session, which can reach high levels during the first exercises, but decreases until disappearing in an interval usually between 15 to 180 minutes (habituation). The DTR is a method that allows the patient to recognize the relationship between the activating environmental situations, automatic thoughts, feelings and behaviors (Knapp 2004). Patients using DTR are instructed to write down the situation that led to their unpleasant feelings, to identify the negative thinking behind their feelings, to find **facts** that support the thought and are considered true. The patients have to rate each thought from 0 to 100 (Cordioli 2008). Five trained psychologists who were not involved in any stage of the study applied the instruments and protocol.

The Yale -Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) (Rosario-Campos et al., 2006) was used in the first and last CBT session to assess the severity of obsessive and compulsive symptoms. The patients were also assessed using the Defense Style Questionnaire-40 (DSQ-40), which was applied three times during the procedure. It contains 40 items developed to evaluate the resulting conscious defense mechanisms (Blaya et al., 2004).

2.3.2 Data Collect

Participants with OCD were evaluated using the M.I.N.I. International Neuropsychiatric Interview (Amorim, 2000). This instrument is a short, structured diagnostic interview intended for use in clinical practice and research aimed at diagnostic classification of respondents in a manner consistent with DSM-IV criteria.

The patients were recruited using several media channels, such as (radio, TV, billboards, newspapers) and were invited to participate in the intervention study when diagnosed with OCD.

The Y-BOCS (Rosario-Campos et al., 2006) - Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale - was applied before and after treatment. This scale is considered the "gold standard" for assessing the severity of symptoms (five items measure obsessions and five items measure compulsions). The scale consists of 10 items ranging from 0 (no symptoms) to 4 (very severe) with a maximum score of 40 points.

The Brazilian-Portuguese version of the DSQ-40 - Defense Style Questionnaire, was used to evaluate the resulting conscious defense mechanisms related to 20 individual defenses. Four defenses are related to the mature factor (sublimation, humor, anticipation and suppression); four are related to the neurotic factor (annulment, altruism, idealization and reaction formation), and twelve are related to the immature factor (projection, passive-aggression, acting-out, isolation, devaluation, autistic fantasy, denial, displacement, dissociation, splitting, rationalization and somatization). The individual defense scores are calculated by the average of the two items for each given defense mechanism, and the factor scores are calculated by the average scores of the defenses that belong to each factor. Each item is evaluated on a scale from 1 to 9, where "1" indicates "completely disagree" and "9" indicates "fully agree".

The socio-economic status of the participants was assessed using the classification proposed by the Brazilian Association of Research Companies (ABEP). This classification (A, B, C, D or E) is based on the total of material goods and the education level of the householder. In this, "A" refers to the highest socio-economic class, and "E", to the lowest. Information on the following socio-demographic characteristics was adopted into this structured questionnaire: gender, age, education and marital status (ABEP 2015).

2.4 Ethical Aspects

All participants signed an informed consent form for analysis and anonymous publication of the study results. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Catholic University of Pelotas, under protocol N. 2011/24. Those

participants who refused to participate in the intervention were referred to an appropriate health care service.

3. Results

The study sample consisted of 104 respondents. Among these, 52.8% completed the treatment and most of the sample were women (72.1%), aged between 18 and 39 years (66.3%), from class between C, D and E (52.8%). Almost half had higher education (48.3%), and most were not studying at the time of the intervention (68.0%). Almost half were not working (46.6%) and the majority of participants were living with a partner (a) (60.9%). The sample characteristics were compared between the subjects who completed (N = 54) and those who did not complete the treatment (N = 50). No significant differences were found between the groups ($p > 0.05$). (Table 1)

Table 2 presents the means of defense mechanisms of the three different styles (t1, t2, t3). Mature mechanisms increased significantly from t2 (50.3 SD 2.6) to t3 (55.9 SD 2.9): mean difference -5.5 (95% CI: -9.6, -1.5) and t1 (47.3 SD 2.8) to t3 (55.9 SD 2.9): mean difference = -8.6 (95% CI: -16.1, -1.0).

When evaluated individually, humor significantly increased from t2 (9.2 SD 0.7) to t3 (11.3 SD 0.6): mean difference = -2.1 (95% CI: -3.1, -1.1) and t1 (9.6 SD 0.7) evaluation for t3 (11.3 SD 0.6): mean difference = -1.7 (95% CI: -2.8; -0.5). There was also a significant increase in suppression from t2 (6.8 SD 0.5) to t3 (9.0 SD 0.6): mean difference = -2.2 (95% CI: -3.3, -1.1) and t1 (6.9 SD 0.6) to t3 (9.0 SD 0.6): mean difference = -2.1 (95% CI: -3.6, -0.6). (Table 2)

For the immature defense style, autistic fantasy decreased from t2 (8.5 SD 0.8) to t3 (7.2 SD 0.7): mean difference = 1.4 (95% CI: 0.1, 2.6) and t1 (8.9 SD 0.8) to t3 (7.2 SD 0.7): mean difference = 1.8 (95% CI: 0.5, 3.1). Displacement also showed a decrease from t1 (9.1 SD 0.7) to t2 (7.9 SD 0.6): mean difference = 1.3 (95% CI: 0.1; 2.5). Somatization decreased from t2 (10.8 SD 0.8) to t3 (9.6 SD 0.8) mean difference = 1.2 (95% CI: 0.1; 2.3) and, conversely, increased after rationalization psychotherapy, t1 (10.1 SD 0.5) for t3 (11.2 SD 0.6): mean difference = -1.1 (95% CI: -2.2, -0.01). (Table 2)

Table 3 shows the correlation between defense mechanisms and the difference between obsessive-compulsive symptoms observed in the final session. There was no significant correlation between the domains of defense mechanisms and the reduction of OCD symptoms.

4. Discussion

The initial hypothesis that patients with OCD would use more mature defense mechanisms and less immature and neurotic ones after treatment with CBT was partially observed. Mature defense presented a significant increase after treatment, and immature defense (autistic fantasy, displacement and somatization) decreased. It was also observed that there was no relationship between the changes in the defense mechanisms with the improvement of OCD symptoms.

The changes found in mature defense mechanisms with regards to humor and suppression are similar to those found in literature, where these defense mechanisms are more used after intervention (Albucher et al., 1998; Perry et al., 2012). Recent studies have shown that defense mechanisms can be hierarchically organized based on their normal level of adaptability. The defensive functioning changes tend to gradually improve over time i.e. these defense tend to replace a more immature level by a more mature level over the long-term. The fact that it was a short-term intervention can explain why the proposed objective has not been fully reached (Perry et al., 2012). Thus, according to Blaya, patients who have more adaptive defense mechanisms respond to minimal interventions. In contrast, patients with less adaptive mechanisms may require longer treatment interventions (Blaya et al., 2006).

In study with Iranian individuals, as well as in our study, autistic fantasy was the most prevalent defensive mechanism used by OCD patients, with a brief treatment intervention. Autistic fantasy is directly linked with the difficulties in bringing into conscious awareness all the conflictive aspects that are removed from daydreams, often through compulsive behaviors. With more intervention exposure and confrontation, these conflicts should be brought into conscious awareness to be solved, and therefore, help reduce the use of this mechanism (Shabanpour et al., 2012; Kipper, 2003; McWilliams, 2014).

With respect to the use of rationalization, one might think that CBT techniques can stimulate a more rational thought, differently, for example, from a psychodynamic psychotherapy, which aims at obtaining insights. Therefore, it is suggested that the increased use of rationalization after treatment may be associated with the psychotherapeutic model aimed at the current consciousness of individual. This hypothesis requires further research.

Some authors suggest that changes in defense mechanisms are related to or can promote improvement in psychiatric symptoms. However, additional clinical studies are necessary to confirm this interaction. (Perry et al., 2012). In the present study, we found that, although both OCD symptoms and defense mechanisms have improved with CBT, no significant association was found between them. Some possible causes may be the small sample size, and the brevity of intervention for more consistent changes to occur.

The present study has some limitations. First, the small number of patients who completed the treatment. However, the baseline characteristics were similar among those who completed and those who did not complete the study. This fact has led to a greater focus on patients who finished the treatment. Second, the number of sessions may not have been enough to promote changes in defenses mechanisms. Although there is a need for brief treatment for the population, further studies are required to find a more appropriate model. Finally, a control group could have helped give more sustainability to the results.

Although the initial hypothesis has been partially confirmed and only a few studies have related the defense mechanisms with OCD and improvement with CBT, we know that CBT is an effective treatment for OCD and that mature defense mechanisms are more used. This finding set us to believe that immature and neurotic mechanisms are less used, but there is not enough scientific evidence to support this theory. Therefore, studies with a greater focus on defense mechanisms of patients with OCD receiving intervention should be carried out, considering that a more stable personality associated with more adaptive mechanisms is a great indicator of improvements in the OCD symptoms.

Role of funding source

This study was funded by the Research Support Foundation in Rio Grande do Sul.

Author's contributions

All authors contributed to and have approved of the final version of the manuscript.

Conflict of interest

The authors declare that there are no conflicts of interest with regard to the subject of this study.

References

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2015). Dados com base no Levantamento Sócio Econômico (IBOPE). Site: www.abep.org

Albucher, R. C.; Abelson, J. L.; Nesse, R. M. (1998). *Defense Mechanism changes in successfully treated patients with obsessive-compulsive disorder*. *Am J Psychiatry*. **155**(4): 558-559.

Amorim P., 2000. [*Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI): Validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais*]. *Rev Bras Psiquiatr*. **22** (3): 106-115.

Blaya, C.; Kipper, L.; Heldt, E.; Isolan, L.; Citlin, L.H.; Bond, M.; Manfro, G. G. (2004). *Versão em português do Defense Style Questionnaire (DSQ-40) para avaliação dos mecanismos de defesa: um estudo preliminar*. *Rev Bras Psiquiatr*. **26**(4):255-8.

Cordioli, A. V. (2008). *A terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo*. Revista Brasileira de Psiquiatria, **30**(2): 65-72.

DSM IV - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.

Kipper, L. C. **Avaliação de mecanismos de defesa em pacientes com transtorno do pânico, sua relação com gravidade, resposta ao tratamento e alteração pós tratamento**. Porto Alegre: UFRGS, 2003. 191p.

Knapp, Paulo. (2004) *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.

Kramer, U.; De Roten Y.; Michel, L.; Despland, J.N. (2009). *Early change in defense mechanisms and coping in short-term dynamic psychotherapy: Relations with symptoms and alliance*. Clin. Psychol. Psychother.**16**: 408-17.

McWilliams, N. **Diagnóstico Psicanalítico: Entendendo a Estrutura da Personalidade no Processo Clínico**. Porto Alegre: Artmed, 2014. 2ªed.

Perry, J. C.; Bond, M. (2012). *Change in Defense Mechanisms During Long-Term Dynamic Psychotherapy and Five-Year Outcome*. Am J Psychiatry. **169**:916–925

Rosario-Campos M.C., Miguel E.C., Quatrano S., Chacon P., Ferrão Y., Findley D., Katsovich L., Scahill L., King R.A., Woody S.R., Tolin D., Hollander E., Kano Y., Leckman J.F., 2006. *The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive*. Mol Psychiatry. 11(5):495-504.

Shabanpour, R.; Zahiruddin, A. R.; Janbozorgi, M.; Ghaeli, P. (2012). *Assessment of Defense Styles and Mechanisms in Iranian Patients Suffering from Obsessive Compulsive or Panic Disorders versus Normal Controls using Persian Version of Defense Style Questionnaire-40*. Iran J Psychiatry. **7**:31-35.

Figure 1: Study Flowchart

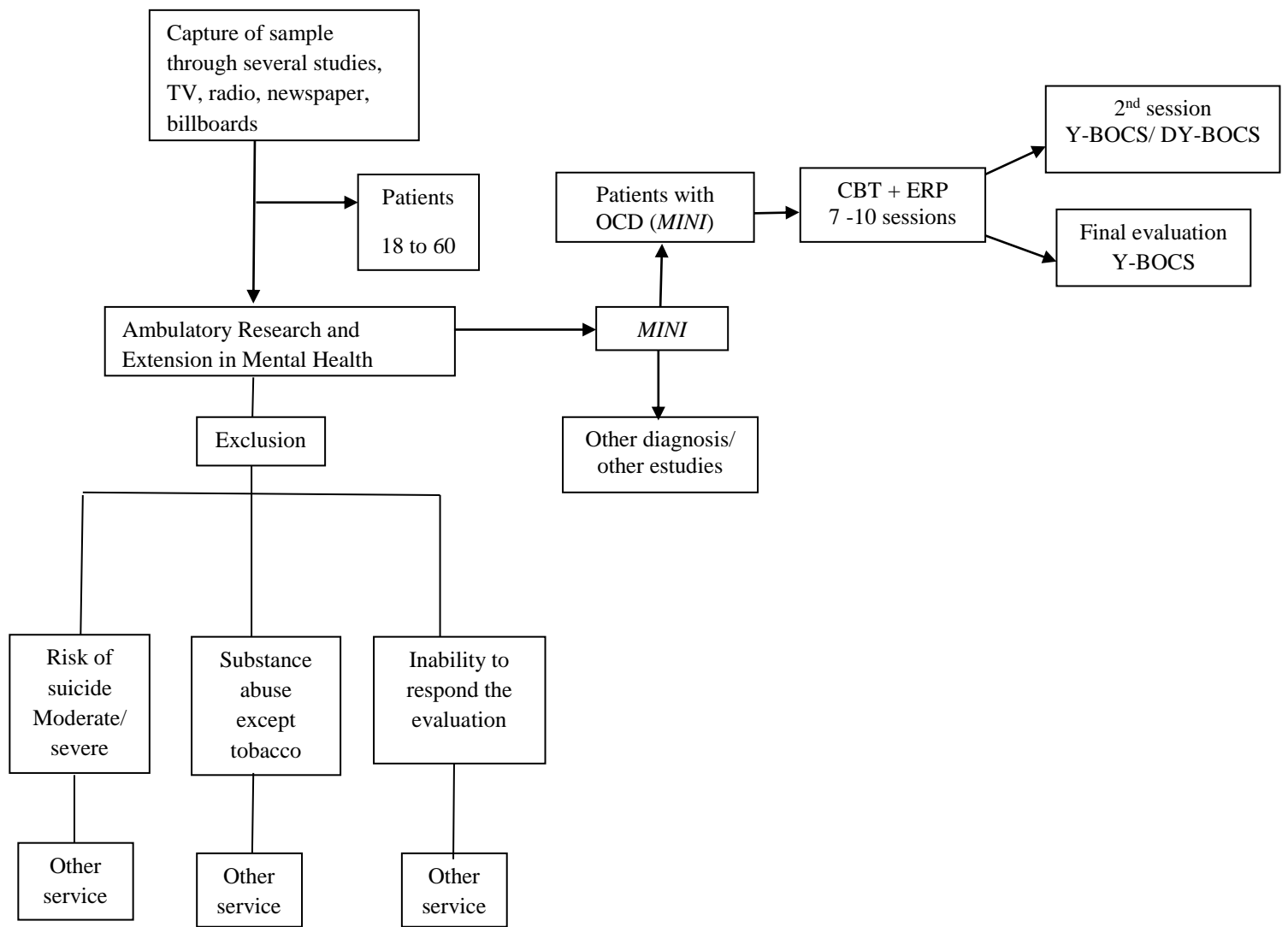


Table 1: Prevalence of baseline characteristics of the sample and association between groups of OCD patients who completed treatment and those who did not complete treatment with CBT in Pelotas-RS.

Variables	Total N (%) / mean (SD.)*	Completed Treatment N (%) / mean (SD.)*	Did not completed treatment N (%) / mean (SD.)*	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)	
Education (N=87)				0.279
Less than high school	21 (24.1)	9 (20.0)	12 (28.6)	
High school diploma	24 (27.6)	12 (26.7)	12 (28.6)	
University degree	42 (48.3)	24 (53.3)	18 (42.9)	
Socioeconomic status (N=102)				0.783
A+B	45 (44.1)	23 (42.6)	22 (45.8)	
C+D+E	57 (52.8)	31 (57.4)	26 (56.2)	
Living with partner (N=87)				0.912
No	34 (39.1)	23 (51.1)	20 (47.6)	
Yes	53 (60.9)	22 (48.9)	22 (52.4)	
Severity of symptoms*	23.7 (8.2)	23.9 (8.2)	23.4 (8.4)	0.777
Severity of obsessive symptoms*	11.7 (7.3)	12.7 (4.0)	11.3 (4.2)	0.389
Severity of compulsive symptoms*	11.9 (4.4)	11.8 (4.4)	12.1 (4.6)	0.780
Total	104 (100.0)	54 (51.9)	50 (48.1)	

Tabela 3. Correlation between defense mechanisms and OCD

	r2 (Ybocs difference)	p-value
Domain Mature difference	-0.03	0.89
Domain Immature difference	0.01	0.95
Domain Neurotic difference	-0.06	0.66

PARTE III. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo se desenha de forma a alcançar os objetivos propostos. Tentando responder da maneira mais completa possível as hipóteses formuladas, tanto na redação do primeiro artigo, quanto na redação do segundo.

A hipótese primeira hipótese de que a dimensão de colecionismo responderia melhor a TCC não se confirmou, pois apesar de ter havido uma redução nesta dimensão ela não foi considerada estatisticamente significativa, mas não podendo deixar de levar em consideração uma diminuição de 7.3 pontos na diferença entre as médias inicial e final. Estudos com uma população maior poderiam dar uma melhor visualização dos resultados.

A segunda hipótese de que a gravidade dos sintomas obsessivos compulsivos diminuem após a intervenção. Os resultados mostram que a TCC foi eficaz na diminuição da gravidade dos sintomas, mostrando uma possível fragilidade na dimensão sexual religiosa, que poderia ser plenamente justificada pelo curto espaço de tempo da intervenção, o que dificultaria a aliança terapêutica, que para essa dimensão poderia ter um melhor resultado.

A terceira e ultima hipótese é de que após a intervenção os pacientes passam a utilizar mecanismos de defesa mais maduros quando comparados com antes da intervenção, essa hipótese foi parcialmente encontrada, podemos afirmar que os mecanismos de defesa considerados maduros passam a ser mais utilizados após a intervenção e que o uso dos imaturos diminui. Mas não houve qualquer relação

comprovadamente estatísticas das mudanças dos mecanismos de defesa com a melhora dos sintomas do TOC.

A TCC é eficaz no tratamento do TOC, mas por ser um transtorno tão heterogêneo as intervenções deveriam ser adaptadas de acordo com a particularidade de cada dimensão. Estudos mais direcionados aos mecanismos de defesa e pacientes com TOC devem ser realizados, pois uma personalidade mais estável, com utilização de mecanismos mais adaptáveis são um grande indicador de melhora nos sintomas do TOC.