

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

***PREDITORES DE RESPOSTA À TERAPIA COGNITIVO-  
COMPORTAMENTAL EM GRUPO DE TEMPO LIMITADO NO  
TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO***

**ANDRÉA LITVIN RAFFIN**

**PORTO ALEGRE, MAIO DE 2007**

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

***PREDITORES DE RESPOSTA À TERAPIA COGNITIVO-  
COMPORTAMENTAL EM GRUPO DE TEMPO LIMITADO NO  
TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO***

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.**

**ANDRÉA LITVIN RAFFIN**

**ORIENTADOR: DR. ARISTIDES VOLPATO CORDIOLI**

**PORTO ALEGRE, MAIO DE 2007**

*À minha querida filha Luísa.*

*Ao meu marido Paulo André Raffin,  
que sempre me incentivou a fazer o  
mestrado.*

*Aos meus pais Léa e Henrique.*

*Aos meus irmãos Viviane e Isnard.*

*À nossa babá Laísa, que cuidava da  
Luísa enquanto eu estudava.*

*À minha sogra Eunice.*

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador e professor Dr. Aristides Volpato Cordioli, que depositou sua confiança em meu trabalho, permitindo que eu coordenasse seus grupos de terapia, nas quais tive a oportunidade única de aprender tudo o que sei sobre a terapia cognitivo-comportamental em grupo no transtorno obsessivo-compulsivo. Professor que sempre me respeitou como colega. Professor que muitas vezes me deu “carta branca”, embora em alguns momentos eu não sabia o que fazer com tanta liberdade. Um mestre um tanto recatado, mas incentivador entusiasta das pesquisas.

Aos professores que fizeram parte da minha história nesse período do Mestrado: Lúcia Ceitlin, Paulo Abreu, Marcelo Fleck, Gisele Gus, Mario Wagner e Elizeth Heldt.

Aos colegas do grupo de pesquisa do TOC.

Ao pessoal do Consórcio de Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Euripedes Miguel, Alice de Mathis, Idalina, Henrique, Kátia.

Aos funcionários do ambulatório do Hospital de Clínicas: Eli e Wagner.

Aos funcionários do Departamento de Psiquiatria: Mara Luisa dos Santos e Rosane Pinto Morales.

À secretária do pós-graduação de Psiquiatria, Patrícia Soares Ribeiro.

À bibliotecária e funcionários do Centro de Estudos Luís Guedes, Lenise Di Domenico Colpo, Sonia Margarete Souza, Daniel Souza da Rosa.

Aos meus amigos: Aline Fischer, Cláudio Abuchaim, Norma Escosteguy, Tânia Andrade, Ygor Arzeno Ferrão, Claudia Tanhauser.

A todos os pacientes e familiares que participaram voluntariamente deste projeto, agradeço a confiança e o tempo extra necessários à coleta dos dados.

## SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	8
LISTA DE FIGURAS.....	9
LISTA DE TABELAS.....	10
RESUMO.....	11
ABSTRACT.....	14
INTRODUÇÃO.....	17
1. REVISÃO DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO.....	22
1.1. Caracterização do TOC.....	22
1.2. Epidemiologia.....	25
1.3 Curso e prognóstico.....	26
1.4 Diagnóstico.....	27
1.5. Subgrupos.....	28
1.5.1. Tipos de sintomas.....	29
1.5.2. Idade de início dos sintomas.....	30
1.5.3. Juízo crítico ( <i>insight</i> ) sobre e crenças subjacentes aos sintomas.....	30
1.5.4. Espectro obsessivo-compulsivo.....	32
1.6. Etiologia.....	33
1.6.1. Fatores de ordem biológica e genética.....	33
1.6.2. Fatores psicológicos, psicosociais e cognitivos.....	35
1.7. Tratamentos.....	37
1.7.1. Farmacoterapia.....	37
1.7.2. Terapia comportamental e cognitivo-comportamental.....	38

1.7.3. Terapia cognitivo-comportamental em grupo.....	40
1.7.4. Etapas da terapia cognitiva-comportamental em grupo.....	41
1.7.5. Seqüência das sessões.....	42
1.7.6. Participação da família.....	43
1.8. Fatores preditores de resposta aos tratamentos.....	43
2. REFERÊNCIAS.....	47
3. OBJETIVOS.....	61
3.1. Objetivo geral.....	61
3.2. Objetivos específicos.....	61
4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	62
5. ARTIGOS.....	63
5.1. Artigo 1.....	64
5.2. Artigo 2A.....	105
5.3. Artigo 2B.....	141
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	174
7. APRESENTAÇÕES EM CONGRESSOS.....	177
8. ANEXOS.....	179
8.1. Termo de consentimento informado.....	180
8.2. Impressão clínica global.....	181
8.3. Escala de sintomas obsessivos-compulsivos de Yale-Brown (YBOCS)	182
8.4. Lista Yale-Brown de obsessões e compulsões (YBOCS check list)	186
8.5. WHOQOL – Abreviado: versão em português	190

**LISTA DE ABREVIATURAS**

CID	Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento
CGI	Clinical Global Impression
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EPR	Exposição e Prevenção da Resposta
FIPE	Fundação de Incentivo à Pesquisa e a Eventos
FS	Fobia Social
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
IRS	Inibidor da Recaptação da Serotonina
ISRS	Inibidor Seletivo da Recaptação da Serotonina
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
OMS	Organização Mundial de Saúde
PROTAN	Programa de Transtornos de Ansiedade
SOC	Sintomas Obsessivo-Compulsivos
ST	Síndrome de Tourette
TC	Terapia comportamental
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCCG	Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo
TCog	Terapia Cognitiva
TOC	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
WHOQOL- BREF	World Health Organization Quality of Life Assessment Scale – Abbreviated Version
Y-BOCS	Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale

**LISTA DE FIGURAS****Revisão do Transtorno Obsessivo-Compulsivo**

<b>Figura 1.</b> Regiões Cerebrais Envolvidas na Fisiopatologia do TOC.....	<b>35</b>
---	-----------

**LISTA DE TABELAS****Revisão do Transtorno Obsessivo-Compulsivo**

<b>Tabela 1 – Preditores Clínicos de Resposta à Terapêutica em Pacientes com TOC...</b>	<b>45</b>
---	-----------

**Artigo 1**

<b>Tabela 1.....</b>	<b>102</b>
----------------------	------------

<b>Tabela 2.....</b>	<b>104</b>
----------------------	------------

**Artigo 2A**

<b>Tabela 1.....</b>	<b>137</b>
----------------------	------------

<b>Tabela 2.....</b>	<b>138</b>
----------------------	------------

<b>Tabela 3.....</b>	<b>139</b>
----------------------	------------

<b>Tabela 4.....</b>	<b>140</b>
----------------------	------------

**Artigo 2B**

<b>Table 1.....</b>	<b>170</b>
---------------------	------------

<b>Table 2.....</b>	<b>171</b>
---------------------	------------

<b>Table 3.....</b>	<b>172</b>
---------------------	------------

<b>Table 4.....</b>	<b>173</b>
---------------------	------------

## RESUMO

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) possui freqüentemente curso crônico, incapacitando cerca de 10% dos seus portadores. Os sintomas interferem de forma acentuada na vida do paciente, alterando suas rotinas e causando incompreensão dos familiares e daqueles que convivem com ele.

A terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) é um tratamento eficaz, reduzindo os sintomas do TOC em mais de 70% dos portadores, sendo que ao redor de 27% obtêm remissão completa dos sintomas. Entretanto, cerca de 30% não obtêm nenhuma melhora. Conhecer as razões pelas quais esses pacientes não melhoram e identificar os fatores preditores associados ao aproveitamento ou não da terapia poderia auxiliar em uma melhor compreensão do TOC, numa melhor indicação do tratamento e no desenvolvimento de estratégias que incrementem sua eficácia.

O presente estudo foi realizado com 181 pacientes com TOC, que cumpriram um programa de TCCG de 12 sessões semanais de 2 horas, entre outubro de 1999 e dezembro de 2006, no Programa de Transtornos de Ansiedade (PROTAN) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e tinha como objetivo verificar, em pacientes portadores de TOC, a existência de fatores preditores da resposta à TCCG.

Os pacientes foram avaliados antes, durante e ao final do tratamento com os seguintes instrumentos: Y-BOCS, Y-BOCS chek-list, CGI, WHOQOL-BREF. Foi utilizada uma entrevista clínica estruturada com a finalidade de colher dados sobre os sintomas do paciente, histórico da doença, tratamentos anteriores e estabelecimento do diagnóstico do TOC de acordo com o DSM-IV-TR. Também foram coletados dados demográficos, socioeconômicos, *status* ocupacional, uso de medicação e critérios de

inclusão na pesquisa. A entrevista foi complementada pelo MINI (International Neuropsychiatric Interview) para verificar a presença de comorbidades. Considerou-se como “resposta” a redução no mínimo de 35% nos escores da Y-BOCS e uma pontuação na CGI “normal” ou “limítrofe para doença” do pós para o pré-tratamento.

O estudo pretende verificar se as seguintes variáveis: sexo, idade do paciente no início do tratamento, tempo de duração da doença, idade de início da doença, situação conjugal, nível de instrução, situação ocupacional, tipo de início da doença, curso, intensidade dos sintomas do TOC no início do tratamento, juízo crítico, história familiar, tipos de sintomas, uso de medicação específica para o TOC concomitante à TCCG estão associadas ou não com a resposta ao tratamento.

Para avaliar a associação entre as variáveis categóricas à resposta ao tratamento, foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson. Nas variáveis dicotômicas foi aplicada a correção de Yates. Para avaliar as variáveis quantitativas em relação às categorias de resposta ao tratamento, foi utilizado o teste t de Student para amostras independentes. As variáveis que obtiveram um nível descritivo amostral (valor p) menor do que 0,25 foram inseridas no modelo de regressão logística múltipla.

Fatores associados com uma melhor resposta à TCCG: sexo feminino ( $p=0,074$ ); melhor juízo crítico acerca dos sintomas da doença ( $p=0,017$ ); melhor qualidade de vida antes do início do tratamento: domínio físico ( $p=0,039$ ), domínio psicológico ( $p<0,001$ ), domínio ambiental ( $p=0,038$ ), domínio social ( $p=0,053$ ).

Fatores associados com piores resultados: maior gravidade global da doença no início do tratamento, avaliada pela CGI ( $p=0,007$ ); maior número de comorbidades associadas ao TOC ( $p=0,063$ ); presença de fobia social ( $p=0,044$ ) e distímia ( $p=0,072$ ); presença de compulsão de repetição ( $p=0,104$ ).

Numa segunda etapa da análise estatística, incluiu-se no modelo todas as variáveis que na primeira fase haviam apresentado associação com os resultados. As variáveis que na análise de regressão logística múltipla permaneceram associadas significativamente foram: sexo feminino ( $OR_{Ajustado}=2,58$ ;  $p=0,021$ ); domínio psicológico da WHOQOL-BREF ( $OR_{Ajustado}=1,05$ ;  $p=0,011$ ); juízo crítico ( $OR_{Ajustado}=2,67$ ;  $p=0,042$ ) e CGI-gravidade antes do início da terapia ( $OR_{Ajustado}=0,62$ ;  $p=0,045$ ).

Embora alguns fatores relacionados com a resposta ao tratamento tenham sido identificados, poder prever quais os pacientes irão aproveitar a terapia e quais não irão se beneficiar é uma questão em aberto e está longe de ser esclarecida. As razões para essas dificuldades podem estar relacionadas à heterogeneidade do TOC e das amostras utilizadas nos diferentes estudos, além da falta de padronização das técnicas psicoterápicas utilizadas. Por fim, é possível que fatores não-específicos relacionados com a pessoa do terapeuta, com a qualidade da relação terapêutica, além da motivação e capacidade de tolerar frustração por parte do paciente possam exercer um papel importante que não tem sido avaliado pelas pesquisas.

**Palavras-chave:** Transtorno obsessivo-compulsivo. Preditores de resposta. Terapia cognitivo-comportamental. Resposta ao tratamento. Tratamento em grupo.

## ABSTRACT

Obsessive-compulsive disorder (OCD) frequently is a chronic disorder that incapacitates about 10% of patients. Symptoms severity affect the life of patients, change their routines and cause misunderstandings with family and all those that have contact with the patient.

Group cognitive-behavioral therapy (GCBT) in 12 two-hour weekly sessions is an efficient treatment that reduces OCD symptoms in over 70% of the patients and results in complete remission of symptoms in 27%. However, about 30% of the patients do not show any improvement. The knowledge of reasons why these patients do not improve and the identification of factors associated with these different therapy outcomes may help to understand OCD better, and may inform treatment indications and the development of strategies to increase its efficacy.

This study included 181 patients with OCD treated with 12 session of GCBT from October 1991 to December 2006 at the Anxiety Disorders Program (Programa dos Transtornos de Ansiedade – PROTAN) of Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brazil. The purpose of this study was to investigate predictors of response to GCBT.

The following instruments were used to evaluate patients before and at the end of the treatment: Y-BOCS, Y-BOCS checklist, CGI, WHOQOL-BREF. Evaluation was conducted by means of a structured clinical interview to collect data about the patient's symptoms, disease history, previous treatments, and OCD diagnosis according to DSM-IV-TR (APA, 2002). Demographic and socioeconomic data, occupational status, use of medication and criteria for inclusion in the study were also recorded. The interview was

complemented with the MINI (International Neuropsychiatric Interview) to investigate comorbidities.

Response criteria were: >35% reduction in Y-BOCS scores and normal or borderline CGI scores at post-treatment evaluation.

The study investigated the possible association of the following variables with response to treatment: sex, age at beginning of treatment, disease duration, age at onset, marital status, education, occupation, type of disease onset, disease course, intensity of OCD symptoms at beginning of treatment, insight, family history, types of symptoms, and use of antiobsessional medications during GCBT.

The Pearson chi-square test was used to evaluate the association between categorical variables and response to treatment. Yates correction was performed for dichotomous variables. The Student t test for independent samples was used to evaluate quantitative variables in relation to categories of response to treatment. Variables that achieved a p value lower than 0.25 were included in the initial logistic regression model, which evaluated the predictors of response to treatment and also controlled for possible confounding variables.

The following factors showed associations with response to GCBT: women had greater odds of responding to treatment ( $p=0.074$ ); better insight into disease symptoms was associated with better results ( $p=0.017$ ); better quality of life before the beginning of treatment was also associated with better results (physical domain:  $p=0.039$ ; psychological domain:  $p<0.001$ ; environmental domain:  $p=0.038$ ; social domain:  $p=0.053$ ); patients with greater global severity of disease according to CGI had worse results ( $p=0.007$ ); a greater number of associated comorbidities ( $p=0.063$ ), social phobia ( $p=0.044$ ) and dysthymia ( $p=0.072$ ) were associated with poorer results; repeating compulsion was also associated with lower odds of responding to treatment ( $p=0.104$ ).

In the second stage of statistical analysis, all variables associated with results in the first analysis were included in the multivariate model, and the variables that retained significance were: female sex ( $OR_{Adjusted}=2.58$ ;  $p=0.021$ ); WHOQOL-BREF psychological domain ( $OR_{Adjusted}=1.05$ ;  $p=0.011$ ); insight ( $OR_{Adjusted}=2.67$ ;  $p=0.042$ ) and CGI-severity before GCBT ( $OR_{Adjusted}=0.62$ ;  $p=0.045$ ).

Although we identified some factors associated with response to treatment, predicting which patients will benefit from therapy and which will not is still an open question. The reasons for such different outcomes may be associated with the heterogeneity of OCD and of the samples used in different studies, as well as with the lack of standardization of the psychotherapeutic techniques used. Finally, unspecific factors not associated with the person of the therapist, the quality of the therapeutic relationship, and the patient's motivation and tolerance to frustration may play an important role that remains to be evaluated.

Key words: Obsessive-compulsive disorder. Response predictors. Cognitive-behavioral therapy. Response to treatment. Group therapy.

## INTRODUÇÃO

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) era visto, até bem pouco tempo, como um transtorno mental raro e de difícil tratamento (RASMUSSEN e EISEN, 1994), mas recentemente tem-se verificado que é bem mais comum do que se pensava. É uma doença crônica, cujos sintomas dificilmente desaparecem de maneira espontânea.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o TOC está entre as 10 maiores causas de incapacitação das pessoas. Os sintomas interferem de forma acentuada na vida da família, alterando rotinas e causando incompreensão dos familiares e dos que convivem com o doente. Muitas vezes, as atitudes e as dificuldades de relacionamento provocam a separação de casais e/ou a perda do emprego.

Felizmente, já existem tratamentos bastante eficazes, sendo considerados os de primeira linha a clomipramina, os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS), a terapia comportamental (TC) de exposição e prevenção de rituais (EPR) e a terapia cognitivo-comportamental (TCC) (MARCH et al., 1997).

Estudos mais recentes (ASBAHR et al., 2005; SOUZA et al., 2006) têm demonstrado uma superioridade da técnica de EPR em relação aos medicamentos, especialmente na intensidade da redução das compulsões e no percentual de pacientes que obtêm remissão completa dos sintomas (SOUZA et al., 2006) – condição associada a não-recaídas no seguimento (BRAGA et al., 2005). As recaídas aparentemente são menores e

ocorrem mais tarde com a TC do que com os medicamentos (O'SULLIVAN et al., 1991; FOA et al., 1992).

A falta de disponibilidade das terapias de EPR e TCC resultou na proposta de oferecê-las na modalidade em grupo, permitindo o tratamento de um número maior de pessoas num curto período de tempo e o acréscimo de fatores grupais, que poderiam melhorar o comprometimento dos pacientes com as tarefas de EPR.

No entanto, a terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) para o TOC é uma forma de tratamento relativamente nova e pouco estudada. O número de pesquisas que investigam os benefícios da mesma é inexpressivo até o momento. ANDERSON e REES (2007) encontraram somente dois estudos controlados investigando sua eficácia – McLEAN et al. (2001) e CORDIOLI et al. (2003), sendo que o primeiro abordou a questão de maneira indireta, já que comparou a eficácia da terapia cognitiva com a terapia de EPR, ambas na modalidade em grupo.

Além disso, nem todos os pacientes de TOC beneficiam-se com as terapias, inclusive com a TCCG. Um grupo apresenta resposta rápida, com remissão completa dos sintomas, enquanto outro grupo de pacientes, ao redor de 30%, não responde ao tratamento (Foa et al., 1983; Cordioli et al., 2002; 2003). É ainda comum a resposta parcial, cujos pacientes, embora melhorem com o tratamento, apresentam sintomas residuais da doença. Estes têm maior risco de recaídas ao longo do período de até dois anos após o tratamento (FOA et al., 1983; BRAGA et al., 2005).

A eficácia do tratamento, tanto a curto como em longo prazo, e suas variáveis preditoras assumem uma importância maior pelo simples fato de que no TOC são raras as remissões espontâneas com a simples passagem do tempo. Entre 64% a 85% dos casos de pacientes não-tratados tendem a apresentar sintomas de forma crônica com pequenas flutuações, e cerca de 10% deterioram com o tempo (RASMUSSEN et al., 1992; LENSI et

al., 1996). Para ajudar a compreender essas lacunas, foram realizados em nosso meio quatro estudos com portadores de TOC com o objetivo de testar e validar um protocolo de TCCG, além de observar a existência de características que poderiam influenciar no tratamento, tanto a curto como a longo prazo:

- 1) Um ensaio clínico não controlado, com 32 pacientes, testando um protocolo de 12 sessões semanais de duas horas (CORDIOLI et al., 2002). Verificou-se que a terapia foi eficaz para 78,1% dos pacientes, com um tamanho de efeito de 1,75.
- 2) Um ensaio clínico randomizado, com 23 pacientes e 24 controles, testando a eficácia do referido protocolo (CORDIOLI et al., 2003). Verificou-se uma eficácia de 69.6%, sendo o tamanho de efeito de 1,33. Além disso, foi constatado que os ganhos obtidos com o tratamento mantiveram-se estáveis em curto prazo (três meses após o final do tratamento).
- 3) Um *follow-up* de um ano em uma amostra de 42 pacientes tratados com TCCG, com o objetivo de investigar se os resultados obtidos com o tratamento são mantidos a longo-prazo (BRAGA et al., 2005). A intensidade da melhora (Log Rank=13,39; GL=1; p=0,0003) e a remissão completa (Log Rank=7,88; GL=1; p=0,005) foram preditores fortes para não-recaídas.
- 4) Um ensaio clínico randomizado, com 28 pacientes tratados com 100mg/dia de sertralina e 28 tratados com TCCG, comparando a eficácia dos dois tratamentos (SOUZA et al., 2006). Ambos os tratamentos foram eficazes, mas os pacientes tratados com TCCG obtiveram um percentual de redução dos sintomas de 44% contra 28% dos tratados com sertralina (p=0,033), além de terem obtido maior índice de remissão completa (8 contra 1; p=0,023).

MARKS (2002) propôs que quatro critérios devem ser satisfeitos para uma terapia atingir sua maturidade e o *status* de científica:

- 1) Deve melhorar um problema específico de forma confiável e duradoura, com uma relação custo/benefício favorável, e ser aceita pelos pacientes.
- 2) Devem ser os responsáveis pela melhora somente determinados componentes específicos da terapia.
- 3) Devem ser explicitados os mecanismos pelos quais se produzem as mudanças.
- 4) Devem ser apontados os motivos pelos quais os ingredientes terapêuticos auxiliam certos indivíduos e não outros com o mesmo problema.

Para responder a essas questões, são necessárias muitas pesquisas envolvendo estudos prospectivos e estudos para identificar fatores que poderiam relacionar-se com os resultados do tratamento.

A presente dissertação consta de uma parte introdutória compreendendo uma breve revisão geral sobre o TOC, dos artigos encaminhados para publicação, das considerações finais e de anexos contendo tanto consentimento livre e esclarecido quanto os instrumentos de pesquisa utilizados.

Artigos da dissertação:

- 1) Fatores preditores de resultados no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo com as terapias comportamental e cognitivo-comportamental: uma revisão sistemática – Aceito para publicação, em 29/05/2007, na Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul.

- 2) Prediction of response in the treatment of obsessive-compulsive disorder with group cognitive-behavioral therapy – A ser submetido à Behaviour Research and Therapy.

Sucintamente, o objetivo da presente dissertação foi verificar a existência de fatores preditores de resposta à terapia cognitivo-comportamental em grupo. Esclarecer essa questão permitiria compreender melhor a natureza do TOC, assim como os fatores que agravam os sintomas e dificultam sua remoção. Permitiria ainda melhorar os critérios de indicação, recomendando com reservas em casos especiais e sugerindo adaptações e potencializações às técnicas até então consagradas, auxiliando no desenvolvimento de novos recursos e estratégias para os pacientes que não respondem aos tratamentos.

## **1) REVISÃO DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO**

### **1.1) Caracterização do TOC**

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) possui curso crônico e é caracterizado pela presença de obsessões e compulsões, as quais ocupam boa parte do tempo do paciente e são acompanhadas de desconforto, comprometendo as rotinas diárias, o desempenho profissional e as relações interpessoais (APA, 2002). O TOC é um transtorno mental incluído pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2002) entre os chamados transtornos de ansiedade. Está classificado ao lado das fobias, da fobia social, do transtorno de pânico e da ansiedade generalizada.

Os sintomas do TOC envolvem alterações do comportamento (compulsões, repetições, evitações), do pensamento (obsessões como dúvidas, preocupações excessivas, pensamentos de conteúdo impróprio) e das emoções (medo, desconforto, aflição, culpa, depressão). Sua característica principal é a presença de obsessões e/ou compulsões. As compulsões são realizadas em razão dos medos ou da aflição que ocorrem sempre que a mente é invadida por uma obsessão, como a de contaminar-se ou de contrair doenças, de cometer falhas, entre outras. As evitações, embora não sejam específicas do TOC,

apresentam-se, em grande parte, como as responsáveis pelas limitações que o transtorno acarreta.

As obsessões são pensamentos ou impulsos que invadem a mente de forma repetitiva e persistente. Podem ainda ser imagens, palavras, frases, números, músicas, etc. Sentidas como estranhas ou impróprias, as obsessões geralmente são acompanhadas de medo, angústia, culpa ou desprazer (APA, 2002). O indivíduo, mesmo desejando ou se esforçando, não consegue afastá-las ou suprimi-las de sua mente. Apesar de serem consideradas absurdas ou ilógicas, causam ansiedade, medo, aflição ou desconforto, que a pessoa tenta neutralizar realizando as compulsões, ou através de evitações (não tocar, evitar certos lugares).

As obsessões mais comuns envolvem (RASMUSSEN e EISEN, 1992):

- Preocupação excessiva com sujeira, germes ou contaminação.
- Dúvidas.
- Preocupação com simetria, exatidão, ordem, seqüência ou alinhamento.
- Pensamentos, imagens ou impulsos de ferir, insultar ou agredir outras pessoas.
- Pensamentos, cenas ou impulsos indesejáveis e impróprios, relacionados a sexo (comportamento sexual violento, abusar sexualmente de crianças, homossexualidade, falar obscenidades).
- Preocupação em armazenar, poupar, guardar coisas inúteis ou economizar.
- Preocupações com doenças ou com o corpo.
- Religião (pecado, culpa, escrupulosidade, sacrilégios ou blasfêmias).
- Pensamentos supersticiosos: preocupação com números especiais, cores de roupa, datas e horários.
- Palavras, nomes, cenas ou músicas intrusivas e indesejáveis.

As compulsões são comportamentos ou atos mentais voluntários e repetitivos, executados em resposta a obsessões ou em virtude de regras que devem ser seguidas rigidamente. Aliviam momentaneamente a ansiedade associada às obsessões, levando o indivíduo a executá-las toda vez que sua mente é invadida por uma obsessão (APA, 2002). Por esse motivo se diz que as compulsões têm uma relação funcional (de aliviar a aflição) com as obsessões. E, como são bem-sucedidas, o indivíduo é tentado a repeti-las, em vez de enfrentar seus medos, o que acaba por perpetuá-los, tornando-se, ao mesmo tempo, prisioneiro dos seus rituais.

As compulsões mais comuns são (RASMUSSEN e EISEN, 1992):

- De lavagem ou limpeza: mãos, corpo, etc.
- Verificações ou controle: fechaduras, portas, etc.
- Repetições ou confirmações: palavras, números, etc.
- Contagens: objetos, janelas, etc.
- Ordem, simetria, seqüência ou alinhamento.
- Acumular, guardar ou colecionar coisas inúteis (coleccionismo), poupar ou economizar.
- Compulsões mentais: rezar, repetir palavras, frases, números, lembrar cenas ou imagens.
- Diversas: tocar, olhar, bater de leve, confessar, estalar os dedos.

Os pacientes que têm obsessões relacionadas com sujeira ou contaminação, ou mesmo medos supersticiosos exagerados, adotam com muita freqüência comportamentos evitativos (evitações), como forma de não desencadearem suas obsessões. Se, por um lado, esses comportamentos evitam ansiedades e aflições, por outro, acabam causando problemas que podem chegar a ser incapacitantes, em razão do comprometimento que

acarretam à vida diária. Tais restrições são, em geral, impostas aos demais membros da família, o que acaba inevitavelmente provocando conflitos.

## **1.2) Epidemiologia**

Considerado raro até bem pouco tempo, verificou-se que o TOC é bastante comum, com uma prevalência entre 1,6% e 3,1% da população em algum momento da vida (KESSLER et al., 2005). Acomete normalmente pessoas jovens, ao final da adolescência, e, na maioria das vezes, os sintomas mantêm-se com flutuações em sua intensidade ao longo de toda a vida (LENSI et al., 1996; RASMUSSEN, 1994). É um transtorno grave que incapacita ao redor de 10% dos seus portadores (LENSI et al., 1996).

Passou-se a dar mais importância ao TOC após um estudo americano denominado Epidemiological Catchment Area Study (ECA) (ROBINS et al., 1984). O ECA encontrou uma taxa média de prevalência, ao longo da vida, de 2,5% variando de 1,9% até 3,3%. No entanto, esse estudo foi criticado devido ao instrumento utilizado e por ter sido aplicado por entrevistadores leigos, fato que pode ter superestimado a prevalência da doença.

O Brasil carece de estudos epidemiológicos sobre o perfil de morbidade psiquiátrica geral. ALMEIDA FILHO et al. (1992) no primeiro estudo epidemiológico de transtornos psiquiátricos realizado no Brasil, identificou uma prevalência específica para o diagnóstico do TOC entre 0,7% a 2,1%.

STEIN et al. (1997) compararam o resultado de entrevistas feitas por examinadores leigos com a avaliação diagnóstica realizada por médicos especializados, que reavaliaram os mesmos pacientes, e os resultados foram muito discrepantes. A prevalência de TOC, para o último mês, foi de 3,1%, de acordo com os avaliadores leigos, e de 0,6%, de acordo com os especialistas (outros 0,6% teriam sintomas obsessivo-compulsivos subclínicos).

Mesmo considerando essa estimativa de 0,6% (prevalência para o último mês), o TOC deve ser considerado uma doença de grande importância para a saúde pública, seja pelos prejuízos sociais que acarreta, seja pelo sofrimento que causa aos pacientes e às suas famílias.

Embora exista ainda uma discordância entre as diferentes estimativas de prevalência do TOC, pode-se afirmar que o transtorno continua subdiagnosticado e subtratado, especialmente em crianças (HEYMAN et al., 2001).

### **1.3) Curso e Prognóstico**

O TOC é um transtorno grave que incapacita em torno de 10% dos seus portadores (LENSI et al., 1996) e, na maioria das vezes, os sintomas mantêm-se com flutuações em sua intensidade ao longo de toda a vida (RASMUSSEN e EISEN, 1994; LENSI et al., 1996).

Um estudo naturalístico, acompanhando 144 portadores do TOC ao longo de 40 anos, verificou que apenas 20% haviam tido remissão completa dos sintomas no período avaliado (SKOOG e SKOOG, 1999).

Em um estudo com 560 pacientes, RASMUSSEN e EISEN (1992) identificaram que 85% de seus pacientes apresentavam curso crônico, com desaparecimento e retorno dos sintomas retornando, 10% tinham curso deteriorante e 2% tinham curso episódico, com remissões que duravam, no mínimo, seis meses.

Estudos sugerem que usualmente os pacientes, mesmo depois de se submeterem a um tratamento, apresentam ainda os sintomas de forma crônica, mantendo-os ao longo do tempo (MATAIX-COLS et al., 2002). Nesse sentido, o prognóstico do TOC é reservado e a remissão completa dos sintomas é ainda muito pequena.

#### 1.4) Diagnóstico

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR) (APA, 2002), os critérios diagnósticos para o TOC são:

- A. Presença de obsessões ou compulsões (conforme definidas anteriormente, no item de caracterização do TOC).
- B. Em algum momento durante o curso do transtorno, o indivíduo reconhece que suas obsessões ou compulsões são excessivas e irracionais. Nota: isso não se aplica a crianças.
- C. As obsessões ou compulsões causam sofrimento acentuado, consomem tempo (tomam mais de uma hora por dia) e/ou interferem significativamente na rotina, no funcionamento ocupacional (ou acadêmico), em atividades ou relacionamentos sociais habituais do indivíduo.
- D. Se outro transtorno do eixo 1 está presente, o conteúdo das obsessões ou compulsões não está restrito a ele.
- E. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral.

Especificar *com insight pobre* se, na maior parte do tempo, durante o episódio atual, o indivíduo não reconhece que as obsessões ou compulsões são excessivas ou irracionais.

Segundo a Classificação Internacional das Doenças (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998), os critérios diagnósticos para o TOC são:

Para o diagnóstico, as obsessões ou compulsões devem estar presentes na maioria dos dias, pelo menos durante duas semanas consecutivas e ser uma fonte de interferência com as atividades. Os sintomas devem ter as seguintes características:

- 1) Ser reconhecidos como pensamentos ou impulsos do próprio indivíduo.
- 2) Deve haver pelo menos um pensamento ou ato que é resistido sem sucesso, embora possam estar presentes outros aos quais o paciente não resista mais.
- 3) O pensamento de execução do ato não deve ser em si mesmo prazeroso (o simples alívio de ansiedade não é considerado como prazer).
- 4) Os pensamentos, imagens ou impulsos devem ser desagradavelmente repetitivos.

As principais diferenças entre esses dois instrumentos são a classificação do TOC, pela CID-10, separadamente dos transtornos ansiosos, mas junto com os transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e aos transtornos somatoformes. Além disso, na CID-10, há especificações quanto ao predomínio de obsessões ou compulsões.

### **1.5) Subgrupos**

Estudos genéticos, fenomenológicos, clínicos, neuroquímicos e de neuroimagem sugerem que um conjunto heterogêneo de pacientes preenche os critérios diagnósticos do TOC. Dessa forma, existem diversas tentativas de se encontrar subgrupos mais homogêneos de pacientes, os quais poderiam compartilhar características neurobiológicas, com implicações nos resultados dos tratamentos.

### **1.5.1) Tipos de sintomas**

Na tentativa de estabelecer subgrupos dentro da heterogeneidade do TOC, LECKMAN et al.(1997), utilizando análise fatorial, propuseram o agrupamento dos sintomas do TOC em quatro grupos distintos: 1) obsessões de conteúdo agressivo, sexual, somático e religioso e checagens; 2) obsessão por simetria e compulsões por arranjos ou alinhamentos; 3) obsessão de contaminação e compulsão por limpeza e 4) obsessão e compulsão por armazenar ou colecionar. Nessa mesma direção, outros autores propuseram o dimensionamento dos sintomas do TOC com o objetivo de verificar possíveis diferenças de resposta aos tratamentos para cada um dos subgrupos encontrados. BLACK et al. (1999) verificaram que a categoria dos colecionadores constituiu-se em um importante sintoma preditor de resultados pobres em pacientes com TOC tratados com TCC. SAXENA et al. (2002) também observaram que os pacientes “não-colecionistas” melhoraram significativamente mais que os colecionadores. Já no estudo de ALONSO et al. (2001), os pacientes classificados na dimensão sexual/religiosa tiveram pior resultado no seguimento de até cinco anos, constituindo-se essa dimensão um preditor de mau prognóstico de longo prazo.

A razão para se acreditar em um modelo dimensional do TOC é a hipótese de que a fenomenologia heterogênea da doença poderia ser mediada por diferentes estruturas neuroanatômicas. De acordo com esse modelo, os diferentes sintomas do TOC poderiam ser causados por distintas formas e níveis de comprometimento do circuito córtico-estriatal. Isso explicaria, por exemplo, por que sintomas diferentes podem ocorrer sozinhos ou em combinação com outros sintomas em um mesmo paciente, por que haveria uma certa correlação de subtipos de sintomas e transtornos comórbidos e por que certos pacientes com o mesmo tipo de sintomatologia são refratários ao tratamento.

### **1.5.2) Idade de início dos sintomas**

Outro possível subgrupo de pacientes com TOC é composto por aqueles com início precoce dos sintomas obsessivo-compulsivos. Tem sido sugerido que o TOC de início precoce seria distinto do TOC de início tardio.

O início precoce dos sintomas foi associado ao sexo masculino, à presença de maior número de obsessões e compulsões, à maior frequência de rituais de repetição e à maior gravidade dos sintomas (FONTENELLE et al., 2002). O grupo com início precoce também apresentou maior associação com tiques, mais compulsões semelhantes a tiques e mais fenômenos sensoriais (ROSÁRIO-CAMPOS et al., 2001). Entretanto, existem controvérsias na definição do que seria considerado como idade de início precoce da doença, já que alguns autores consideram como sendo TOC iniciado antes dos 10 anos (ROSÁRIO-CAMPOS et al., 2001); outros, antes dos 18 anos (DE HANN et al., 1997).

Apesar de os sintomas apresentados na infância serem similares aos apresentados na idade adulta, alguns estudos epidemiológicos, clínicos, genéticos, de neuroimagem e neurobiológicos sugerem que o TOC de início precoce corresponde a um subgrupo diferente dos pacientes que têm o início dos sintomas na idade adulta (ROSÁRIO-CAMPOS et al., 2001). Exemplificando, quanto mais precoce o início dos sintomas obsessivo-compulsivos, maior o risco mórbido para TOC, síndrome de Tourette ou tiques entre os familiares (PAULS et al., 1995; NESTADT et al., 2000).

### **1.5.3) Juízo crítico (*insight*) pobre e crenças subjacentes aos sintomas**

Alguns autores propuseram que o TOC com juízo crítico pobre seja considerado um subtipo diferente ou fazendo parte de um espectro esquizo-obsessivo (ZOHAR et al., 2000).

Pacientes com idéias supervalorizadas, às vezes delirantes em relação aos seus sintomas, tendem a apresentar pior resposta a tratamento farmacológico e comportamental (NEZIROGLU et al., 1999).

No estudo de HOLLANDER et al. (2002), entre os pacientes que responderam aos tratamentos (TCC, TC ou IRS), 10% tinham juízo crítico pobre contra 20% entre os que não responderam ( $p < 0,025$ ).

O *insight* pobre constitui-se, inclusive, como um subtipo do TOC pela APA (APA, 2002). Os pacientes não consideram seus sintomas sem sentido ou excessivos. Poderia haver uma acomodação ao sintoma, levando esses pacientes a procurarem atendimento mais tardiamente, criando uma relação entre juízo crítico pobre e maior duração da doença, ou maior tempo sem tratamento.

Um comitê de especialistas propôs seis domínios de crenças disfuncionais subjacentes aos sintomas (OCCWG, 1997), os quais, de alguma forma, estão relacionados com os sintomas obsessivos-compulsivos: 1) excesso de responsabilidade que induz à realização de verificações ou repetições; 2) exagero do risco que induz à realização de rituais de limpeza e evitações; 3) necessidade de ter certeza que provoca repetições ou verificações; 4) perfeccionismo provocando repetições; 5) supervalorização do poder do pensamento que induz à realização de atos compulsivos com características mágicas; 6) necessidade de controlar o pensamento que induz à realização de rituais mentais. A identificação das crenças disfuncionais subjacentes parece ser útil na escolha das estratégias cognitivas para sua correção. É desconhecido, entretanto, se subgrupos de pacientes homogêneos em relação a crenças também o são no que se refere a aspectos biológicos e resultados de tratamentos.

#### 1.5.4) Espectro obsessivo-compulsivo

Em face da diversidade de apresentações dos sintomas, tem sido proposto o conceito de espectro obsessivo-compulsivo, que também incluiria outros transtornos, como os de impulso (tricotilomania, comprar compulsivo, jogo patológico, transtornos alimentares, transtorno dismórfico corporal e hipocondria).

A maioria dos estudos sobre o TOC associado a tiques inclui pacientes com a síndrome de Gilles de La Tourette (ST) ou o transtorno de tiques motores ou vocais crônicos, conforme os critérios do DSM-IV (APA, 2002).

MIGUEL et al. (1995; 1997) sugeriram um *continuum* entre os transtornos dos movimentos repetitivos, variando dos tiques simples à ideação obsessiva, estando inseridos nesse modelo os chamados transtornos do espectro do TOC, como o transtorno de tiques e a síndrome de Tourette. Estes que têm ocorrem mais no grupo de pacientes que têm TOC de início precoce, na maioria em homens (EICHSTEDT e ARNOLD, 2000), maior associação com histórico familiar positivo para tiques e com padrão distinto de resposta aos tratamentos (MIGUEL et al., 2001), já que tendem a responder melhor com medicação neuroléptica associada aos ISRS do que com TC ou TCC (McDOUGLE et al., 2000).

Em muitos casos, os tiques parecem preceder em alguns anos o surgimento dos sintomas obsessivo-compulsivos (EICHSTEDT e ARNOLD, 2000). Esses achados apóiam a idéia de que pelo menos uma forma do TOC é etiologicamente relacionada à ST, podendo constituir uma expressão variante dos mesmos fatores etiológicos envolvidos nos transtornos de tiques (PAULS et al., 1995).

## **1.6) Etiologia**

As especulações sobre as possíveis causas do TOC foram as mais variadas, desde místicas ou religiosas, passando por fixações na fase anal, segundo a teoria psicanalítica, para os conceitos mais atuais apontando para disfunções da neuroquímica cerebral relacionadas à serotonina, o envolvimento de circuitos cerebrais que conectam as áreas frontais aos gânglios da base e à genética. Entretanto, a fisiopatogenia do TOC ainda não foi totalmente esclarecida, firmando-se, cada vez mais, a hipótese de que, na verdade, pode constituir um grupo heterogêneo de transtornos (ROSÁRIO-CAMPOS et al., 2001).

### **1.6.1) Fatores de ordem biológica e genética**

Existem diversas evidências para uma hipótese biológica da fisiopatogenia do TOC, entre as quais:

- 1) Alterações na neuroquímica cerebral relacionada à serotonina – fármacos que ativam a chamada função serotoninérgica diminuem os sintomas do TOC, levando a supor que exista algum tipo de alteração na neuroquímica cerebral em portadores do transtorno relacionada com o referido neurotransmissor. RUBIN et al. (1992) verificaram, através da tomografia computadorizada por emissão de fóton único (SPECT), alteração do fluxo sanguíneo cerebral no circuito tálamo-cortical envolvendo as regiões órbito-frontais (aumentado) e núcleos da base (diminuído) em pacientes com TOC. Estudos com tomografia por emissão de pósitrons (PET) verificaram uma redução do metabolismo da glicose nas regiões órbito-frontais, em ambos os núcleos caudados e no giro cíngulo em pacientes que responderam ao tratamento, tanto com terapia comportamental quanto com medicamentos antiobsessivos (SAXENA et al., 1998; BAXTER et al., 2000; LACERDA et al., 2001).

- 2) O surgimento de sintomas obsessivo-compulsivos concomitantemente ou após doenças cerebrais como encefalites, traumatismos cranianos e Coréia de Seidenham (HOLLANDER et al., 1990; NESTADT et al., 2000).
- 3) A redução em até 40% dos sintomas obsessivo-compulsivos em pacientes refratários às demais terapias, mediante neurocirurgia (cingulotomia ou leucotomia) (JENIKE et al., 1991).
- 4) Elevada incidência – ao redor de 60%, de sintomas obsessivo-compulsivos geralmente transitórios, durante infecções pelo estreptococo  $\beta$  hemolítico do grupo A, ou episódios de febre reumática em crianças e adolescentes provavelmente relacionados a mecanismos de auto-imunidade. (ASBAHR et al., 1998; MURPHY et al., 2002). Maior incidência (cinco vezes mais) do transtorno em familiares de portadores, especialmente quando o TOC é de início precoce e está associado a tiques, do que na população em geral. Em gêmeos, aparentemente, a incidência é 20 vezes maior do que na população em geral (PAULS et al., 1995; NESTADT et al., 2000).

Na Figura 1, é possível visualizar-se as regiões cerebrais envolvidas na fisiopatogenia do TOC.

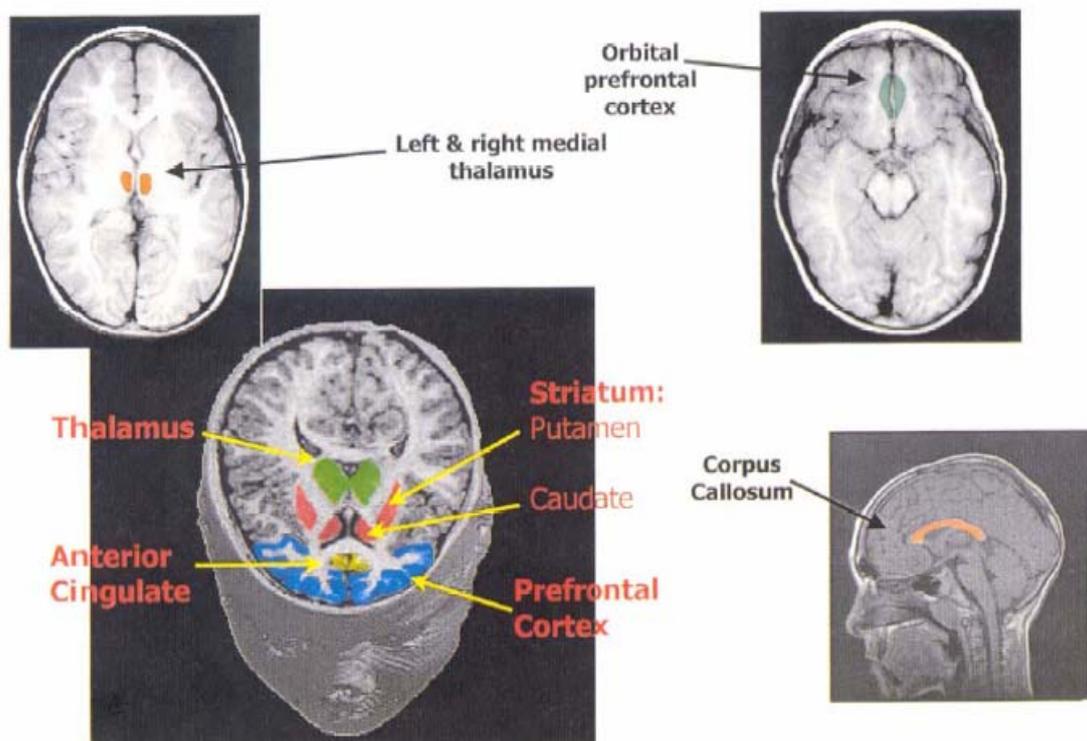


Figura 1 – Regiões cerebrais envolvidas na fisiopatologia do TOC.  
 Fonte: adaptado de ROSENBERG et al. (2001).

### 1.6.2) Fatores psicológicos, psicossociais e cognitivos

Até o início dos anos 1970, o modelo prevalente para explicar os sintomas obsessivo-compulsivos era o psicodinâmico. Conforme esse modelo, os sintomas do TOC seriam a expressão de conflitos de natureza inconsciente ocorridos na fase anal do desenvolvimento psicosssexual. As evidências contrárias a esse modelo residem no fato de que, na maioria das vezes, tais conflitos não se tornam evidentes, mesmo no curso de uma terapia, além de as terapias psicodinâmicas não serem efetivas no seu tratamento.

Existem evidências de que fatores psicológicos e psicossociais, envolvendo diferentes modalidades de aprendizagem e disfunções cognitivas, contribuem para o surgimento e a manutenção do transtorno.

Atualmente, é aceita a hipótese de que os rituais (compulsões) têm uma relação funcional com as obsessões, pois são estratégias utilizadas (aprendidas) pelos pacientes para neutralizar a aflição e o desconforto que acompanham as obsessões. Os comportamentos evitativos, tão comuns no TOC, teriam essa mesma função. As terapias comportamentais que levam ao enfrentamento de tais medos (dessensibilização), mediante a exposição e a prevenção de rituais, podem levar ao completo desaparecimento dos sintomas. Supõe-se que o mecanismo subjacente a essa modificação seja uma forma de aprendizagem – a habituação, embora tal explicação seja ainda considerada incompleta (MARKS, 2002).

Fatores cognitivos, como pensamentos automáticos e crenças disfuncionais relacionadas com a avaliação exagerada do risco e da responsabilidade, supervalorização do poder do pensamento e necessidade de controlá-lo, assim como necessidade de ter certeza e perfeccionismo podem contribuir para o surgimento e a manutenção do TOC (SALKOVSKIS et al., 1998; SALKOVSKIS, 1985; 1999; OCCWG, 1997). Dessa forma, a terapia cognitiva ou de correção dessas crenças disfuncionais também é efetiva na redução dos sintomas obsessivo-compulsivos (COTTRAUX et al., 2001).

## 1.7) Tratamentos

São considerados tratamentos de primeira linha a clomipramina, os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), a terapia comportamental (TC) de exposição e prevenção de rituais (EPR) e a terapia cognitivo-comportamental (TCC) (MARCH et al., 1997).

### 1.7.1) Farmacoterapia

Medicamentos com efeitos serotoninérgicos reduzem os sintomas obsessivo-compulsivos. Com a inibição da recaptação da serotonina, cujo efeito é produzido por esses medicamentos, seus níveis elevam-se nas sinapses, favorecendo a transmissão dos impulsos nervosos de uma célula para outra. Os medicamentos com essa característica pertencem ao grupo dos antidepressivos: inibidores da recaptação da serotonina (IRS), como a clomipramina, e os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), como a fluoxetina, a paroxetina, a sertralina, o citalopram e a fluvoxamina.

Os medicamentos são, normalmente, a terapia de escolha quando predominam obsessões com ansiedade ou depressão graves associadas em pacientes com pouco juízo crítico (*insight*) sobre a doença, ou em pacientes que não conseguem aderir aos exercícios de EPR, em virtude de sentirem grande ansiedade. Também os medicamentos são preferidos quando os pacientes, além dos sintomas do TOC, apresentam ansiedade ou depressão graves ou são portadores de outros transtornos, como pânico, ansiedade generalizada ou transtorno de personalidade *borderline* ou esquizotípica (McDOUGLE et al., 2000; ERZEGOVESI et al., 2001). Por outro lado, a manutenção do medicamento antiobsessivo parece exercer um efeito protetor para recaídas, especialmente se for usado em doses elevadas e por longo prazo (ROMANO et al., 2001).

Um grande estudo multicêntrico, intitulado The clomipramine collaborative study

group – (DE VAUGH-GEISS et al., 1991), verificou que cerca de 60% dos pacientes tratados com clomipramina obtiveram uma redução significativa dos sintomas obsessivo-compulsivos, comparados com 4% de resposta ao placebo. Os ISRS também são bastante investigados no tratamento do TOC, cuja eficácia foi comprovada por diversos estudos (GOODMAN et al., 1996; ZOHAR e JUDGE, 1996; SOUZA et al., 2006).

Entretanto, a redução na intensidade dos sintomas obsessivo-compulsivos (SOC) é parcial, entre 30% e 40% em média (JENIKE, 1990; DE VAUGH-GEISS et al., 1992; PICINELLI, 1995; FLAMENT e BISSERBE, 1997), e apenas 20% dos pacientes conseguem uma remissão completa (De Vaugh-Geiss et al., 1991; EISEN et al., 1999; PIGOTT e SEAY, 2000). Outras questões relacionadas ao uso de antiobsessivos são as recaídas freqüentes, ocorrendo em cerca de 80% dos pacientes depois de dois meses de interrupção dos medicamentos (PATO et al., 1988), a intolerância aos efeitos adversos, principalmente com o uso da clomipramina, bem como a não-aceitação ou o abandono do tratamento, que podem chegar a 20% (PIGOTT e SEAY, 2000). A resposta aos IRS é pobre quando existem outras comorbidades associadas, como tiques crônicos, transtorno do humor, transtornos cerebrais orgânicos, abuso de drogas ou psicoses (McDOUGLE et al., 2000); quando predominam obsessões somáticas e o *insight* sobre a doença é pobre (ERZEGOVESI et al., 2001); e em pacientes cujo TOC foi de início precoce (ROSÁRIO-CAMPOS, 2001; ERZEGOVESI, 2001).

### **1.7.2) Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental**

Desde os anos 1970 a terapia comportamental com a utilização de técnicas de exposição e prevenção de resposta foi introduzida no tratamento do TOC, sendo eficaz em mais de 70% dos pacientes que aderem ao tratamento (FOA, 1979; JENIKE, 1990;

ABRAMOWITZ, 1997; KOBAK et al., 1998). Constitui-se, junto com os medicamentos, em um dos tratamentos de escolha para o TOC.

Diversas metanálises verificaram eficácia semelhante e até mesmo superior da TC quando comparada aos IRS (VAN BALKOM et al., 1994; ZOHAR e JUDGE, 1996; KOBAK et al., 1998).

Além da técnica de EPR, que orienta o paciente para que enfrente ou entre em contato com situações ou objetos temidos, abstendo-se de executar os rituais que aliviam o desconforto, são utilizadas técnicas cognitivas que auxiliam na correção de crenças distorcidas e que proporcionam melhor compreensão acerca dos sintomas do TOC (SALKOVSKIS, 1985, 1989, 1999, VAN OPPEN e ARNTZ, 1994; FREESTON et al., 1996). Os terapeutas costumam discutir com os pacientes o pensamento disfuncional e as crenças errôneas, uma vez que a necessidade de mudança cognitiva é componente essencial da fundamentação da terapia por exposição. O modelo comportamental, que propõe a exposição e a prevenção da resposta, e o modelo cognitivo, que propõe a correção das crenças disfuncionais, podem ser vistos como complementares, sendo possível utilizar as duas modalidades de intervenção em conjunto sob a forma da terapia cognitivo-comportamental (TCC).

A recomendação dos especialistas é de que, sempre que possível, sejam associadas técnicas cognitivas à terapia de EPR como modo de melhorar a resposta de pacientes refratários (FREESTON et al., 1997; SALKOVSKIS et al., 1998). Estudos mais recentes (ASBAHR et al., 2005; SOUZA et al., 2006) têm demonstrado uma superioridade das terapias que utilizam a técnica de EPR em relação aos medicamentos, especialmente na intensidade da redução das compulsões e no percentual de pacientes que obtêm remissão completa dos sintomas (SOUZA et al., 2006) – condição associada a não-recaídas no seguimento (BRAGA et al., 2005). As recaídas aparentemente são menores e ocorrem mais

tarde com a TC do que com os medicamentos (O'SULLIVAN et al., 1991; FOA et al., 1992). Alguns estudos (HOHAGEN et al., 1998; O'CONNOR et al., 1999; POTS, 2004) sugerem que a associação de TCC e IRS poderia ter uma eficácia maior do que o uso isolado de uma ou outra forma de tratamento, pelo menos para alguns pacientes em particular (pacientes com predominância de obsessões).

Não obstante, as psicoterapias também apresentam diversos problemas, entre os quais, alto índice de não-adesão e abandonos, situado ao redor de 30% (MARKS et al., 1988; MARKS, 2002); ineficácia em pacientes com obsessões puras ou com baixo *insight* sobre suas crenças; poucos terapeutas utilizam em seus consultórios, cerca de 10% (BAER e GREIST, 1997); custo elevado, comparado ao uso dos medicamentos, se for levado em conta apenas o período de tratamento agudo; baixa eficácia, computando-se a não-adesão e os abandonos, em aproximadamente metade de todos os pacientes que iniciam e em 1/4 dos que completam o tratamento (SPIEGEL, 2000).

### **1.7.3) Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo**

A falta de disponibilidade das terapias de EPR e TCC, bem como seu custo elevado, particularmente em serviços públicos de saúde, resultou na proposta de oferecê-las na modalidade em grupo, permitindo o tratamento de um número maior de pessoas em um curto período de tempo e o acréscimo de fatores grupais, melhorando o comprometimento dos pacientes com as tarefas de EPR. Os tratamentos em grupo conferem resultados similares aos individuais (FALLS-STEWART et al., 1993; EMMELKAMP et al., 1994). CORDIOLI et al. (2003), em um ensaio clínico randomizado, concluíram que a eficácia em reduzir a intensidade dos SOC com a TCC em grupo é de cerca de 70%. Com a modalidade em grupo, podem ser obtidas as seguintes vantagens: relação custo/benefício mais favorável, com custos cinco vezes menores (VAN

NOPPEN et al., 1997, 1998); disponibilização do tratamento a um número maior de pessoas; possibilidade de compartilhar informações, experiências e de adquirir apoio do grupo, resultando em incentivo e encorajamento para a participação no tratamento; oportunidade de corrigir erros de percepção e de avaliação, através da observação do comportamento dos outros participantes do grupo.

Em nosso meio, foi realizado um estudo controlado com o objetivo de verificar a eficácia da TCCG. Constatou-se que 69,6% dos pacientes responderam ao tratamento, sendo o tamanho de efeito 1,33 (CORDIOLI et al., 2003). A TCCG também se mostrou efetiva na manutenção dos resultados um ano após a alta (BRAGA et al., 2005). Em outro estudo controlado, a TCCG mostrou-se superior à sertralina (percentual da redução dos sintomas obsessivo-compulsivos de 44% contra 28% com a sertralina) (SOUZA et al., 2006).

Entretanto, as características dos pacientes que se beneficiam da TCCG e dos que não se beneficiam, permanecem em aberto até o momento.

#### **1.7.4) Etapas da terapia cognitivo-comportamental em grupo**

A TCC em grupo é um tratamento breve, com um total de 12 sessões semanais de duas horas cada e três sessões mensais de reforço, após a alta, visando principalmente à prevenção de recaídas. O paciente é inicialmente avaliado por um terapeuta, cujo objetivo é fazer o diagnóstico do TOC e verificar se não há a presença de outras doenças que contra-indiquem essa modalidade de tratamento ou exijam outras abordagens, como o uso de medicamentos. Uma vez completada a avaliação, se o paciente for diagnosticado como portador de TOC, não apresentar nenhuma contra-indicação, estiver efetivamente

interessado em se tratar e dispor do tempo necessário para comparecer às sessões, estará apto a iniciar o tratamento.

#### 1.7.5) Seqüência das sessões

- **Sessões iniciais** (1<sup>a</sup> – 3<sup>a</sup>): informações sobre o TOC e os fundamentos da terapia de EPR. Treino na identificação de sintomas e início da terapia. Exercícios de EPR no grupo e no intervalo das sessões.
- **Sessões intermediárias** (4<sup>a</sup> – 8<sup>a</sup>): o modelo cognitivo e crenças distorcidas no TOC. Técnicas cognitivas e exercícios de EPR. Sessão com a família (8<sup>a</sup>).
- **Sessões finais** (8<sup>a</sup> – 12<sup>a</sup>): reforços nos exercícios de EPR e cognitivos. Treino em automonitoramento e estratégias de prevenção de recaídas. Avaliação final da terapia.

Ao longo das sessões, há explanações por parte do terapeuta sobre aspectos do TOC e oportunidades para esclarecer dúvidas. Fazem parte desse método de tratamento tarefas e exercícios para serem feitos em casa, que são prescritos ao final de cada sessão, a partir de sugestões do próprio paciente e dos demais participantes e relatados no início da sessão seguinte. As metas e os exercícios de cada semana são registrados no *Manual da Terapia*, onde existem espaços apropriados para listas, resumos das explanações, gráficos, escalas de sintomas, etc. Por fim, talvez o aspecto mais importante do tratamento seja o clima de incentivo, amizade e descontração que acaba se estabelecendo entre os participantes do grupo, o que resulta em estímulo para a realização dos exercícios e tarefas necessários para a superação das dificuldades, a capacidade de suportar um certo aumento da aflição e o posterior alívio dos sintomas dos quais o paciente se tornou prisioneiro.

### **1.7.6) Participação da família**

O envolvimento dos familiares nos sintomas do TOC ocorre na grande maioria dos casos. Se, por um lado, a família pode auxiliar o paciente a superar os sintomas, ela também pode, por outro, adotar atitudes que os reforcem. Por esse motivo, a TCC em grupo prevê a participação dos familiares em duas ocasiões: na primeira sessão, para ouvirem, junto com os pacientes, a explanação sobre o que é o TOC e quais são seus sintomas; e na oitava sessão, na qual são debatidas formas de colaborar com o tratamento – uma ótima oportunidade para o esclarecimento de dúvidas.

### **1.8) Fatores preditores de resposta aos tratamentos**

Diversos estudos foram realizados com o intuito de estabelecer as variáveis preditoras de resultados. A maior parte desses estudos aborda a terapia de EPR e a farmacoterapia. Seus resultados, entretanto, têm sido inconclusivos na maioria das vezes. O aprofundamento de estudos dessa natureza poderia proporcionar um maior conhecimento dos mecanismos etiológicos do TOC e dos mecanismos envolvidos nas mudanças terapêuticas, além de possibilitar uma melhor indicação terapêutica.

Os fatores que têm sido associados freqüentemente com pior resposta aos tratamentos do TOC com as psicoterapias, associadas ou não aos IRS, incluem obsessões de conteúdo sexual/religioso (ALONSO et al., 2001; FERRÃO et al., 2006), colecionismo (BLACK et al., 1998; SAXENA et al., 2002; RUFER et al., 2006), comorbidades psiquiátricas (MINICHIELLO et al., 1987; McDOUGLE et al., 1990; COTTRAUX et al., 1993; HOLLANDER et al., 2002), *insight* pobre (NEZIROGLU et al., 1999; FOA et al., 1999; HOLLANDER et al., 2002), início precoce e curso crônico dos SOC (SKOOG e

SKOOG, 1999; McLEAN et al., 2001; FONTENELLE et al., 2003), maior gravidade inicial dos sintomas (BASOGLU et al., 1988; KEIJSERS et al., 1994; DE HAAN et al., 1997; STEKETEE et al., 1999; McLEAN et al., 2001; HOLLANDER et al., 2002), sexo masculino (BASOGLU et al., 1988), depressão severa comórbida (KEIJSERS et al., 1994; BUCHANAN et al., 1996; ABRAMOWITZ et al., 2000).

Já os fatores associados a um melhor prognóstico incluem a presença de companheiro(a) (CASTLE et al., 1994; STEKETEE et al., 1999), maior intensidade da melhora com o tratamento (MAWSON et al., 1982; FOA et al., 1983; O'SULLIVAN et al., 1991; BRAGA et al., 2005), maior adesão (O'SULLIVAN et al., 1991; ARAÚJO et al., 1996) e motivação ao tratamento (KEIJSERS et al., 1994; DE HAAN et al., 1997), curso episódico (HOLLANDER et al., 2002), remissão total dos SOC com o tratamento (BRAGA et al., 2005).

Na Tabela 1, podemos verificar, resumidamente, uma proposta de fatores relacionados com bom e mau prognóstico do TOC.

**Tabela 1** – Preditores clínicos de resposta à terapêutica em pacientes com TOC

<b>Fatores de Bom Prognóstico</b>	<b>Fatores de Mau Prognóstico</b>
Sintomas leves	Idade de início na infância ou adolescência (início precoce)
Curta duração dos sintomas	Comorbidade com fobia social
Quadro atípico	Persistência dos sintomas após ter iniciado na infância
Ausência de sintomas motores (tiques)	Ser solteiro
Depressão secundária	História familiar de qualquer transtorno psiquiátrico do Eixo I
Curso intermitente	Adaptação social inadequada
Ausência de transtorno de personalidade	Gravidade dos sintomas mesmo após cinco semanas com clomipramina
Resposta terapêutica inicial completa	Transtorno de personalidade prévia (obsessiva, esquizotípica, esquizóide, evitativa e limítrofe)
Ausência de histórico familiar de transtorno psiquiátrico	Transtorno de tiques
História familiar de TOC	Predominância de compulsões
	Presença de fenômenos sensoriais
	Presença de obsessões de colecionamento e somáticas
	<i>Insight</i> pobre

Tabela 1 – Preditores Clínicos de Resposta à Terapêutica em Pacientes com TOC – Fonte: adaptada de MORENO et al. (1995).

Em resumo, analisando-se a literatura disponível sobre a existência de características que poderiam prever a resposta aos tratamentos do TOC, observa-se que os resultados são ainda inconclusivos. Vários estudos evidenciaram uma série de fatores potencialmente associados à resposta ou a um pior prognóstico da doença; porém, mas justamente pela presença de diversas características e pelas diversas metodologias aplicadas nos estudos, os resultados ainda não podem ser generalizados ou adaptados, de forma inequívoca, para a prática clínica. Os estudos sobre fatores preditores de resposta ao

tratamento do TOC são abrangentes, mas necessitam de uma maior padronização das técnicas terapêuticas adotadas, sobretudo quanto aos protocolos de tratamentos psicoterápicos, carecendo de replicação dos resultados, em estudos adicionais, a maior parte dos resultados.

## 2) REFERÊNCIAS

1. ABRAMOWITZ J. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. *J Consult Clin Psychol.* 1997;65:44-52.
2. ABRAMOWITZ J, FRANKLIN ME, STREET GP, KOSAK MJ, FOA EB. Effects of comorbid depression on response to treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behav Ther.* 2000;31(3):517-28.
3. ALMEIDA FILHO N, MARI JJ, COUTINHO E, FRANÇA JF, FERNANDES JF, et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Revista ABP-APAL.* 1992;14(3):93-104.
4. ALONSO P, MENCHON JM, PIFARRE J, MATAIX-COLS D, TORRES L, SALGADO P, et al. Long-term follow-up and predictors of clinical outcome in obsessive-compulsive patients treated with serotonin reuptake inhibitors and behavioral therapy. *J Clin Psychiatry.* 2001;62:535-40.
5. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR. 4ª ed rev. Porto Alegre (RS): Artmed; 2002.
6. ANDERSON RA & REES CS. Group versus individual cognitive-behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther.* 2007;45:123-37.

7. ARAÚJO LA, ITO LM, MARKS IM. Early compliance and other factors predicting outcome of exposure for obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry*. 1996;169:747-52.
8. ASBAHR FR, CASTILLO AR, ITO LM, LATORRE MR, MOREIRA MN, LOTUFO-NETO F. Group cognitive-behavioral therapy versus sertraline for the treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44(11):1128-36.
9. ASBAHR FR, NEGRAO AB, GENTIL V, ZANETTA DM, DA PAZ JA, MARQUES-DIAS MJ, et al. Obsessive-compulsive and related symptoms in children and adolescents with rheumatic fever with and without chorea: a prospective 6-month study. *Am J Psychiatry*. 1998;155(8):1122-4.
10. BAER L & GREIST JH. An interactive computer-administered self-assessment and self-help program for behavior therapy. *J Clin Psychiatry*. 1997;58:23-8.
11. BASOGLU M, LAX T, KASVIKIS Y, MARKS IM. Predictors of improvement in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*. 1988;2:299-317.
12. BAXTER LRJR, ACKERMAN RF, SWEERDLOW NF. Specific brain system mediation of obsessive-compulsive disorder responsive either medication or behavior therapy. In: Goodman WK, Rudorfer MV, Maser JD. *Obsessive-compulsive disorder: contemporary issues in treatment*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Ass Publ. 2000;28:573-610.
13. BLACK DW, MONAHAN P, GABLE J, BLUM N, CLANCY G, BAKER P. Hoarding and treatment response in 38 nondepressed subjects with obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1998;59:420-5.

14. BRAGA DT, CORDIOLI AV, NIEDERAUER K, MANFRO GG. Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: a 1-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand.* 2005;112:180-6.
15. BUCHANAN AW, MENG KS, MARKS IM. What predicts improvement and compliance during the behavioral treatment of obsessive compulsive disorder? *Anxiety.* 1996;2(1):22-7.
16. CASTLE, DJ, DEALE A, MARKS IM, CUTTS F, CHADHOURY Y, STEWART A. Obsessive-compulsive disorder: prediction of out-come from behavioural psychotherapy. *Acta Psychiatr Scand.* 1994;89:393-8.
17. CORDIOLI AV, HELDT E, BOCHI DB, MARGIS R, SOUSA MB, TONELLO JF, et al. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *Psychother Psychosom.* 2003;72:211-16.
18. CORDIOLI AV, HELDT E, BOCHI DB, MARGIS R, SOUSA MB, TONELLO JF, et al. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a clinical trial. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(3):113-20.
19. COTTRAUX J, MESSY P, MARKS IM, MOLLARD E, BOUVARD M. Predictive factors in the treatment of obsessive-compulsive disorders with fluvoxamine and or behavior therapy. *Behav Psychother.* 1993;21:41-50.
20. COTTRAUX J, NOTE I, YAO NY, LAFONT S, NOTE B, MOLLARD E, et al. A randomized controlled trial of cognitive therapy versus intensive behavior therapy in obsessive-compulsive disorder. *Psychother Psychosom.* 2001;70:288-97.
21. DE HAAN E, VAN OPPEN P, VAN BALKOM AJLM, SPINHOVEN P, HOOGDUIN KAL, VAN DYCK R. Prediction of outcome and early vs. late

- improvement in OCD patients treated with cognitive behaviour therapy and pharmacotherapy. *Acta Psychiatr Scand.* 1997;96:354-61.
22. DE VAUGH-GEISS J, KATZ R, LANDAU P, SUMMIT NJ, AKISKAL H, ANANTH J, et al. Clomipramine in the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder: the clomipramine collaborative study group. *Arch Gen Psychiatry.* 1991;48:730-8.
  23. DE VAUGH-GEISS J, MOROZ G, BIEDERMAN J, CANTWELL D, FONTAINE R, GREIST JH, et al. Clomipramine hydrochloride in childhood and adolescent obsessive-compulsive disorder - a multicenter trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1992;31:45-9.
  24. EICHSTEDT JA & ARNOLD SL. Childhood-onset obsessive-compulsive disorder: a tic-related subtype of OCD? *Clinical Psychology Review.* 2001;21(1)137-58.
  25. EISEN JL, GOODMAN WK, KELLER MB, WARSHAW MG, LYNNE MD, LUCE DD, et al. Patterns of remission and relapse in obsessive-compulsive disorder: a 2-year prospective study. *J Clin Psychiatry.* 1999;60:346-51.
  26. EMMELKAMP PMG, BOUMAN TK, BLAAUW E. Individualized versus standardized therapy: a comparative evaluation with obsessive-compulsive patients. *Clin Psychol Psychother.* 1994;1:95-100.
  27. ERZEGOVESI S, CAVALLINI MC, CAVEDINI P. Clinical predictors of drug response in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol.* 2001;21:488-92.
  28. FALLS-STEWART W, MARKS AP, SCHAFER J. A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis.* 1993;181:189-93.

29. FERRÃO YA, SHAVITT RG, BEDIN NR, DE MATHIS ME, LOPES AC, FONTENELLE LF, et al. Clinical features of refractory obsessive-compulsive patients. *J Affect Disord.* 2006;94:199-209.
30. FLAMENT MF & BISSERBE JC. Pharmacologic treatment of obsessive-compulsive disorder: comparative studies. *J Clin Psychiatry.* 1997;58:18-22.
31. FLETCHER RH, FLETCHER SW, WAGNER EH. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais.* 3rd ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1996.
32. FOA EB. Failures in treating obsessive-compulsives. *Behav Res Ther.* 1979;17:169:76.
33. FOA EB, ABRAMOWITZ JS, FRANKLIN ME, KOSAK MJ. Feared consequences, fixity of belief, and treatment outcome in patients with obsessive-compulsive disorder. *Behav Ther.* 1999; 30(4):717-24.
34. FOA EB, GRAYSON JB, STEKETEE GS, DOPPELT HG, TURNER RM, LATIMER PR. Success and failure in the behavioral treatment of obsessive-compulsives. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51(2):287-97.
35. FOA EB, KOZAK MJ, STEKETEE GS, MCCARTHY PR. Treatment of depressive and obsessive-compulsive symptoms in OCD by imipramine and behaviour therapy. *Br J Clin Psychol.* 1992;31:279-92.
36. FONTENELLE LF, MARQUES C, VERSIANI M. The effect of gender on the clinical features and therapeutic response in obsessive-compulsive disorder. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(1):7-11.
37. FONTENELLE LF, MENDLOWICZ MV, MARQUES C, VERSIANI M. Early and late onset OCD in adult patients: an exploratory clinical and therapeutic study. *J Psychiatr Res.* 2003;37:127-33.

38. FREESTON MH, LADOUCEUR R, GAGNON F, THIBODEAU N, RHÉAUME J, LETARTE H, et al. Cognitive-behavioral therapy treatment of obsessive-compulsive thoughts: a controlled study. *J Clin Cons Psychol*. 1997;65:405-13.
39. FREESTON MH, RHEAUME J, LADOUCEUR R. Correcting faulty appraisal of obsessional thoughts. *Behav Res Ther*. 1996;34:433-46.
40. GOODMAN WK, KOZAK MJ, LIEBOWITZ M, WHITE KL. Treatment of obsessive-compulsive disorder with fluvoxamine: a multicenter, double blind, placebo controlled trial. *Int Clin Psychopharmacol*. 1996;11:21-9.
41. GOODMAN WK, PRICE LH, RASSMUSSEM AS, MAZURE C, FLEISCHMANN RL, HILL CL, et al. The Yale-Brown obsessive-Compulsive Scale (YBOCS): Part I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry*. 1989a; 46:1006-11.
42. GOODMAN WK, PRICE LH, RASSMUSSEM AS, MAZURE C, DELGADO P, HENINGER GR, et al. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (YBOCS): Part II. Validity. *Arch Gen Psychiatry*. 1989b; 46:1012-6.
43. GUY W. ECDEU assessment manual for psychopharmacology. Washington, DC: U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1976;218-222.
44. HEYMAN I, FOMBONNE E, SIMMONS H. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the british nationwide survey of child mental health. *Br J Psychiatry*. 2001;179:324-9.
45. HOHAGEN F, WINKELMANN G, RASCHE-RÜCHLE H, HAND I, KÖNIG A, MÜNCHAU N, et al. Combination of behaviour therapy with fluvoxamine in comparison with behaviour therapy and placebo: results of a multicentre study. *Br J Psychiatry*, 1998;173(supp35):71-78

46. HOLLANDER E, BIENSTOCK CA, KORAN LM, PALLANTI S, MARAZZITI D, RASMUSSEN SA, et al. Refractory obsessive-compulsive disorder: state-of-the-art treatment. *J Clin Psychiatry*. 2002;63(6):20-9.
47. HOLLANDER E, SCHIFFMAN E, COHEN B, RIVERA-STEIN MA, ROSEN W, GORMAN JM, et al. Signs of central nervous system dysfunction in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47:27-32.
48. JENIKE MA. Approaches to the patient with treatment-refractory obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1990;51:15-21.
49. JENIKE MA, BAER L, BALLANTINE T, MARTUZA RL, TYNES S, GIRIUNAS I, et al. Cingulotomy for refractory obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48:548-55.
50. KEIJSERS G, HOOGRUIN C, SCHAAP C. Predictors of treatment outcome in the behavioural treatment of obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry*. 1994;165:781-6.
51. KESSLER RC, BERGLUND P, DEMLER O, JIN R, MERIKANGAS KR, WALTERS EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:593-602.
52. KOBAK KA, GREIST JH, JEFFERSON JW, KATZELNICK DJ, HENK HJ. Behavioral versus pharmacological treatments of obsessive compulsive disorder: a meta-analysis. *Psychopharmacology*. 1998;136:205-16.
53. LACERDA ALT, DALGALARRONDO P, CAMARGO EE. Achados de neuroimagem no transtorno obsessivo-compulsivo. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23(2):24-7.

54. LAMBERT MJ & BARLEY MK. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In: JC, Eds. *Psychotherapy relationships that work*. Oxford: Oxford University Press; 2002. p. 17-32.
55. LECKMAN JF, GRICE DE, BOARDMAN J, ZHANG H, VITALE A, BONDI C, et al. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1997;154:911-17.
56. LENSİ P, CASSANO GB, CORREDDU G, RAVAGLI S, KUNOVAC JL, AKISKAL HS. Obsessive-compulsive disorder: familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *Br J Psychiatry*. 1996;169(1):107-7.
57. MARCH JS, FRANCES A, CARPENTER D, KAHN DA. The expert consensus guideline series: treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1997;58(4):3-72.
58. MARKS IM. The maturing of therapy: some brief psychotherapies help anxiety/depressive disorders but mechanisms of action are unclear. *Br J Psychiatry*. 2002;200-04.
59. MARKS IM & O'SULLIVAN G. Drugs and psychological treatments for agoraphobia/panic and obsessive-compulsive – a review. *Br J Psychiatry*. 1988;153:650-8.
60. MATAIX-COLS D, MARKS IM, GREIST JH, KOBAK KA, BAER L. Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy: results from a controlled trial. *Psychother and Psychosom*. 2002;71:255-62.

61. MAWSON D, MARKS IM, RAMM L. Clomipramine and exposure for chronic obsessive-compulsive rituals: III two year follow-up and further findings. *Br J Psychiatry*. 1982;140:11-18.
62. MCDOUGLE CJ, GOODMAN WK, PRICE LH, DELGADO PL, KRYSTAL JH, CHARNEY DS, et al. Neuroleptic addition in fluvoxamine-refractory obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1990;147:652-4.
63. MCDOUGLE CJ, EPPERSON CN, PRICE LH. The role of neuroleptics in treatment-refractory obsessive-compulsive disorder. In: Goodman WK, Rudorfer MV, Maser JD. *Obsessive-compulsive disorder – contemporary issues in treatment*. London:Lawrence Erlbaum Associates Publ. 2000:371-92.
64. MCLEAN PD, WHITTAL ML, THORDARSON DS, TAYLOR S, SÖCHTING I, KOCH WJ, et al. Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2001;69:205-14.
65. MIGUEL EC, BAER L, COFFEY BJ, RAUCH SL, SAVAGE C, O’SULLIVAN RL, et al. Phenomenological differences appearing with repetitive behaviors in obsessive-compulsive disorder and Gilles de la Tourette syndrome. *Br J Psychiatry*. 1997;170:140-5.
66. MIGUEL EC, COFFEY BJ, BAER L, SAVAGE C, RAUCH SL, JENIKE MA. Phenomenology of intentional repetitive behaviors in obsessive-compulsive disorder and Tourette’s syndrome. *J Clin Psychiatry*. 1995;56:420-30.
67. MIGUEL EC, ROSÁRIO-CAMPOS MC, SHAVITT RG, HOUNIE AG, MERCADANTE MT. The tic-related obsessive-compulsive disorder phenotype. *Adv Neurol*. 2001;85:43-55.

68. MINICHIELLO WE, BAER L, JENIKE MA. Schizotypal personality disorder: a poor prognostic indicator for behavior therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord.* 1987;1:273-6.
69. MORENO AC, CALO JJP, PINERO MV, ZARAGOZA CL, NAVARRO VF, MARSA MD. Evolución y respuesta terapéutica en el transtorno obsesivo-compulsivo. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines.* 1995;23(1):9-19.
70. MURPHY ML & PICHICHERO ME. Prospective identification and treatment of children with pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with group: a streptococcal infection (PANDAS). *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine.* 2002;156(4):356-61.
71. NESTADT G, SAMUELS J, RIDDLE M, BIENVENU J, LIANG KY, LABUDA M, et al. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2000;57:358-63.
72. NEZIROGLU FA, STEVENS KP, YARYURA-TOBIAS JA. Overvalued ideas and their impact on treatment outcome. *Rev Bras Psiquiatr.* 1999;21(4):209-16.
73. OCCWG. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Brit J Psychiatry.* 1997;9:237-47.
74. O'CONNOR K, TODOROV C, ROBILLARD S, BERGEAT F, BRAULT M. Cognitive-behaviour therapy and medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a controlled study. *Can J Psychiatry.* 1999;44:64-71.
75. OMS, *Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento da CID 10.* Porto Alegre; Artes Médicas, 1998.

76. O'SULLIVAN G, NOSHIRVANI H, MARKS I, MONTEIRO W, LELLIOTT P. Six-year follow-up after exposure and clomipramine therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1991;52:150-5.
77. PATO MT, ZOHAR-KADOUCHE R, ZOHAR J, MURPHY DL. Return of symptoms after discontinuation of clomipramine in patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1988;145:1521-2.
78. PAULS DL, ALSOBROOK JP, GOODMAN WK. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1995;152:76-84.
79. PEDIATRIC OCD TREATMENT STUDY (POTS) TEAM. Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the pediatric OCD treatment study (POTS) randomized controlled trial. *JAMA* 2004;292:1969-76.
80. PICINELLI M, PINI S, BELLANTUONO C, WILKINSON G. Efficacy of drug treatment in obsessive-compulsive disorder – a meta-analytic review. *Br J Psychiatry*. 1995;166:424-43.
81. PIGOTT T & SEAY S. Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder: overview and treatment-refractory strategies. In: Goodman WK, Rudorfer MV, Maser JD. *Obsessive-compulsive disorder – contemporary issues in treatment*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publ, 2000:277-82.
82. RASMUSSEN SA & EISEN JL. Epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1994;55:5-14.
83. RASMUSSEN SA & EISEN JL. The epidemiological and clinical features of obsessive-compulsive disorder. *Psych Clin North Am*. 1992;15:743-58.
84. ROBINS LN, HELZER JE, WEISMANN MM. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry*. 1984;41:958-67.

85. ROMANO S, GOODMAN W, TOMURA R, GONZALES J. Long-term treatment of obsessive-compulsive disorder after an acute response: a comparison of fluoxetine versus placebo. *J Clin Psychopharmacol.* 2001;21:46-52.
86. ROSÁRIO-CAMPOS MC, LECKMAN JF, MERCADANTE MT, SHAVITT RG, PRADO HS, SADA P, et al. Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 2001;158:1899-903.
87. ROSENBERG DR, MCMILLAN SN, MOORE GJ. Brain anatomy and chemistry may predict treatment response in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2001; 4:179-90.
88. RUBIN RT, VILLANUEVA-MEYER J, ANANTH J, TRAJMAR PG, MENA I. Regional xenon 133 cerebral blood flow and cerebral technetium 99m NAPO uptake in unmedicated patients with obsessive-compulsive disorder and matched normal control subjects. Determination by high resolution single photon emission computed tomography. *Arch Gen Psychiatry.*1992;49:695-702.
89. RUFER M, FRICKE S, MORITZ S, KLOSS M, HAND I. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: prediction of cognitive-behavior therapy outcome. *Acta Psychiatr Scand.* 2006;113:440-6.
90. SALKOVSKIS PM. Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behav Res Ther.* 1985;23:571-83.
91. SALKOVSKIS PM. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 1999;37:29-52.
92. SALKOVSKIS PM, FORRESTER E, RICHARDS C. Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *Brit J Psychiatry.* 1998;173(35):53-63.

93. SALKOVSKIS PM & WESTBROOK D. Behavior therapy and obsessional ruminations: can failure be turned into success? *Behav Res Ther.* 1989;27:149-160.
94. SAXENA S, MAIDMENT KM, VAPNIK T, GOLDEN G, RISHWAIN T, ROSEN RM, et al. Obsessive-compulsive hoarding: symptom severity and response to multimodal treatment. *J Clin Psychiatry.* 2002;63:21-7.
95. SAXENA S, BRODY AL, SCHWARTZ. Neuroimaging and frontal-subcortical circuitry in obsessive-compulsive disorder. *Br J of Psychiatry.* 1998;173(35):26-37.
96. SKOOG G & SKOOG I. A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56:121-7.
97. SOUZA MB, ISOLAN LR, OLIVEIRA RR, MANFRO GG, CORDIOLI AV. A randomized clinical trial of cognitive-behavioral group therapy and sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 2006;67:1133-9.
98. SPIEGEL DA. Combined drugs and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder: early findings. In: Goodman WK, Rudorfer MV Maser JD. *Obsessive-compulsive disorder - contemporary issues in treatment.* London: Lawrence Erlbaum Associates Publ. 2000;485-99.
99. STEIN MB, FORDE DR, ANDERSON G. Obsessive-compulsive disorder in the community: an epidemiologic survey with clinical reappraisal. *Am J Psychiatry.* 1997;154:1120-26.
100. STEKETEE G, EISEN J, DYCK I, WARSHAW M, RASMUSSEN SA. Predictors of course in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 1999;89:229-38.
101. THE CLOMIPRAMINE COLLABORATIVE STUDY GROUP. Clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1991;48:730-8.

102. VAN BALKOM AJLM, VAN OPPEN P, VERMEULEN AWA, VAN DYCK R, NAUTA MCE, VORST HCM. A meta-analysis on the treatment of obsessive-compulsive disorder: a comparison of antidepressants, behavior and cognitive therapy. *Clin Psychol Rev.* 1994;14:359-81.
103. VAN NOPPEN B, PATO M, MARSLAND R, RASMUSSEN SA. A time-limited behavioral group for treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Psychother Pract Res.* 1998;7:272-80.
104. VAN NOPPEN B, STEKETEE G, MC CORKLE MA, PATO M. Group and multifamily behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: a pilot study. *J Anx Disord.* 1997;11:431-46.
105. VAN OPPEN P & ARNTZ A. Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 1994;33:79-87.
106. ZOHAR J & JUDGE R. Paroxetine versus clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. OCD Paroxetine Study Investigators. *Br J Psychiatry.* 1996;169:468-7.
107. ZOHAR J & WESLENBERG HGM. Anxiety disorders: a review of tricyclic antidepressants and selective serotonin reuptake inhibitors. *Acta Psychiatr Scand.* 2000;101(403):39-49.

### 3) OBJETIVOS

#### 3.1) Objetivo geral

Verificar, em pacientes portadores de TOC, a existência de fatores preditores da resposta à terapia cognitivo-comportamental em grupo.

#### 3.2) Objetivos específicos

Verificar se **fatores sóciodemográficos** como sexo, situação conjugal, nível de instrução, situação ocupacional, idade do paciente no início do tratamento, qualidade de vida no início do tratamento; se **características intrínsecas do TOC** como intensidade dos sintomas do TOC no início do tratamento, tipo de início, idade de início da doença, tempo de duração da doença, curso da doença, presença de comorbidades psiquiátricas, tipos de sintomas; se **fatores cognitivos** como juízo crítico; se **outros fatores** como história familiar; uso de medicação específica para o TOC concomitante à TCCG; correlacionam-se, ou não, com a resposta à TCCG.

#### **4) CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

O presente trabalho foi previamente submetido (projeto de pesquisa) e aprovado pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação – Comissão Científica e Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) sob o nº 04-235. Todos os pacientes assinaram um termo de consentimento informado (Anexo 1).

## **5) ARTIGOS**

## 5.1) ARTIGO 1

## Cópia da carta de aceite do artigo

De:	SGP
Para:	Andréa Litvin Raffin
CC:	
Data:	29/5/2007 08:31:22
Artigo:	Cod. Fluxo: 946

Assunto:	<b>Artigo Aprovado SGP/ RPRS</b>
Mensagem:	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;">  <p><b>Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul</b></p> </div> <div style="text-align: right;"> <p><b>Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul</b></p> <p>REVISTA DE PSIQUIATRIA DO RIO GRANDE DO SUL Av. Ipiranga, 5311 - Sala 202 CEP 90610-001 - Santana - Porto Alegre - RS Fone: (51) 3336-4846 - Fax: (51) 3339-6277</p> </div> </div> <p>Porto Alegre, terça-feira, 29 de maio de 2007</p> <p><b>Ilmo(a) Sr.(a) Prof(a), Dr(a) Andréa Litvin Raffin</b></p> <p>Referente ao código de fluxo: <b>946</b> Classificação: <b>Artigo de Revisão</b></p> <p>Seu artigo intitulado, <b>Fatores preditores de resultados no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo com as terapias comportamental e cognitivo-comportamental: uma revisão sistemática</b>, avaliado por nossos pareceristas, foi aceito para publicação na Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. Agradecemos pelo envio de seu artigo e esperamos poder continuar contando com sua valiosa colaboração. Qualquer dúvida favor entrar em contato com a Secretaria da Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul pelo fone: (51) 3024.4846 ou e-mail revista@sprs.org.br.</p> <p>Atenciosamente,</p> <p><b>Carmem Emília Keidann e Flávio Milman Shansis</b> Editores</p> </div>

## **TÍTULO**

**Fatores preditores de resultados no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo com as terapias comportamental e cognitivo-comportamental: uma revisão sistemática**

Prediction factors of results in the treatment of obsessive-compulsive disorder with behavioral therapy and cognitive-behavioral therapy: a review

## **Autores**

**Andréa Litvin Raffin** – Psicóloga; aluna do Curso de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brasil.

**Ygor Arzeno Ferrão** – Médico; MSc; PhD; Professor do Programa de Pós-Graduação – Centro Universitário Metodista Instituto Porto Alegre, RS – Brasil.

**Fernanda Pasquoto de Souza** – Psicóloga; aluna do Curso de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Departamento de Psiquiatria, UFRGS, Porto Alegre, RS – Brasil.

**Aristides Volpato Cordioli** – Médico; MSc; PhD; Professor Ajunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS e Coordenador do Programa de Transtornos de Ansiedade (PROTAN) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

## **Departamento e instituição aos quais o trabalho deve ser atribuído**

Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS – Brasil.

**Dados para correspondência**

Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Serviço Psiquiátrico. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Ramiro Barcelos, 2350 – Sala 400N. CEP: 90035-903 – Porto Alegre, RS – Brasil. Fone: 55 51 3316 8294. Fax: 55 51 3316 8493. E-mail: [alitvin@terra.com.br](mailto:alitvin@terra.com.br)

**Fonte de auxílio**

A primeira autora conta com Bolsa de Mestrado fornecida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e apoio do Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos (FIPE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

**Conflito de interesses**

Não há.

## RESUMO

**Introdução:** As terapias comportamental e cognitivo-comportamental reduzem os sintomas do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) em mais de 70% dos pacientes. Entretanto, cerca de 30% não obtêm nenhuma melhora. Conhecer fatores associados a esses desfechos poderia auxiliar numa melhor indicação do tratamento, incrementando sua eficácia.

**Método:** Revisão bibliográfica de trabalhos que investigaram fatores preditivos de resultados nos tratamentos do TOC. Fontes: PubMed, PsychoINFO, LILACS. Termos utilizados na busca: “predictive factors” OR “prediction” AND “obsessive-compulsive disorder” AND “exposure response prevention” OR “ritual prevention” OR “behav\* therapy” OR “cognitive behav\* therapy, resultando em 104 artigos. As referências dos artigos foram analisadas, possibilitando maior número de trabalhos revisados. Excluiu-se artigos que utilizaram apenas farmacoterapia e aqueles que não abordavam o tema, resultando em 29 artigos.

**Resultados:** As variáveis demográficas parecem exercer papel indireto, destacando-se sexo masculino e ausência de companheiro(a) como fatores de pior prognóstico. Maior gravidade e início precoce dos sintomas indicariam piores resultados. O transtorno esquizotípico comórbido é potencialmente negativo. Sintomas relacionados ao colecionismo e com conteúdo sexual/religioso indicam pior prognóstico. Maior nível de *insight*, motivação e colaboração com o tratamento são características favoráveis. Maior intensidade da melhora e a remissão completa são preditores para a não-recaída.

**Conclusões:** A identificação de fatores preditores de resultados está longe de ser esclarecida. É possível que múltiplos fatores, cujas associações são complexas, atuem em conjunto. Os resultados podem depender de fatores não-específicos, ainda não abordados

pelos estudos. A heterogeneidade do TOC e das pesquisas e uso associado de medicamentos dificultam o estabelecimento de conclusões mais definidas.

**Palavras-chave:** Prognóstico. Transtorno obsessivo-compulsivo. Terapia cognitivo-comportamental. Terapia comportamental. Exposição e prevenção de rituais.

## ABSTRACT

**Introduction:** Behavioral and cognitive-behavioral therapies reduce symptoms of obsessive-compulsive disorder (OCD) in over 70% of the patients. However, about 30% do not show any improvement. The knowledge of factors associated with these outcomes may inform better treatment indications and improve treatment efficacy.

**Method:** Review of studies that investigated predictors of results of OCD treatment. Sources: PubMed, PsychoINFO, LILACS. The terms used in the search were “predictive factors” OR “prediction” AND “obsessive-compulsive disorder” AND “exposure response prevention” OR “ritual prevention” OR “behav\* therapy” OR “cognitive behav\* therapy, and the search retrieved 104 studies. The references of retrieved studies were also analyzed to ensure that all relevant studies were included. Studies that used only pharmacotherapy or did not discuss the topic under analysis were excluded, and 29 studies met inclusion criteria.

**Results:** Demographic variables seem to play an indirect role in treatment results; male sex and not having a partner are the factors associated with the poorest prognoses. Greater severity and early symptom onset also indicate poor results. Comorbid schizotypal disorder is potentially negative. Symptoms associated with hoarding and sexual/religious obsessions predict a poor prognosis. Greater insight, motivation and collaboration with treatment are favorable characteristics. Greater improvement and complete remission of symptoms are predictors of no relapse.

**Conclusions:** The identification of predictors of results is still far from complete. Multiple factors may contribute to results, and their associations are complex. Results may depend on unspecific factors not yet investigated. Definite conclusions are difficult to reach

because of the heterogeneity of OCD and of the studies that investigate it and the associated use of medications.

**Key words:** Prognosis. Obsessive-compulsive disorder. Cognitive-behavioral therapy. Behavioral therapy. Exposure and ritual prevention.

## 1) INTRODUÇÃO

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) possui curso crônico e é caracterizado pela presença de obsessões e compulsões, que ocupam boa parte do tempo do paciente, acompanhadas de desconforto, comprometendo as rotinas diárias, o desempenho profissional e as relações interpessoais<sup>1</sup>. Considerado raro até bem pouco tempo, verificou-se que o TOC é bastante comum, com uma prevalência entre 1,6% e 3,1% da população em algum momento da vida<sup>2</sup>. Acomete em geral pessoas jovens, ao final da adolescência. É um transtorno grave, que incapacita cerca de 10% dos seus portadores<sup>3</sup>.

São considerados tratamentos de primeira linha a clomipramina, os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS), a terapia comportamental (TC) de exposição e prevenção de rituais (EPR) e a terapia cognitivo-comportamental (TCC)<sup>4</sup>.

Os medicamentos são a terapia de escolha em pacientes com pouco juízo crítico (*insight*) sobre a doença, ou nas situações em que os sintomas do TOC são muito graves. Entretanto, a redução na intensidade dos sintomas obsessivo-compulsivos (SOC) é parcial, entre 30% e 40% em média, e apenas 20% dos pacientes conseguem uma remissão completa<sup>5,6,7</sup>. As recaídas são freqüentes, ocorrendo em cerca de 80% dos pacientes depois de dois meses de interrupção dos medicamentos<sup>8</sup>. A intolerância aos efeitos adversos, principalmente com o uso da clomipramina, bem como a não-aceitação ou o abandono do tratamento podem chegar a 20%<sup>7</sup>.

Desde os anos 1970 a terapia de EPR foi introduzida no tratamento do TOC, sendo eficaz em mais de 70% dos pacientes que aderem ao tratamento<sup>9,10</sup>. Constitui-se, junto com os medicamentos, em um dos tratamentos de escolha para o TOC. Estudos mais recentes<sup>11,12</sup> têm demonstrado sua superioridade em relação aos medicamentos,

especialmente na intensidade da redução das compulsões e no percentual de pacientes que obtêm remissão completa dos sintomas<sup>12</sup> – condição associada a não-recaídas no seguimento<sup>13</sup>. Além da técnica de EPR, são utilizadas técnicas cognitivas que auxiliam na correção das crenças distorcidas e proporcionam melhor compreensão dos sintomas do TOC. Ambas podem ser vistas como complementares, sendo possível utilizá-las em conjunto sob a forma da TCC. A falta de disponibilidade das psicoterapias, bem como seu custo elevado, resultou na proposta de oferecê-las na modalidade em grupo, permitindo tratamento de um número maior de pessoas e o acréscimo de fatores grupais, melhorando o comprometimento dos pacientes nas tarefas de EPR. Os tratamentos em grupo conferem resultados similares aos individuais<sup>14,15</sup> – Cordioli et al.(2003)<sup>16</sup>, em um ensaio clínico randomizado, concluíram que a eficácia em reduzir a intensidade dos SOC com a TCC em grupo é de cerca de 70%.

Entretanto, nem todos os pacientes de TOC beneficiam-se com as psicoterapias. Um grupo apresenta uma resposta rápida, com remissão completa dos sintomas, enquanto que outro, ao redor de 30%, não responde ao tratamento<sup>16,17,18</sup>. É ainda comum a resposta parcial, em que os pacientes, embora melhorem, ainda apresentam sintomas residuais da doença. Eles, têm maior risco de recaídas ao longo do período de até dois anos após o tratamento<sup>13,17</sup>. Esclarecer essas questões permitiria compreender melhor a natureza do TOC e os fatores que agravam os sintomas e dificultam sua remoção. Permitiria ainda melhorar os critérios de indicação, auxiliando no desenvolvimento de novos recursos e estratégias para pacientes refratários. O presente trabalho tem por objetivo elaborar uma revisão dos estudos de identificação de fatores preditores de resposta às TC e TCC para o TOC em adultos (a partir dos 18 anos de idade). As características dos pacientes que não se beneficiam e o fator que os distingue dos que aproveitam os tratamentos são questões ainda em aberto e são objeto da presente revisão bibliográfica.

## 2) MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica sistemática, de 1980 a maio de 2007, tendo-se como fontes as bases de dados PubMed, PsychoINFO e LILACS. A pesquisa utilizou os seguintes descritores: *predictive factors OR prediction AND obsessive-compulsive disorder AND exposure response prevention OR exposure ritual prevention; predictive factors OR prediction AND obsessive-compulsive disorder AND behav\* therapy; predictive factors OR prediction AND obsessive-compulsive disorder AND cognitive behav\* therapy*. Foram listados 184 artigos, sendo 80 em duplicidade, resultando, a busca, em 104 artigos. Foram excluídos os trabalhos cuja amostra era composta por crianças e adolescentes (indivíduos menores de 18 anos), aqueles que embora tenham sido listados pela pesquisa bibliográfica não abordavam o tema proposto e os que utilizaram como tratamento do TOC apenas a farmacoterapia. Foram incluídos os trabalhos cuja terapêutica envolveu abordagem medicamentosa associada às terapias de EPR e TCC, já que estes se constituem na maioria dos estudos. As referências citadas nos artigos foram objeto de análise, possibilitando maior número de trabalhos revisados. Foram selecionados 29 estudos apresentados na Tabela 1.

---

Inserir tabela 1

---

### 3) RESULTADOS / DISCUSSÃO

#### 3.1) Fatores Sociodemográficos

##### Gênero

Basoglu et al. (1988)<sup>19</sup>, através de um ensaio clínico randomizado, analisaram preditores de melhora do TOC em pacientes tratados com TC e clomipramina. Avaliaram 49 pacientes ambulatoriais, na faixa dos 18 aos 60 anos. Os pacientes foram vinculados aleatoriamente às condições de tratamento, com duração entre 17 a 23 semanas. Através de uma análise de regressão múltipla, o sexo masculino (n=27), entre outras variáveis, apareceu como fator preditor de mau resultado aos tratamentos.

Castle et al. (1994)<sup>20</sup> analisaram preditores de resultado à TC em 178 pacientes ambulatoriais, tratados entre 1977 e 1989. Encontraram diferenças entre os sexos, já que, para os homens (n=75), morar sozinho ou viver só foi preditor de mau resultado. Para as mulheres (n=103), possuir trabalho remunerado na época do tratamento, ter um co-terapeuta envolvido (parente, amigo ou assistente social com conhecimentos sobre os princípios da terapia, auxiliando nas tarefas de casa de exposição) e apresentar baixos escores iniciais na listagem de compulsões foram preditores associados a um bom resultado à TC.

Por outro lado, Araújo et al. (1996)<sup>21</sup>, em um ensaio clínico randomizado, não identificaram o gênero como possível preditor de resultado no tratamento de 46 pacientes ambulatoriais com TOC, tratados por nove semanas com duas formas de terapia de EPR (exposição *in vivo* ou imaginária + *in vivo*).

McLean et al. (2001)<sup>22</sup>, em um ensaio clínico randomizado, compararam os efeitos da TCC e da TC no tratamento do TOC, ambas na modalidade em grupo. Também não observaram o gênero como uma variável preditora de resultado às terapias. Dos 76 pacientes que começaram os tratamentos, 63 o completaram (31 na TCC e 32 na TC), sendo 33 homens e 30 mulheres.

Estudos sugerem que o gênero possa exercer papel indireto na resposta aos tratamentos devido, provavelmente, às diferenças biológicas entre homens e mulheres. O sexo feminino foi associado a maior gravidade dos sintomas depressivos<sup>23</sup>; já o sexo masculino apresentou menor idade de início dos sintomas obsessivo-compulsivos (SOC), maior gravidade basal, maior número de obsessões e compulsões e pior funcionamento global<sup>23</sup>.

### **Situação Conjugal**

Foa et al. (1983)<sup>17</sup> não verificaram associação significativa entre o resultado da terapia e o modo de vida (viver sozinho ou com outras pessoas) ou o estado civil. Foram analisados dados de 50 pacientes com TOC, os quais receberam tratamento com a técnica de EPR em 12 sessões de duas horas.

Por outro lado, Steketee et al. (1999)<sup>24</sup>, em um estudo prospectivo, analisaram dados de 100 pacientes com TOC, de um total de 711 adultos, participantes do Harvard/Brown Anxiety Disorders Research Project, com o objetivo de identificar preditores de curso do TOC. Na amostra analisada, 43% dos pacientes eram casados ou tinham companheiro(a) 41% dos pacientes eram solitários e 16% dos pacientes viviam com outras pessoas. Os pacientes casados tiveram o dobro da probabilidade de apresentarem

remissão parcial dos sintomas em um período de cinco anos em comparação com os solteiros, constituindo-se a situação conjugal em um forte preditor de resultado à TC.

A condição de ter companheiro(a) poderia ser em decorrência de esses indivíduos apresentarem um subtipo menos grave de TOC, com maiores chances de estabelecer relacionamentos. Contudo não fica evidente se o TOC refratário faz os pacientes ficarem sem cônjuge (causa), ou se estar sem cônjuge é fator preditivo de má resposta ao tratamento (efeito).

### **Situação Socioeconômica e Educacional, Nível de Adaptação Social**

De Haan et al. (1997)<sup>25</sup>, em um ensaio clínico randomizado, analisaram preditores de resultado e a melhora de 99 pacientes com TOC, tratados com 16 sessões semanais em quatro diferentes condições de tratamento: terapia cognitiva, EPR, fluvoxamina mais terapia cognitiva e fluvoxamina mais EPR. Não encontraram relação entre a situação profissional (se pacientes estão empregados ou desempregados) e o resultado das diferentes condições de tratamento.

McLean et al. (2001)<sup>22</sup> não observaram associação entre o nível educacional e a resposta aos tratamentos com TC ou TCC. Dos 63 pacientes que completaram os tratamentos, 5% tinham ensino médio incompleto, 52% tinham formação universitária incompleta e 43% completaram o programa equivalente a um curso universitário ou técnico.

Ferrão et al. (2006)<sup>26</sup>, em um estudo caso-controle, compararam 26 pacientes respondedores aos tratamentos com 23 refratários. Os respondedores deveriam ter redução  $\geq 35\%$  no escore inicial da *Y-BOCS* e ser classificados como “melhor” ou “muito melhor” na Clinical Global Impression (CGI). Os refratários foram definidos por: redução  $< 25\%$  no

escore inicial da Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), após tratamento (ISRS por 16 semanas e 20 horas de TCC).

Os autores verificaram que um nível econômico mais baixo, pelos critérios da *Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME)*, foi associado à refratariedade – aproximadamente 74% dos pacientes refratários pertenciam às classes “C” e “D” contra 42% dos respondedores. A situação socioeconômica mais baixa poderia influenciar o nível educacional ou a situação profissional, formando uma interação entre características passíveis de exercer influência na resposta aos tratamentos, embora seja difícil a caracterização do que é causa ou efeito.

### **Idade do Paciente**

O único estudo encontrado no qual houve alguma associação entre a idade do paciente e o tratamento foi o ensaio clínico aberto de Foa et al. (1983)<sup>17</sup>, onde pacientes mais jovens apresentaram maior tendência de melhora após tratamento com TC e durante o seguimento. Os indivíduos considerados muito melhores tinham média de idade de 30,92 anos contra 41,00 anos entre os que não mantiveram a melhora no seguimento. Entretanto, no modelo de regressão múltipla, esse fator não se relacionou significativamente com o resultado do tratamento.

## **3.2) Características Intrínsecas do TOC**

### **Gravidade Inicial dos Sintomas**

Para Basoglu et al. (1988)<sup>19</sup>, a gravidade da doença foi o preditor mais forte do resultado não-satisfatório no tratamento do TOC com TC e clomipramina. Os pacientes que inicialmente apresentaram um quadro mais grave da doença tiveram menor grau de

habituação aos estímulos provocadores de rituais e sua melhora foi menor. Pacientes moderadamente doentes melhoraram muito mais rapidamente no começo do tratamento, embora a presença de melhoras posteriores nos pacientes mais graves tenha atenuado esses efeitos.

Cottraux et al. (1993)<sup>27</sup>, em um estudo envolvendo TC e fluvoxamina, observaram que um aspecto da gravidade – a evitação, avaliada por um teste comportamental - foi forte preditor de resultados pobres com os tratamentos, já que isoladamente foi responsável por 68% dos insucessos, provavelmente em virtude de esses pacientes terem dificuldades em se submeter aos exercícios de EPR.

Keijsers et al. (1994)<sup>28</sup>, em um ensaio clínico randomizado, analisaram possíveis preditores de resultado em 40 pacientes tratados com TC. O tratamento teve duas fases, caracterizadas por oito sessões de TC e oito de prevenção de rituais, em um total de dois meses de duração. Verificaram que uma maior gravidade das queixas obsessivo-compulsivas era preditora de pior resposta.

Uma importante descoberta de De Haan et al. (1997)<sup>25</sup> foi que um terço dos pacientes considerados não-respondedores após os tratamentos (TCC e/ou fluvoxamina) tornaram-se respondedores no seguimento. A característica principal destes pacientes foi a presença de queixas mais graves acerca dos SOC, confirmadas por um escore mais alto na Y-BOCS. A gravidade inicial dos sintomas predisse resultados mais pobres a curto-prazo, embora muitos destes pacientes melhoraram no seguimento, indicando que estes precisariam de um período de terapia mais longo.

Steketee et al. (1999)<sup>24</sup> avaliaram dados de seguimento de cinco anos de 100 pacientes com TOC, concluindo que uma gravidade menor inicial da doença foi preditora da remissão parcial dos sintomas. Aproximadamente 20% dos pacientes tiveram remissão total e 50% tiveram remissão parcial durante o seguimento.

Hollander et al. (2002)<sup>29</sup>, na avaliação de 274 pacientes de oito centros internacionais, concluíram que a gravidade dos sintomas antes do início do tratamento era significativamente maior ( $p=0,001$ ) entre os pacientes refratários. Por outro lado, Foa et al. (1983)<sup>17</sup> não encontraram qualquer relação entre gravidade inicial dos SOC e resultado da TC, seja no pós-tratamento, seja no seguimento.

Para Araújo et al. (1996)<sup>21</sup> a gravidade inicial também não foi preditor de resultado à TC, muito embora uma gravidade inicial mais baixa tenha sido preditora de maior submissão às tarefas de casa de exposição na primeira semana de tratamento, a qual foi isoladamente o melhor preditor de bom resultado após TC e no seguimento de 32 semanas.

Em resumo, diversos estudos concluíram que uma maior gravidade inicial dos sintomas prediz piores resultados após os tratamentos do TOC<sup>19,24,25,27-29</sup>. Entretanto, algumas pesquisas indicaram que pacientes com sintomas mais graves obtêm benefícios com as terapias, embora respondam mais tardiamente e tendam a alcançar mais freqüentemente uma remissão parcial dos SOC<sup>19,25</sup>.

### **Idade de Início dos Sintomas**

De Haan et al. (1997)<sup>25</sup> não encontraram associação significativa entre a idade de início (antes ou após os 18 anos) dos sintomas e o resultado dos tratamentos do TOC com TCC, associada ou não à fluvoxamina.

Eisen et al. (1999)<sup>6</sup>, em um estudo prospectivo de dois anos, analisaram possíveis padrões de remissão e de recaída no referido período, em 66 pacientes com TOC, também não encontrando efeito significativo da idade de início dos SOC no curso da doença. Os pacientes foram tratados com TC e IRS.

Já Foa et al. (1983)<sup>17</sup> encontraram associação entre essas variáveis. Assim os pacientes cujos sintomas apareceram mais precocemente mantiveram seus ganhos com a TC de forma mais eficiente no seguimento do que os pacientes cujos sintomas apareceram mais tardiamente. A idade média de início dos SOC era de 23 anos.

Por outro lado, Skoog e Skoog (1999)<sup>30</sup>, em um estudo de 40 anos de seguimento, analisaram os dados de 144 pacientes com TOC. Os autores observaram que o início precoce dos SOC foi preditor de piores resultados aos tratamentos.

Grant et al. (*in press*)<sup>31</sup>, em um estudo de coorte com 293 indivíduos com TOC, investigaram as características clínicas e comorbidades psiquiátricas dos 33 (11,3%) pacientes com idade de início dos SOC acima de 29 anos. Concluíram que, embora o início do TOC com esta idade não seja comum, estes indivíduos possuem características clínicas similares às dos indivíduos com início precoce dos SOC e respondem melhor ao tratamento com TCC, provavelmente por apresentarem sintomas menos graves da doença ou, até mesmo, pela menor duração dos SOC neste grupo antes de procurarem tratamento.

Em resumo, os achados são contraditórios, e a explicação para isso pode estar no fato de que a idade de início dos sintomas seja influenciada por outros fatores. O início precoce dos sintomas foi associado ao sexo masculino, à presença de maior número de obsessões e compulsões, à maior frequência de rituais de repetição e maior gravidade dos sintomas<sup>23</sup>; o grupo com início precoce dos sintomas apresentou maior associação com tiques, mais compulsões semelhantes a tiques e mais fenômenos sensoriais<sup>32</sup>. O grupo de início dos sintomas após os 29 anos (início tardio) apresentou menos obsessões de contaminação, somáticas e religiosas<sup>31</sup>. Existem controvérsias na definição no que seria considerado como idade de início precoce da doença, já que alguns autores consideram como sendo TOC iniciado antes dos 10 anos<sup>32</sup>, enquanto outros, antes dos 18 anos<sup>25,31</sup>.

### **Duração da Doença e Tempo sem Tratamento**

No único ensaio clínico encontrado, Keijsers et al. (1994)<sup>28</sup> concluíram que uma maior duração da doença foi preditora de pior resultado para as obsessões. Contudo, esse achado não significa, necessariamente, que essa variável possa afetar o resultado da TC.

Ferrão et al. (2006)<sup>26</sup> não encontraram diferenças significativas para a duração da doença: 22,27 anos para os pacientes refratários e 25,46 anos para os respondedores. Também não encontraram diferenças significativas entre esses dois grupos com relação ao período de tempo entre a idade de início dos sintomas e a idade de início do tratamento (tempo sem tratamento): 10,32 anos e 15,17 anos, respectivamente.

Em resumo, a duração da doença parece não ter um papel importante em determinar os resultados da TC e da TCC. Nesse sentido, estudos mais adequados devem ser conduzidos para apontar se o período de tempo sem nenhum tipo de tratamento poderia ser um fator preditivo de resposta.

### **Curso e História Natural do TOC**

Em um estudo de seguimento de 40 anos, Skoog e Skoog (1999)<sup>30</sup> observaram que o curso crônico da doença, nos pacientes examinados entre 1954 e 1956, foi associado com pior prognóstico.

No estudo de Hollander et al. (2002)<sup>29</sup>, entre os pacientes que responderam aos tratamentos (TCC, TC ou IRS), 70% das vezes apresentaram curso crônico da doença, contra mais de 90% entre os que não responderam. Os refratários apresentaram menos o início abrupto do TOC em comparação com os respondedores.

Entretanto, não fica claro se o curso crônico (e o desgaste causado por ele) acaba tornando o TOC refratário, ou se o TOC refratário desde o início proporciona uma evolução mais crônica por características neurobiológicas próprias.

### **Comorbidades**

As comorbidades psiquiátricas são bastante frequentes no TOC, tendo sido encontrados 4,6 diagnósticos ao longo da vida para pacientes com TOC, enquanto o grupo-controle recebeu, em média, apenas 1,2 diagnósticos<sup>33</sup>.

Minichiello et al. (1987)<sup>34</sup> estudaram retrospectivamente dados de 29 pacientes tratados com TC e IRS. Na amostra, 10 pacientes tinham comorbidade com TP esquizotípica. Daqueles pacientes sem tal comorbidade, 84% melhoraram ao menos moderadamente com o tratamento (TC ou TC mais IRS) contra apenas uma melhora (10%) entre os diagnosticados com TP esquizotípica. A impressão clínica dos pesquisadores foi de que pacientes esquizotípicos têm dificuldades em focar uma tarefa específica, vindo a falhar na TC.

Cottraux et al. (1993)<sup>27</sup> constataram que pacientes diagnosticados como tendo personalidade *borderline* ou paranóide não obtiveram bons resultados aos tratamentos do TOC com TC e/ou fluvoxamina.

No estudo de seguimento de cinco anos de Steketee et al. (1999)<sup>24</sup>, dos 100 pacientes iniciais, 76% tinham ao menos uma comorbidade: 36% com episódio depressivo maior (EDM), 32% com transtorno de ansiedade generalizada, 27% com fobia social, e 37% com pânico e agorafobia. Somente o EDM tendeu ( $p=0,10$ ) a ser um preditor de pior curso da doença. Os transtornos de ansiedade não influenciaram o curso do TOC. Quanto aos transtornos de personalidade, nem o número nem a presença de um TP foram preditores do curso do TOC.

Marks et al. (1980)<sup>35</sup>, em um ensaio clínico randomizado, estudaram 40 pacientes com TOC que foram tratados em dois diferentes grupos: um recebeu clomipramina, enquanto o outro, recebeu placebo. Durante quatro semanas um grupo recebeu sessões de relaxamento e o outro foi tratado com a técnica de EPR. Após, durante mais quatro semanas, ambos foram tratados com EPR. Os autores perceberam que a TC produziu menores mudanças no humor, concluindo que a EPR é uma das escolhas de tratamento do TOC para pacientes não-deprimidos.

Keijsers et al. (1994)<sup>28</sup> detectaram que maiores níveis de depressão (avaliada pela Hamilton Depression Rating Scale – HAM-D) foram preditores de resultados mais pobres para as compulsões, afetando negativamente o tratamento com a TC.

Abramowitz et al. (2000)<sup>36</sup> examinaram os efeitos da depressão na resposta ao tratamento do TOC (TCC ou TCC mais antiobsessivos). Os 87 pacientes foram divididos em grupos, conforme os escores que apresentavam no pré-tratamento, obtidos pelo Beck Depression Inventory (BDI). Aqueles com depressão inicial grave ( $BDI \geq 30$ ) melhoraram significativamente menos comparados com os menos deprimidos ou com os não-deprimidos, mesmo tendo obtido ganhos com o tratamento. Os pacientes com depressão grave falham nos exercícios de exposição e têm menos motivação para tratamento, sendo prováveis causas do pior resultado obtido, conforme os pesquisadores.

Já Foa et al. (1992)<sup>37</sup> testaram a hipótese de que a resposta à TC poderia ser melhorada com a redução do grau de depressão antes do início da TC. Por meio de um ensaio clínico randomizado, 38 pacientes com TOC foram divididos em dois grupos, cujo escore de corte na BDI foi de 20. Metade de cada grupo recebeu imipramina e a outra metade recebeu placebo durante seis semanas. Após, todos realizaram TC diariamente durante três semanas, seguida de 12 sessões semanais de psicoterapia de reforço. Embora a

imipramina tenha melhorado os sintomas depressivos, nem o nível de depressão nem o efeito antidepressivo do medicamento influenciaram o resultado após os tratamentos e no seguimento de dois anos, indicando que a depressão seria decorrente dos SOC.

De Haan et al. (1997)<sup>25</sup> não consideraram a depressão como variável preditora de resultado das terapias (TCC e/ou fluvoxamina). Também não foi associada ao resultado após tratamento de 34 pacientes com TC e clomipramina, nem no seguimento de seis anos no estudo de O'Sullivan et al. (1991)<sup>38</sup>.

Com relação ao transtorno de tiques (TT) e à síndrome de Tourette (ST), Miguel et al. (1995,1997)<sup>39,40</sup> sugeriram um *continuum* entre os transtornos dos movimentos repetitivos, variando dos tiques simples à ideação obsessiva, estando inseridos nesse modelo os chamados transtornos do espectro do TOC, como o TT ou a ST. Estes ocorrem mais no grupo de pacientes que têm TOC de início precoce, na maioria em homens, com maior associação com histórico familiar positivo para tiques e com padrão distinto de resposta aos tratamentos<sup>41</sup>, já que tendem a responder melhor com medicação neuroléptica associada aos ISRS do que com TC ou TCC.

Hollander et al. (2002)<sup>29</sup> evidenciaram que aqueles pacientes que não responderam aos tratamentos (n=147) estavam entre os que possuíam mais comorbidades com transtornos alimentares e bipolar; porém, nesse último caso, a análise estatística demonstrou apenas tendência ( $p < 0,09$ ). Também encontraram um resultado não esperado, pois os pacientes respondedores (n=127) tiveram maiores taxas de histórico familiar com tiques ( $p = 0,024$ ): 7,5% de frequência contra apenas 1,6% entre os não-respondedores.

Em resumo, existem evidências de estarem associados com mau resultado às psicoterapias principalmente o transtorno de personalidade esquizotípica, além do paranóide e *borderline*. A depressão grave associada ao TOC parece afetar negativamente

o resultado dos tratamentos. Entretanto, não há unanimidade nesse achado, já que alguns estudos não encontraram relação<sup>25,38</sup>. Os indivíduos com ST e TT tendem a responder melhor com medicação neuroléptica associada aos ISRS. É possível que todas essas comorbidades interfiram na motivação e na adesão ao tratamento e até mesmo na capacidade do paciente de se vincular ao terapeuta.

### **Tipos de Sintomas**

Black et al. (1999)<sup>42</sup>, em um ensaio clínico randomizado com 38 pacientes de TOC, analisaram fatores associados à resposta aos tratamentos com paroxetina ou TCC. A resposta foi avaliada por redução na Y-BOCS  $\geq 40\%$  e classificação na CGI como “melhores” ou “muito melhores”. O colecionismo constituiu-se em um importante sintoma preditor de resultados pobres em pacientes com TOC tratados com TCC.

Saxena et al. (2002)<sup>43</sup> estudaram retrospectivamente 190 pacientes com TOC tratados, entre 1994 e 2000, por seis semanas com TCC intensiva, medicação e reabilitação psicossocial (informações sobre diagnóstico, medicação, prevenção de recaídas). Vinte pacientes (11%) pertenciam ao agrupamento dos colecionistas (definido através da Y-BOCS Symptom Checklist). Eles eram significativamente mais velhos (média de idade de 44,8 *versus* 33,2 anos), com maior proporção de mulheres (15 de 20 pacientes), e apresentavam maiores níveis de ansiedade antes e após os tratamentos. Os pacientes “não-colecionistas” melhoraram significativamente mais (Y-BOCS médio final de 15,6 contra 19,9) que os colecionadores.

Rufer et al. (2006)<sup>44</sup> examinaram quais dimensões dos sintomas do TOC poderiam prever resultados no tratamento com quatro sessões semanais de TCC, durante nove semanas, de 104 pacientes. Os sintomas foram avaliados através da Y-BOCS Checklist, sendo que somente 7 dos 19 pacientes (36,8%) com sintomas de colecionismo

responderam à TCC, enquanto 47 dos 75 pacientes não-colecionistas (62,7%) responderam. Os pacientes com obsessões de conteúdo sexual/religioso também tenderam a responder menos, embora o resultado não tenha sido significativo ( $p=0,07$ ).

Alonso et al. (2001)<sup>45</sup> analisaram dados de 60 pacientes com TOC. Todos receberam inicialmente tratamento medicamentoso (IRS) por 12 semanas, e após, 20 sessões semanais de uma hora de TC. Cerca de 17% dos pacientes tiveram ao menos um sintoma na dimensão de conteúdo sexual/religioso, considerada como sendo a principal. Eles tiveram pior resultado no seguimento de até cinco anos, constituindo-se essa dimensão um preditor de mau prognóstico de longo prazo.

Ferrão et al. (2006)<sup>26</sup> utilizaram o instrumento Dimensional Y-BOCS (DYBOCS) para medir a gravidade em cada uma das seis dimensões de sintomas. Encontraram que a dimensão de conteúdo sexual/religioso foi associada à refratariedade. Cerca de 73% dos pacientes refratários estavam incluídos nessa dimensão contra 38% dos respondedores.

Em resumo, 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. O dimensionamento dos sintomas pode ser útil para identificar subgrupos de pacientes, confirmando a natureza multidimensional e heterogênea da patologia.

### **3.3) Fatores Cognitivos**

#### **Juízo Crítico (*Insight*) e Idéias Supervalorizadas**

Neziroglu et al. (1999)<sup>46</sup>, num estudo relacionando a presença de idéias supervalorizadas com a resposta à TC ou TCC, avaliaram 20 pacientes, sendo 15 homens portadores de TOC. Na admissão, os pacientes foram divididos em dois grupos: um

formado por 10 indivíduos com presença de alto grau de idéias supervalorizadas (Overvalued Ideas Scale – OVIS $\geq$ 6), e outro, com baixo grau. Todos ingressaram em um programa de tratamento hospitalar intensivo de EPR com duração de um mês, usavam ISRS com doses estabilizadas ( $\geq$ 3 meses) e continuaram a usá-los durante o tratamento. Os resultados indicaram que pacientes com altos escores na OVIS sofrem interferências no tratamento desde o início, não ocorrendo mudanças nos níveis de ansiedade e depressão com o tratamento. Os autores concluíram que a presença de idéias supervalorizadas constitui-se em mau prognóstico do TOC.

Foa et al. (1999)<sup>47</sup> examinaram o grau em que a presença do *insight* pobre acerca dos SOC influenciou a eficácia da TC no tratamento do TOC. Vinte pacientes receberam tratamento com a técnica de EPR, sendo que aqueles que tinham presença de idéias supervalorizadas, com a certeza de que seus medos não eram desprovidos de sentido, obtiveram piores resultados com a terapia do que os outros pacientes, apesar da redução dos níveis de fixidez das suas crenças.

No estudo de Hollander et al. (2002)<sup>29</sup>, entre os pacientes que responderam aos tratamentos (TCC, TC ou IRS), 10% tinham juízo crítico pobre contra 20% entre os que não responderam ( $p<0,025$ ).

O *insight* pobre constitui um subtipo do TOC<sup>1</sup>. Os pacientes não consideram seus sintomas sem sentido ou excessivos. Poderia haver uma acomodação ao sintoma, levando esses pacientes a procurarem atendimento mais tardiamente, criando uma relação entre juízo crítico pobre e maior duração da doença ou maior tempo sem tratamento.

### **Adesão ao Tratamento, Motivação e Funcionamento Familiar**

Keijsers et al. (1994)<sup>28</sup> verificaram que uma menor motivação para o tratamento e uma insatisfação com a relação terapêutica foram preditores de resultados mais pobres para

as obsessões, afetando o resultado no tratamento do TOC com TC. A motivação foi avaliada através da sub-escala “disposição em participar” da *Nijmegen Motivation List (NML)*. A qualidade da relação terapêutica foi avaliada através de quatro sub-escalas do *Relationship Inventory (RI)*.

Araújo et al. (1996)<sup>21</sup> constataram que o melhor preditor de bom resultado no final do tratamento do TOC com TC e no seguimento de 32 semanas foi a adesão inicial às tarefas de casa de exposição durante a primeira semana de tratamento. A adesão foi definida como o percentual completado comparado com o número de tarefas de casa combinado entre paciente e terapeuta. A implicação clínica principal do estudo é que pacientes com TOC que realizam de forma apropriada as tarefas de auto-exposição e de prevenção de rituais, na primeira semana de tratamento, são os que mais provavelmente serão bem-sucedidos sete meses mais tarde.

De Haan et al. (1997)<sup>25</sup> demonstraram que a motivação foi preditor de um resultado mais favorável dos tratamentos (TCC e/ou fluvoxamina). Foi utilizado o instrumento NML para aferir motivação.

Ferrão et al. (2006)<sup>26</sup> avaliaram o comportamento de familiares de pacientes com TOC, nos quais aplicaram o instrumento *Family Accommodation Scale (FAS)*, constatando que o grupo de familiares dos pacientes refratários apresentava maior índice de acomodação e maior índice de desgaste familiar quando comparado aos familiares de pacientes respondedores. Quanto maior for a modificação do funcionamento familiar devido ao TOC – se os familiares compartilham dos rituais ou mesmo se forem hostis aos mesmos – maiores serão os escores na FAS, característica associada à refratariedade.

Em resumo, adesão e motivação são fatores que podem interferir no desempenho dos tratamentos, já que constituem características importantes para o bom desempenho na

técnica de EPR. A aliança que os familiares acabam formando com o paciente nos seus rituais também interfere nos tratamentos, uma vez que pode ajudar a perpetuar os sintomas.

### **3.4) Aspectos do Tratamento**

#### **Tratamentos Anteriores**

Foi encontrado apenas um estudo que associou diretamente a ausência ou a presença de tratamento anterior para o TOC com o desempenho alcançado na realização de uma nova terapia. Buchanan et al. (1996)<sup>48</sup> estudaram fatores associados com a melhora clínica e a adesão ao tratamento do TOC com a técnica de EPR. Todos os 127 pacientes do estudo foram acompanhados pelo período de 12 meses. Aqueles que não haviam se tratado anteriormente tiveram melhoras clínicas mais robustas.

De Haan et al. (1997)<sup>25</sup> observaram que os respondedores tardios (pacientes que não responderam após a terapia, mas que se tornaram respondedores no seguimento) haviam recebido mais freqüentemente tratamentos anteriores para o TOC ( $p < 0,05$ ). No entanto, essa variável não foi analisada como possível preditora de resultado dos tratamentos.

A realização de tratamento anterior poderia sugerir um paciente com melhor juízo crítico ou maior gravidade dos SOC, motivando a procura anterior por ajuda, indicando, inclusive, um paciente refratário ao tratamento já realizado.

### **Grau de Melhora, Remissão Completa e Melhora Precoce**

Mawson et al. (1982)<sup>49</sup>, em um ensaio clínico randomizado, estudaram 40 pacientes com TOC que receberam tratamento com a técnica de EPR e clomipramina. Verificaram que as maiores associações com melhor resultado no seguimento de dois anos foram um tempo mais prolongado de EPR e uma resposta ao tratamento nas 10<sup>a</sup> e 18<sup>a</sup> semanas.

No estudo de FOA et al. (1983)<sup>17</sup>, os pacientes com ganhos intermediários logo após o tratamento com TC apresentaram alto risco de recaída durante o seguimento. Isso sugere que a satisfação com melhora parcial é injustificada, devendo-se realizar esforços no intuito de atingir a redução completa dos SOC no final do tratamento.

O'Sullivan et al. (1991)<sup>38</sup>, num estudo de seguimento de seis anos, analisaram dados de 34 pacientes que participaram de um ensaio clínico randomizado, envolvendo a técnica de exposição por três ou seis semanas, além da utilização de clomipramina ou placebo por 36 semanas. Os autores constataram que o grau de melhora após TC, além de uma maior exposição ao tratamento, foram preditores de melhor prognóstico.

Braga et al. (2005)<sup>13</sup> avaliaram os resultados da TCC em grupo e a existência de fatores preditores de resultado a longo prazo em 42 pacientes com TOC. A intensidade da melhora dos SOC e sua remissão completa, definida por escores nas escalas Y-BOCS $\leq$ 8 e CGI $<$ 2, foram fortes fatores preditores para a não-recaída no seguimento de um ano. Nenhum paciente com remissão total recaiu no seguimento.

Em resumo, o grau de melhora com os tratamentos e a remissão completa dos sintomas parecem exercer papel fundamental na não-recaída dos pacientes.

### 3.5) Fatores Neurobiológicos

Baxter et al. (1992)<sup>50</sup> utilizaram tomografia cerebral por emissão de pósitrons para investigar taxas do metabolismo da glicose em pacientes com TOC, antes e após tratamento com TC ou fluoxetina. Concluíram que a hiperatividade diminui no núcleo caudado, nos lobos órbito-frontais e no córtex cingulado em pacientes que têm boa resposta aos tratamentos.

Brody et al. (1998)<sup>51</sup>, em um estudo de preditores de resposta ao tratamento do TOC com TC e farmacoterapia, também utilizaram tomografia cerebral por emissão de pósitrons para comparar a resposta, através da diminuição dos escores na escala Y-BOCS, entre um grupo de pacientes tratados com TC e outro grupo tratado com fluoxetina. Os autores observaram que um maior metabolismo no córtex órbito-frontal esquerdo no pré-tratamento foi preditor de uma melhora maior com a TC e de piores resultados com fluoxetina. Esses resultados sugerem que indivíduos com diferentes padrões de metabolismo podem responder preferencialmente à TC, em vez de responder à da medicação.

Em resumo, os pacientes podem ter diferenças em seus padrões de metabolismo cerebral, resultando em respostas preferenciais a um tipo ou outro de tratamento.

A tabela 2 apresenta resumidamente os resultados desta revisão bibliográfica, que relacionam, com maior frequência, a existência de fatores preditores de resultado à TC e TCC.

---

Inserir tabela 2

---

#### 4) CONCLUSÕES

Quanto aos fatores sociodemográficos, os estudos indicaram características específicas do TOC relacionadas ao sexo do paciente. Um estudo relacionou diretamente o sexo masculino como sendo preditor de mau resultado<sup>21</sup>. Também existe tendência de que ter companheiro(a) resultaria em um melhor prognóstico da doença e de que um nível socioeconômico mais baixo comprometeria a resposta aos tratamentos. Entretanto, essas características poderiam ser resultantes de o TOC não ter comprometido a capacidade de formar relacionamentos no primeiro caso, ou pelo fato de a situação socioeconômica mais baixa influenciar a qualidade de vida e o nível educacional, sendo difícil a caracterização do que é causa ou efeito. A qualidade de vida (trabalho, social, recreação) antes do tratamento foi pouco estudada, mas alguns de seus aspectos podem ter influência na manutenção dos ganhos. Não encontramos artigos que avaliem o papel da cultura, raça ou etnia.

As características intrínsecas do TOC são complexas, podendo a patologia ser entendida como um grupo heterogêneo de transtornos. Existem evidências de que o início precoce dos SOC indique pior prognóstico, apesar de não haver unanimidade e de um estudo ter encontrado resultado distinto – pacientes cujos sintomas apareceram mais precocemente mantiveram seus ganhos com a TC de modo mais eficiente<sup>17</sup>. Os diferentes resultados poderiam ser explicados pelas distintas formas da definição de início precoce e pelo fato de tal variável ser influenciada por outros fatores. O comportamento evitativo grave, embora pouco estudado, pode ser responsável pelo insucesso dos tratamentos, especialmente com a técnica de EPR<sup>27</sup>. A gravidade maior dos sintomas estaria relacionada com resultados mais pobres a curto prazo, embora não signifique que esses pacientes sejam refratários aos tratamentos, necessitando, talvez, de abordagens mais longas. Existem

evidências de estarem associados com mau resultado principalmente o transtorno de personalidade esquizotípico, além do paranóide e do *borderline*. É possível que essas condições interfiram na motivação e na adesão ao tratamento, bem como na capacidade do paciente de se vincular ao terapeuta. A comorbidade com transtornos de tiques e síndrome de Tourette está associada com piores resultados aos tratamentos (psicoterapias ou ISRS). Não encontramos estudos que avaliassem possível relação do abuso de substâncias, inclusive álcool, provavelmente pelo fato dessa comorbidade ser, com frequência critério de exclusão nos tratamentos. Quanto à depressão, a evidência que dispomos, e se restringe a um único artigo, é que tratá-la antes do TOC não influenciou a resposta à TC<sup>37</sup>. O curso crônico da doença foi relacionado a piores prognósticos, embora não fique claro se o desgaste causado por este acabe tornando o TOC refratário, ou se o TOC refratário proporcione uma evolução mais crônica, devido a características neurobiológicas próprias. A avaliação dimensional dos SOC pode ser útil para identificar subgrupos de pacientes, confirmando a natureza multidimensional e heterogênea da patologia. O colecionismo e os sintomas de conteúdo sexual/religioso estão relacionados a uma pior resposta aos tratamentos do TOC.

O juízo crítico pobre poderia tornar os pacientes egossintônicos, levando-os a procurar atendimento mais tarde, já que ocorre uma acomodação ao sintoma. A expectativa, a motivação e a adesão ao tratamento seriam características favoráveis, assim como a maneira como os que familiares do paciente comportam-se diante dos sintomas da doença, podendo ajudar a perpetuá-los, caso entrem em conluio com os rituais. Não há unanimidade se os fatores cognitivos interferem na resposta aos tratamentos, em decorrência, provavelmente, das diferentes formas de aferição utilizadas nas pesquisas.

Os aspectos do tratamento exercem papel fundamental na predição de resultado. A intensidade da melhora dos SOC<sup>13</sup> e sua remissão completa<sup>13,17</sup> foram fortes preditores para a não-recaída no seguimento de até dois anos. Inclusive, nenhum paciente com remissão total no final do tratamento recaiu no seguimento<sup>13</sup>. Uma das principais conclusões da 6ª Conferência Internacional do TOC foi que a satisfação com a melhora parcial é injustificada, devendo-se realizar esforços no intuito de se atingir redução total dos SOC, no final do tratamento. Não encontramos estudos que avaliem as qualidades do terapeuta, como empatia, segurança e respeito, as quais poderiam interferir na dinâmica e no resultado dos tratamentos.

Os fatores neurobiológicos estão sendo cada vez mais estudados com o desenvolvimento dos equipamentos que rastreiam o funcionamento cerebral, sendo fundamentais para a compreensão da fisiopatogenia do TOC. Já foram encontradas diferenças anatômicas e metabólicas, sugerindo que indivíduos com diferentes padrões podem responder preferencialmente a um tipo ou outro de tratamento<sup>50,51</sup>.

Em que pese o grande número de pesquisas que tentam identificar fatores associados à melhora ou não dos sintomas com as terapias de EPR e TCC, essa questão está longe de ser esclarecida. As razões para tais dificuldades podem estar relacionadas à heterogeneidade do TOC e das amostras utilizadas nos diferentes estudos, além da não-padronização das técnicas psicoterápicas utilizadas. Outra explicação seria que, nas situações clínicas, múltiplos fatores agem em conjunto para produzir efeitos. As variáveis podem relacionar-se entre si, além de se relacionarem com o desfecho de interesse. O efeito de uma pode ser modificado pela presença de outras, e a soma dos efeitos de duas ou mais variáveis pode ser maior que a soma de seus efeitos individuais<sup>52</sup>. Por fim, é possível que fatores não-específicos relacionados com a pessoa do terapeuta, a qualidade da relação

terapêutica, além da motivação e da capacidade de tolerar frustração por parte do paciente, possam exercer um papel importante que não tem sido avaliado pelas pesquisas.

## 5) REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR. 4ª ed rev. Porto Alegre (RS): Artmed; 2002.
2. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:593-602.
3. Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL, Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder: familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *Br J Psychiatry*. 1996;169(1):107-7.
4. March JS, Frances A, Carpenter D, Kahn DA. The expert consensus guideline series: treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1997;58(4):3-72.
5. The Clomipramine Collaborative Study Group. Clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48:730-8.
6. Eisen JL, Goodman WK, Keller MB, Warshaw MG, Lynne MD, Luce DD et al. Patterns of remission and relapse in obsessive-compulsive disorder: a 2-year prospective study. *J Clin Psychiatry*. 1999;60:346-51.
7. Pigott T, Seay S. Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder: overview and treatment-refractory strategies. In: Goodman WK, Rudorfer MV, Maser JD.

- Obsessive-compulsive disorder – contemporary issues in treatment. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publ, 2000:277-82.
8. Pato MT, Zohar-Kadouch R, Zohar J, Murphy DL. Return of symptoms after discontinuation of clomipramine in patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1988;145:1521-2.
  9. Foa EB. Failures in treating obsessive-compulsives. *Behav Res Ther*. 1979;17:169:76.
  10. Abramowitz J. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. *J Consult Clin Psychol*. 1997;65:44-52.
  11. Asbahr FR, Castillo AR, Ito LM, Latorre MR, Moreira MN, Lotufo-Neto F. Group cognitive-behavioral therapy versus sertraline for the treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44(11):1128-36.
  12. Souza MB, Isolan LR, Oliveira RR, Manfro GG, Cordioli AV. A randomized clinical trial of cognitive-behavioral group therapy and sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2006;67:1133-9.
  13. Braga DT, Cordioli AV, Niederauer K, Manfro GG. Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: a 1-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*. 2005; 112:180-6.
  14. Falls-Stewart W, Marks AP, Schafer J. A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis*. 1993;181:189-93.

15. Emmelkamp PMG, Bouman TK, Blaauw E. Individualized versus standardized therapy: a comparative evaluation with obsessive-compulsive patients. *Clin Psychol Psychother.* 1994;1:95-100.
16. Cordioli AV, Heldt E, Bochi DB, Margis R, Sousa MB, Tonello JF et al. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *Psychother Psychosom.* 2003;72:211-16.
17. Foa EB, Grayson JB, Steketee GS, Doppelt HG, Turner RM, Latimer PR. Success and failure in the behavioral treatment of obsessive-compulsives. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51(2):287-97.
18. Cordioli AV, Heldt E, Bochi DB, Margis R, Sousa MB, Tonello JF et al. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a clinical trial. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(3):113-20.
19. Basoglu M, Lax T, Kasvikis Y, Marks IM. Predictors of improvement in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord.* 1988;2:299-317.
20. Castle, DJ, Deale A, Marks IM, Cutts F, Chadhoury Y, Stewart A. Obsessive-compulsive disorder: prediction of out-come from behavioural psychotherapy. *Acta Psychiatr Scand.* 1994;89:393-8.
21. Araújo LA, Ito LM, Marks IM. Early compliance and other factors predicting outcome of exposure for obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry.* 1996;169:747-52.
22. McLean PD, Whittal ML, Thordarson DS, Taylor S, Söchting I, Koch WJ et al. Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2001;69:205-14.

23. Fontenelle LF, Marques C, Versiani M. The effect of gender on the clinical features and therapeutic response in obsessive-compulsive disorder. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002; 24(1):7-11.
24. Steketee G, Eisen J, Dyck I, Warshaw M, Rasmussen S. Predictors of course in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 1999;89:229-38.
25. De Haan E, Van Oppen P, Van Balkom AJLM, Spinhoven P, Hoogduin KAL, Van Dyck R. Prediction of outcome and early vs. late improvement in OCD patients treated with cognitive behaviour therapy and pharmacotherapy. *Acta Psychiatr Scand.* 1997;96:354-61.
26. Ferrão YA, Shavitt RG, Bedin NR, De Mathis ME, Lopes AC, Fontenelle LF et al. Clinical features of refractory obsessive-compulsive patients. *J Affect Disord.* 2006;94:199-209.
27. Cottraux J, Messy P, Marks IM, Mollard E, Bouvard M. Predictive factors in the treatment of obsessive-compulsive disorders with fluvoxamine and or behavior therapy. *Behavioral Psychotherapy.* 1993;21:41-50.
28. Keijsers G, Hoogduin C, Schaap C. Predictors of treatment outcome in the behavioural treatment of obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry.* 1994;165:781-6.
29. Hollander E, Bienstock CA, Koran LM, Pallanti S, Marazziti D, Rasmussen AS et al. Refractory obsessive-compulsive disorder: state-of-the-art treatment. *J Clin Psychiatry.* 2002;63(6):20-9.
30. Skoog G, Skoog I. A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56:121-7.

31. Grant JE, Mancebo MC, Pinto A, Williams KA, Eisen JL, Rasmussen SA. Late-onset obsessive compulsive disorder: clinical characteristics and psychiatric comorbidity. *Psychiatry Res.* In Press.
32. Rosário-Campos MC, Leckman JF, Mercadante MT, Shavitt RG, Prado HS, Sada P et al. Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 2001; 158:1899-903.
33. Miranda, MA. Transtorno obsessivo-compulsivo e comorbidade: um estudo caso-controle [tese doutorado]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; 1999.
34. Minichiello WE, Baer L, Jenike MA. Schizotypal personality disorder: a poor prognostic indicator for behavior therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord.* 1987;1:273-6.
35. Marks IM, Stern RS, Mawson D, Cobb J, McDonald R. Clomipramine and exposure for for obsessive-compulsive rituals. *Br J Psychiatry.* 1980;136:1-25.
36. Abramowitz JS, Franklin ME, Street GP, Kosak MJ, Foa EB. Effects of comorbid depression on response to treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy.* 2000;31(3):517-28.
37. Foa EB, Kozak MJ, Steketee GS, McCarthy PR. Treatment of depressive and obsessive-compulsive symptoms in OCD by imipramine and behaviour therapy. *Br J Clin Psychol.* 1992;31:279-92.
38. O'Sullivan G, Noshirvani H, Marks I, Monteiro W., Lelliott P. Six-year follow-up after exposure and clomipramine therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 1991;52:150-5.

39. Miguel EC, Coffey BJ, Baer L, Savage C, Rauch SL, Jenike MA. Phenomenology of intentional repetitive behaviors in obsessive-compulsive disorder and Tourette's syndrome. *J Clin Psychiatry*. 1995;56:420-30.
40. Miguel EC, Baer L, Coffey BJ, Rauch SL, Savage C, O'Sullivan RL, et al. Phenomenological differences appearing with repetitive behaviors in obsessive-compulsive disorder and Gilles de la Tourette syndrome. *Br J Psychiatry*. 1997;170:140-5.
41. Miguel EC, Rosário-Campos MC, Shavitt RG, Hounie AG, Mercadante MT. The tic-related obsessive-compulsive disorder phenotype. *Adv Neurol*. 2001;85:43-55.
42. Black DW, Monahan P, Gable J, Blum N, Clancy G, Baker P. Hoarding and treatment response in 38 nondepressed subjects with obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1998;59:420-5.
43. Saxena S, Maidment KM, Vapnik T, Golden G, Rishwain T, Rosen RM et al. Obsessive-compulsive hoarding: symptom severity and response to multimodal treatment. *J Clin Psychiatry*. 2002;63:21-7.
44. Rufer M, Fricke S, Moritz S, Kloss M, Hand I. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: prediction of cognitive-behavior therapy outcome. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113:440-6.
45. Alonso P, Menchon JM, Pifarre J, Mataix-Cols D, Torres L, Salgado P et al. Long-term follow-up and predictors of clinical outcome in obsessive-compulsive patients treated with serotonin reuptake inhibitors and behavioral therapy. *J Clin Psychiatry*. 2001;62:535-40.
46. Neziroglu FA, Stevens KP, Yaryura-Tobias JA. Overvalued ideas and their impact on treatment outcome. *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21(4):209-16.

47. Foa EB, Abramowitz JS, Franklin ME, Kosak MJ. Feared consequences, fixity of belief, and treatment outcome in patients with obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*. 1999; 30(4):717-24.
48. Buchanan AW, Meng KS, Marks IM. What predicts improvement and compliance during the behavioral treatment of obsessive compulsive disorder? *Anxiety*. 1996;2(1):22-7.
49. Mawson D, Marks IM, Ramm L. Clomipramine and exposure for chronic obsessive-compulsive rituals: III. Two year follow-up and further findings. *Br J Psychiatry*. 1982; 140:11-18.
50. Baxter LR Jr, Schwartz JM, Bergman KS, Szuba MP, Guze BH, Mazziotta JC, et al. Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49(9):681-9.
51. Brody AL, Saxena S, Schwartz JM, Baxter LR. FDG-PET predictors of response to behavioral therapy versus pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res Neuroimaging*. 1998;84(1):1-6.
52. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. 3rd ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1996.

Tabela 1 – Estudos sobre preditores de resposta no tratamento de pacientes com TOC

Autor (ano)	País	Amostra	Delineamento	Tratamento	Variáveis Predictoras
Marks et al. (1980) <sup>35</sup>	Inglaterra	40	ECR e <i>Follow-up</i> 1 ano	EPR, CMI e Relaxamento	Exposição <i>in vivo</i> é o tratamento de escolha para as compulsões em pacientes não-deprimidos.
Mawson et al. (1982) <sup>49</sup>	Inglaterra	40	ECR e <i>Follow-up</i> 2 anos	EPR e CMI	Maior duração da exposição e maior resposta nas 10 <sup>a</sup> e 18 <sup>a</sup> semanas predizem melhores resultados.
Foa et al. (1983) <sup>17</sup>	EUA	50	EC e <i>Follow-up</i> até 3 anos	EPR	Pacientes com idade de início dos SOC precoce mantiveram mais seus ganhos no <i>follow-up</i> . Os com ganhos intermediários após TC têm maior risco de recaída.
Minichiello et al. (1987) <sup>34</sup>	EUA	29	ER	EPR e IRS	Somente 10% dos pacientes com TP esquizotípico melhoraram, contra 84% dos outros.
Basoglu et al. (1988) <sup>19</sup>	Inglaterra	49	ECR e <i>Follow-up</i> 52 semanas	EPR e CMI	Mulheres com rituais de lavagem têm melhor prognóstico. Pior prognóstico: gravidade da doença, desajuste social, sexo masculino, verificadores, presença de obsessões de fixação e bizarras.
O'Sullivan et al. (1991) <sup>38</sup>	Inglaterra	34	ER e <i>Follow-up</i> 6 anos	EPR e CMI	Grau melhora após tratamento e maior duração da TC predizem melhores resultados. Maior cooperação nas tarefas de casa de exposição prediz melhores resultados no <i>follow-up</i> .
Foa et al. (1992) <sup>37</sup>	EUA	38	ECR e <i>Follow-up</i> 2 anos	EPR e Imipramina	Imipramina não potencializou efeitos da TC.
Cottraux et al. (1993) <sup>27</sup>	França	60	ECR	EPR e/ou Fluvoxamina	Evitação é preditor de mau resultado.
Keijsers et al. (1994) <sup>28</sup>	Holanda	40	ECR	EPR	Gravidade inicial e depressão interferem negativamente nos SOC. Maior duração doença, menor motivação para TC, fraco vínculo terapêutico interferem negativamente nas obsessões.
Castle et al. (1994) <sup>20</sup>	Inglaterra	178	EC	EPR	Para mulheres, trabalho remunerado, presença do co-terapeuta, baixa compulsão inicial foram associados a bom resultado. Para homens, morar/estar sozinho resultou num pior prognóstico.
Buchanan et al. (1996) <sup>48</sup>	Inglaterra	127	EC e <i>Follow-up</i> 1 ano	EPR	Estar empregado, obsessões por contaminação, sem ter tido tratamento, viver com um familiar predizem melhores resultados. Depressão prediz pior prognóstico.
Araújo et al. (1996) <sup>21</sup>	Inglaterra	46	ECR e <i>Follow-up</i> 32 semanas	EPR	Grau de submissão inicial à TC e às tarefas de casa foi associado a melhores resultados após TC e <i>follow-up</i> .
De Haan et al. (1997) <sup>25</sup>	Holanda	99	ECR e <i>Follow-up</i> 6 meses	TCog, EPR, com ou sem Fluvoxamina	Motivação ao tratamento prediz melhores resultados. Maior gravidade inicial prediz piores resultados, mas pacientes continuam respondendo no <i>follow-up</i> .
Brody et al. (1998) <sup>51</sup>	EUA	27	EC	EPR e Fluoxetina	Maior metabolismo no córtex órbito-frontal esquerdo no pré-tratamento foi preditor de melhora maior com a TC e piores resultados com fluoxetina.

Black et al. (1998) <sup>42</sup>	EUA	38	ECR	TCC ou Paroxetina	Colecionistas associados com piores resultados.
Neziroglu et al. (1999) <sup>46</sup>	EUA	20	EC	EPR e ISRS	Maiores graus de idéias supervalorizadas foram associados com piores resultados.
Skoog & Skoog (1999) <sup>30</sup>	Suécia	144	EN - <i>Follow-up</i> 40 anos	Estudo naturalístico	Início precoce, baixo funcionamento social no início, curso crônico associados com piores resultados. Obsessões de conteúdo mágico e presença de rituais associados com pior curso.
Eisen et al. (1999) <sup>6</sup>	EUA	66	EPL - <i>Follow-up</i> 2 anos	EPR e IRS	Nenhum fator predisse significativamente a remissão parcial ou total.
Steketee et al. (1999) <sup>24</sup>	EUA	100	EPL - <i>Follow-up</i> 5 anos	EPR	Estar casado e menor gravidade inicial do TOC foram preditores de remissão parcial.
Foa et al. (1999) <sup>47</sup>	EUA	20	EC	EPR	Pacientes com idéias supervalorizadas têm pior resultado.
Abramovitz et al. (2000) <sup>36</sup>	EUA	87	EC	TCC e/ou IRS	Pacientes com BDI $\geq$ 30 melhoraram menos.
Alonso et al. (2001) <sup>45</sup>	Espanha	60	EC e <i>Follow-up</i> 1 a 5 anos	EPR e IRS	Presença de obsessões sexuais e religiosas predizem piores resultados no <i>follow-up</i> .
McLean et al. (2001) <sup>22</sup>	Canadá	76	ECR e <i>Follow-up</i> 3 meses	EPR e TCC	Maior gravidade inicial e lavadores foram associados com piores resultados.
Saxena et al. (2002) <sup>43</sup>	EUA	190	ER	TCC, ISRS, RP	Colecionistas tendem a possuir maiores níveis de intensidade dos sintomas.
Hollander et al. (2002) <sup>29</sup>	EUA	274	ER	TCC, EPR e IRS	Maior gravidade inicial, <i>insight</i> pobre, transtornos alimentar e bipolar associados a piores resultados. Curso episódico e histórico familiar com tiques associados a melhores resultados.
Braga et al. (2005) <sup>13</sup>	Brasil	42	Coorte - <i>Follow-up</i> 1 ano	TCC	Intensidade da melhora e remissão completa previne recaídas ( <i>follow-up</i> ).
Rufer et al. (2006) <sup>44</sup>	Alemanha	104	EC	TCC e IRS	Colecionistas respondem pouco ao tratamento.
Ferrão et al. (2006) <sup>26</sup>	Brasil	49	Estudo de caso-controle	ISRS ou TCC	Pior situação socioeconômica, acomodação familiar, presença de sintomas sexuais/religiosos associados a piores resultados.
Grant et al.* (in press) <sup>31</sup>	EUA	293	Coorte	TCC	Pacientes com idade de início tardia dos SOC respondem melhor à TCC.

ECR=Ensaio clínico randomizado. EC=Ensaio clínico. ER=Estudo retrospectivo. EN=Estudo naturalístico. EPL=Ensaio prospectivo longitudinal. CMI=Clomipramina. RP=Reabilitação psicossocial. EPR=Terapia comportamental de exposição e prevenção de rituais. TC=Terapia comportamental. TCog=Terapia cognitiva. TCC=Terapia cognitivo-comportamental. SOC=Sintomas obsessivo-compulsivos. \* Artigo aceito em 20/09/2006 - disponível online - a ser publicado.

Tabela 2 – Preditores de resposta no tratamento do TOC com TC e TCC

Fatores de bom prognóstico	Fatores de mau prognóstico
Ter companheiro(a) <sup>20*, 24</sup>	Sexo masculino <sup>19</sup>
Intensidade da melhora com tratamento <sup>13, 17, 38, 49</sup>	Idade de início precoce <sup>30</sup>
Remissão total dos SOC com tratamento <sup>13</sup>	Comportamento evitativo grave <sup>27</sup>
Adesão ao tratamento <sup>21+, 38%</sup>	Comorbidade com TP esquizotípica <sup>34</sup> , <i>borderline</i> , paranóide <sup>27</sup>
Motivação pelo tratamento <sup>25, 28</sup>	Comorbidade com transtornos alimentar e bipolar <sup>29</sup>
Curso episódico <sup>29</sup>	Colecionistas <sup>42-44</sup>
Maior metabolismo no córtex órbita-frontal <sup>59,51</sup>	Obsessões e compulsões de conteúdo sexual/religioso <sup>26, 45</sup>
Maior duração do tratamento <sup>38!,49!</sup>	Curso crônico <sup>22, 30</sup>
Idade de início tardia dos SOC <sup>31</sup>	Maior gravidade inicial dos SOC <sup>19, 24, 25#, 27-29</sup>
	Depressão grave <sup>28, 36, 48</sup>
	Idéias supervalorizadas (insight pobre) <sup>29, 46, 47</sup>

\* Para homens. ! Com EPR. % Nas tarefas de casa de exposição. & Para homens. + Já na primeira semana. # Pacientes continuam a responder no *follow-up*.

## 5.2) ARTIGO 2A

### **PREDITORES DE RESPOSTA À TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO NO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO**

#### **Autores:**

Andréa Litvin Raffin<sup>1</sup>, Jandyra Maria Guimarães Fachel<sup>2</sup>, Ygor Arzeno Ferrão<sup>3</sup>, Fernanda Pasquoto de Souza<sup>1</sup>, Aristides Volpato Cordioli<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup>Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil; <sup>2</sup>Departamento de Estatística, Instituto de Matemática, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil; <sup>3</sup>Programa de Pós-Graduação, Centro Universitário Metodista Instituto Porto Alegre, Brasil; <sup>4</sup>Programa de Transtornos de Ansiedade, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil; <sup>5</sup>Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

#### **Instituição:**

Programa de Transtornos de Ansiedade

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Departamento de Psiquiatria

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre, RS – Brasil

**Correspondência:**

Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Serviço Psiquiátrico. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Ramiro Barcelos, 2350 – Sala 400N. CEP: 90035-903 – Porto Alegre, RS – Brasil. Fone: 55 51 3316 8294. Fax: 55 51 3316 8493. E-mail: [acordioli@terra.com.br](mailto:acordioli@terra.com.br)

## **PREDITORES DE RESPOSTA À TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO NO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO**

### **RESUMO**

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) possui frequentemente curso crônico, incapacitando cerca de 10% dos portadores. A terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) reduz os sintomas do TOC em mais de 70% dos pacientes. Entretanto, cerca de 30% não obtêm nenhuma melhora. Conhecer fatores associados a esses desfechos poderia auxiliar em uma melhor indicação do tratamento. A amostra compreendeu 181 pacientes com TOC que cumpriram programa de TCCG de 12 sessões. Os critérios de resposta foram redução  $\geq 35\%$  nos escores da Y-BOCS e pontuação na CGI “normal” ou “limítrofe para doença” do pós para o pré-tratamento. Foram estudados fatores sociodemográficos, características do transtorno e aspectos do tratamento. Fatores associados a melhor resposta: sexo feminino, maior juízo crítico e melhor qualidade de vida antes do tratamento; associados a piores resultados: maior gravidade global da doença; maior número de comorbidades associadas, presença de fobia social e distímia. No modelo final, os preditores associados com a resposta à TCCG foram: sexo ( $p=0,021$ ), domínio psicológico da WHOQOL-BREF ( $p=0,011$ ), juízo crítico ( $p=0,042$ ) e CGI gravidade antes do início da terapia ( $p=0,045$ ). A identificação de fatores associados à melhora ou não dos sintomas está longe de ser esclarecida. As razões podem estar relacionadas à heterogeneidade do TOC e das amostras utilizadas nos diferentes estudos.

**Palavras-chave:** Transtorno obsessivo-compulsivo; preditores de resposta; terapia cognitivo-comportamental; resposta ao tratamento; tratamento em grupo.

**PREDICTION OF RESPONSE IN THE TREATMENT OF OBSESSIVE-  
COMPULSIVE DISORDER WITH GROUP COGNITIVE-BEHAVIORAL  
THERAPY**

**ABSTRACT**

The course of obsessive-compulsive disorder (OCD) is often chronic and may have disabling consequences in about 10% of patients. Group cognitive-behavioral therapy (GCBT) reduces OCD symptoms in over 70% of the patients, but about 30% do not show any improvement. The knowledge of factors associated with these outcomes may inform treatment indications. This study evaluated 181 patients with OCD that attended a 12-session GCBT program. Response criteria were: >35% reduction in Y-BOCS scores and normal or borderline CGI scores at post-treatment evaluation. Sociodemographic data, disorder characteristics and treatment aspects were studied. Factors associated with better response were female sex, greater insight and better quality of life before treatment, whereas overall severity of disease, number of associated comorbidities, social phobia and dysthymia were associated with poor results. In the final statistic model, the predictors associated with response to GCBT were: sex ( $p=0.021$ ); WHOQOL-BREF psychological domain ( $p=0.011$ ); insight ( $p=0.042$ ); and CGI-severity before therapy ( $p=0.045$ ). Factors associated with improvement of symptoms are still not clearly identified, probably due to the heterogeneity of OCD and of the patient samples used in different studies.

**Keywords:** Obsessive-compulsive disorder; predictors of response; cognitive-behavioral therapy; treatment response; group treatment.

## 1) INTRODUÇÃO

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) era considerado uma doença rara até o início dos anos 1980, mas verificou-se que o TOC é bastante comum, com uma prevalência entre 1,6% e 3,1% da população em algum momento da vida (Kessler et al., 2005). É um transtorno crônico que acomete em geral pessoas jovens, ao final da adolescência, e mantém-se muitas vezes ao longo de toda a vida, incapacitando cerca de 10% dos seus portadores (Rasmussen, 1994; Lensi et al. 1996).

Os medicamentos são a terapia de escolha em pacientes com pouco juízo crítico (*insight*) sobre a doença ou nos casos em que os sintomas do TOC são muito graves. Entretanto, a redução na intensidade dos sintomas obsessivo-compulsivos (SOC) é parcial, entre 30% e 40% em média, e apenas 20% dos pacientes conseguem uma remissão completa (De Vaugh-Geiss, 1992; Picinelli, 1995; Flament, 1997).

Desde os anos 1970 a terapia comportamental com a utilização da técnica de EPR foi introduzida no tratamento do TOC, sendo eficaz em mais de 70% dos pacientes que aderem ao tratamento (Jenike, 1990; Abramowitz et al., 1997; Kobak et al., 1998). Também podem ser utilizadas técnicas cognitivas que auxiliam na correção das crenças distorcidas e proporcionam melhor compreensão dos sintomas do TOC. A falta de disponibilidade das psicoterapias, bem como seu custo elevado, resultou na proposta de oferecê-las na modalidade em grupo, permitindo tratamento de um número maior de pessoas. Alguns estudos confirmaram a eficácia da TCCG (McLean et al., 2001; Cordioli et al., 2002, 2003; Anderson e Rees, 2007). Estudos recentes (Asbahr et al., 2005; Souza et al., 2006) têm demonstrado sua superioridade em relação aos medicamentos, especialmente na intensidade da redução das compulsões e no percentual de pacientes que

obtêm remissão completa dos sintomas (Souza et al., 2006) – condição associada a não-recaídas no seguimento (Braga et al., 2005).

Entretanto, nem todos os pacientes com TOC beneficiam-se com as psicoterapias. Um grupo apresenta uma resposta rápida, com remissão completa dos sintomas, enquanto outro, ao redor de 30%, não responde ao tratamento (Foa et al., 1983; Cordioli et al., 2002; 2003). É ainda comum a resposta parcial, em que os pacientes, embora melhorem, ainda apresentam sintomas residuais da doença após o término da terapia. Eles têm maior risco de recaídas ao longo do período de até dois anos após o tratamento (Foa et al., 1983; Braga et al., 2005).

Os fatores que têm sido relacionados com um melhor prognóstico aos tratamentos do TOC com TC ou TCC, associadas ou não aos IRS, incluem ter companheiro(a) (Castle et al., 1994; Steketee et al., 1999), maior intensidade da melhora com o tratamento (Mawson et al., 1982; Foa et al., 1983; O’Sullivan et al., 1991; Braga et al., 2005), maior adesão (O’Sullivan et al., 1991; Araújo et al., 1996) e motivação ao tratamento (Keijsers et al., 1994; De Haan et al., 1997), curso episódico (Hollander et al., 2002) e remissão total dos SOC com o tratamento (Braga et al., 2005).

Já os fatores freqüentemente associados a um pior prognóstico incluem obsessões de conteúdo sexual/religioso (Alonso et al., 2001; Ferrão et al., 2006), colecionismo (Black et al. 1998; Saxena et al., 2002; Rufer et al. 2006), comorbidades psiquiátricas (Minichiello et al., 1987; McDougle et al., 1990; Cottraux et al., 1993; Hollander et al., 2002), juízo crítico pobre (Neziroglu et al., 1999; Foa et al., 1999; Hollander et al., 2002), início precoce e curso crônico dos SOC (Skoog e Skoog, 1999; McLean et al. 2001), maior gravidade inicial dos sintomas (Basoglu et al. 1988; Keijsers et al., 1994; De Haan et al., 1997; Steketee et al., 1999; McLean et al., 2001; Hollander et al., 2002), sexo masculino

(Basoglu et al., 1988) e depressão grave comórbida (Keijsers et al., 1994; Buchanan, 1996; Abramowitz et al., 2000).

A maior parte dos estudos com o objetivo de estabelecer variáveis preditoras de resultados dos tratamentos do TOC abordou a terapia de EPR e a farmacoterapia. Seus resultados, porém, têm sido inconclusivos na maioria das vezes. Poucos estudos avaliaram a TCC na modalidade em grupo. Nos diversos estudos que abordaram a TCC ou a terapia de EPR individuais, observa-se que mais de 70% dos pacientes melhoram, entre estes, em torno de 27% apresentam inclusive remissão completa dos sintomas.

O presente trabalho tem por objetivo verificar, em pacientes portadores de TOC, a existência de fatores preditores da resposta à terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG).

## **2) MATERIAL E MÉTODOS**

### **Delineamento**

Estudo de coorte realizado com 181 pacientes com TOC, tratados com TCCG, entre outubro de 1999 e dezembro de 2006, no ambulatório do Programa dos Transtornos de Ansiedade (PROTAN) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Universidade Federal do Rio Grande dos Sul (UFRGS), Brasil.

### **Participantes**

Para o ensaio clínico, os pacientes foram recrutados junto à população, através de palestras, entrevistas em rádio ou televisão e anúncios em jornal, oferecendo

tratamento em grupo para portadores de TOC, ou dentre os que procuraram espontaneamente o PROTAN. Os critérios de inclusão foram: ser portador de TOC, conforme critérios do DSM-IV-TR (APA, 2002); não estar utilizando medicamentos antiobsessivos ou, se em uso, estar com a dose estabilizada há pelo menos três meses; ter idade entre 18 e 65 anos; apresentar escores na Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS)  $\geq 16$ .

Os critérios de exclusão, assim como o número de excluídos foram: apresentar depressão grave com risco de suicídio (n=12); TOC iniciado após traumatismo crânio-encefálico (n=1) e após febre reumática (n=2); apresentar transtornos com intensidade grave, contraindicando o tratamento em grupo, como transtorno afetivo bipolar (n=10); fobia social (n=7); transtorno alimentar grave (n=4); transtornos psicóticos (n=3); transtornos de personalidade (n=7); apresentar retardo mental (n=3); abuso de álcool e outras substâncias (n=7); escore na Y-BOCS < 16 (n=18); uso de medicação antiobsessiva com a dose não estabilizada por um período mínimo de três meses (n=16).

Foram inicialmente avaliados 293 pacientes, sendo 90 excluídos pelas razões descritas e 8 pacientes, embora preenchessem os critérios de inclusão, rejeitaram tratamento.

Iniciaram a TCCG 187 pacientes sendo que 9 abandonaram o tratamento: 5 por sentir muito desconforto com a prática dos exercícios de EPR e 4 por incompatibilidade com o horário. Dos 9 abandonos, três realizaram ao menos uma avaliação após o início da terapia, sendo os dados obtidos na última avaliação em que estiveram presentes repetidos no final do tratamento, resultando em 181 indivíduos para este estudo.

A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do HCPA, Protocolo n.º 04-235 e todos os participantes assinaram um termo de consentimento informado antes de participarem da TCCG.

---

Inserir Figura 1

---

### **Avaliações e Medidas**

A avaliação inicial dos pacientes foi realizada por um psiquiatra e duas psicólogas independentes, que realizaram treinamento com aplicação das escalas. A avaliação era realizada mediante uma entrevista clínica estruturada, durante a qual se preencheu um roteiro sobre os sintomas do paciente, histórico da doença, tratamentos anteriores e estabelecimento do diagnóstico do TOC de acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002). Também foram coletados dados demográficos, socioeconômicos, *status* ocupacional, uso de medicação e critérios de inclusão na pesquisa. A entrevista foi complementada pela Mini International Neuropsychiatric Interview (Sheehan et al., 1998) para verificar a presença de comorbidades. Foi utilizada a versão brasileira (Amorin, 2000).

Foram aplicados os seguintes instrumentos antes do início do tratamento, após a 4ª e 8ª sessões e após o término da TCCG (12ª sessão), por 4 avaliadores independentes que realizaram treinamento prévio:

- Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) (Goodman et al., 1989a b): entrevista semi-estruturada planejada para avaliar a intensidade dos sintomas do TOC, com a identificação da duração, controle e aflição associados com os comportamentos obsessivos e compulsivos. Composta de duas subescalas que podem ser usadas de forma independente: 1) itens 1-5 relativos

às obsessões; 2) itens 6-10 relativos às compulsões. No presente estudo foi usado o escore total (soma dos itens 1-10). Cada item varia de 0 (ausência) a 4 (extremo), com o escore total variando entre 0 a 40. A Y-BOCS apresenta perguntas remanescentes que versam sobre obsessões e compulsões, mas que não são incluídas no escore total da escala. Utilizamos o item 11 para avaliar a percepção do paciente sobre sua doença, ou o seu juízo crítico (capacidade de *insight*).

- Y-BOCS Symptom Check List (Goodman et al., 1989a b) : usada para auxiliar na identificação de uma lista de sintomas-alvo que serão objeto de avaliação. Fornece uma listagem de exemplos das obsessões e rituais mais comuns, organizados em 15 categorias ou temas diferentes (checagem, lavagem, agressividade, etc.).
- Clinical Global Impressions (CGI) (Guy, 1976): é composta por duas escalas, variando de 1 a 7 pontos, atribuídos pelo aplicador. 1) Gravidade Global da Doença, varia de 1 (normal: ausência de sintomas); a 7 (sintomas extremamente graves); 2) Melhoria Global, cujos escores variam de 1 (muitíssimo melhor); a 7 (muitíssimo pior). A CGI reflete a opinião do avaliador sobre a intensidade global do transtorno e a melhoria global desde a avaliação inicial, devendo ser considerado o desempenho global e não apenas a intensidade dos sintomas obsessivos-compulsivos.
- World Health Organization Quality of Life Assessment – Abbreviated Version (WHOQOL-BREF) (The WHOQOL Group, 1998): escala de avaliação de qualidade de vida desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) – Forma abreviada, com 26 questões (cada uma com uma escala composta por 5 graus de intensidade) avaliando 4 domínios da qualidade de vida: físico,

psíquico, relações sociais e meio ambiente. A escala fornece escores de 1 a 100 em cada domínio, sendo que maiores escores estão associados a uma melhor qualidade de vida. Foi traduzida e validada para o português (Fleck et al., 2000).

### **Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (Intervenção)**

A TCCG consistiu de 12 sessões semanais de duas horas, realizadas de acordo com o protocolo desenvolvido e testado anteriormente, cuja descrição detalhada encontra-se no trabalho de Cordioli, et al. (2002). No período de outubro de 1999 a dezembro de 2006, foram realizados 25 grupos sucessivos contendo cada um deles de cinco a oito pacientes (média de 7,24 indivíduos). Os grupos foram coordenados por quatro terapeutas.

### **Critérios de resposta e remissão**

Considerou-se como critério de resposta a redução maior ou igual a 35% nos escores da escala Y-BOCS e nível dos escores da escala CGI menores ou iguais a 2. Os pacientes que no momento da avaliação, ao final da TCCG, apresentaram escores na Y-BOCS < 8 e na CGI < 2 foram classificados como tendo alcançado remissão completa dos SOC. Aqueles que ao final da TCCG apresentaram escores na Y-BOCS  $\geq$  8 e CGI=2, embora também tenham respondido à TCCG, foram considerados como tendo tido remissão parcial dos SOC.

### **Análise Estatística**

Inicialmente, as variáveis quantitativas foram descritas através da média e desvio padrão enquanto as variáveis categóricas através de frequências absolutas e relativas. Foi

realizado teste de normalidade e de homogeneidade para as variáveis contínuas. Para avaliar a associação entre as variáveis categóricas e resposta ao tratamento, foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson. Nas variáveis dicotômicas foi aplicada a correção de Yates. Para avaliar as variáveis quantitativas em relação às categorias de resposta ao tratamento, foi utilizado o teste t de Student para amostras independentes. As variáveis que obtiveram um nível descritivo amostral (valor p) menor do que 0,25 foram inseridas no modelo de regressão logística inicial. Essa análise tem por objetivo avaliar os preditores de resposta ao tratamento e também controlar possíveis variáveis de confusão (Hosmer Jr e Lemeshow, 1989). Para as variáveis que permaneceram no modelo foram estimadas as razões de chances ou *odds ratios* (OR) brutos e ajustados e os respectivos intervalos de 95% de confiança. O nível de significância adotado foi de 5%, sendo este o critério adotado para a permanência da variável no modelo logístico final. As análises foram realizadas no Programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 12.0.

### **3) RESULTADOS**

#### **Caracterização sociodemográfica da amostra**

A amostra teve idade média de 37,44 anos ( $\pm 12,52$ ). A grande maioria, 131 pacientes (72,4%), era do sexo feminino e 84,5% dos indivíduos possuíam bom nível de instrução, já que 153 tinham concluído pelo menos o ensino médio. Quase metade da amostra tinha companheiro (n=87 ou 48,1%) e 88 pacientes (48,6%) exerciam alguma atividade remunerada. Dentre os pacientes da amostra 133 (73,5%) obtiveram resposta ao tratamento, sendo que 49 (27,1%) destes tiveram remissão completa dos sintomas e 84 (46,4%) remissão parcial; os demais 48 (26,5%) não responderam ao tratamento. A maior

parte das variáveis sociodemográficas não teve influência significativa nos resultados do tratamento. Entretanto, conforme Tabela 1, houve diferença significativa nos escores médios da WHOQOL-BREF antes da TCCG para todos os domínios entre os pacientes dos dois grupos de resultados do tratamento, exceto para o domínio social que apresentou associação limítrofe ( $p=0,053$ ), além das mulheres tenderem a uma chance maior de resposta ( $p=0,074$ ).

---

**Inserir Tabela 1**

---

### **Gravidade dos sintomas do TOC**

A gravidade dos sintomas foi avaliada com auxílio das escalas Y-BOCS e CGI (Gravidade). Antes de iniciar a TCCG os indivíduos apresentavam um escore total médio na Y-BOCS de 26,07 ( $\pm 5,42$ ) e na CGI de 4,55 ( $\pm 0,81$ ). Após o tratamento, o escore total médio na Y-BOCS foi de 12,06 ( $\pm 7,48$ ) e na CGI de 2,19 ( $\pm 1,23$ ), diminuindo em 53,7% os escores médios da Y-BOCS total e em 51,9% os escores da CGI. Contudo, apenas a gravidade dos sintomas avaliada pela CGI no início foi estatisticamente significativa ( $p=0,007$ ), indicando que quanto menor for o escore nessa escala, ou seja, quanto menor a gravidade da doença, mais chances o paciente tem de obter sucesso no tratamento (Tabela 2).

### **Juízo crítico**

Observa-se, na Tabela 2, que houve associação estatisticamente significativa ( $p=0,017$ ) entre juízo crítico e os resultados do tratamento, sendo que os pacientes com juízo crítico (bom, muito bom e excelente) apresentaram melhores resultados, já que 120

pacientes (76,9% do total ou 90,2% da categoria dos respondedores) responderam ao tratamento contra 13 pacientes (52,0% do total ou 9,8% daqueles sem e/ou com juízo crítico pobre).

### **Comorbidades**

Cento e vinte e quatro pacientes (68,5%) apresentaram ao menos uma comorbidade associada ao TOC, sendo as principais o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) (presente em 48 pacientes, ou 26,5% da amostra), a Fobia Social e o Episódio Depressivo Maior (EDM) (n=43; 23,8% - cada um deles), a Distímia (n=35; 19,3%), a Agorafobia (n=; 16,0%) e o Transtorno do Pânico (n=16; 8,8%). Percebe-se, conforme a Tabela 2, que das comorbidades predominantes, apenas a fobia social ( $p=0,044$ ) associou-se significativamente com os resultados da terapia.

### **Tipos de sintomas**

Os tipos de sintomas foram avaliados com auxílio da lista de sintomas da Y-BOCS e os mais comuns foram: obsessão de contaminação (n=142; 78,5%), de simetria (n=133; 73,5%) e dúvidas (n=111; 61,3%), com as respectivas compulsões de limpeza (n=147; 81,2%), ordem (n=128; 70,7%) e verificação (n=137; 75,7%). Não foi observado o grau ou a gravidade de cada um dos sintomas e um determinado paciente poderia apresentar diversas categorias de sintomas. Apenas as compulsões de repetição fizeram parte do modelo de regressão logística final, embora essa variável não tenha se relacionado significativamente com os resultados da terapia ( $p=0,104$ ), mas apresentou um nível descritivo amostral ( $p$ ) menor que 0,25 (Tabela 2).

### **Outras características clínicas**

O uso de medicação antiobsessiva concomitante à TCCG não influenciou na resposta ao tratamento. Apesar dos medicamentos, esses pacientes apresentavam sintomas com intensidade clinicamente relevante no início do tratamento (Y-BOCS média de 24,81  $\pm$  5,05) e bastante próxima dos demais, que não faziam uso de antiobsessivos (Y-BOCS média de 26,73  $\pm$  5,51).

As variáveis idade, tipo de início dos sintomas obsessivo-compulsivos, curso da doença e história familiar para o TOC, não apresentaram associação significativa com os resultados da TCCG (Tabela 2).

---

**Inserir Tabela 2**

---

### **3.1) Análise de regressão logística**

As variáveis que na análise univariada revelaram um nível descritivo amostral ( $p$ ) inferior a 0,25 foram inseridas no modelo de regressão logística múltiplo. Esse tipo de análise permite avaliar preditores de um determinado desfecho, controlando possíveis variáveis de confusão (que estão associadas tanto ao fator quanto ao desfecho e que não estão na rota causal de interesse). A análise de regressão logística está representada na Tabela 4. Os preditores que permaneceram associados com a resposta ao tratamento foram: sexo ( $p=0,021$ ), domínio psicológico da WHOQOL-BREF ( $p=0,011$ ), juízo crítico ( $p=0,042$ ) e CGI-gravidade antes do início da TCCG ( $p=0,045$ ).

---

**Inserir Tabela 3**

---

**4) DISCUSSÃO**

A TCCG para o TOC é uma forma de tratamento relativamente nova e pouco estudada. O número de pesquisas que investigam os seus benefícios é inexpressivo até o momento. Anderson e Rees (2007) encontraram somente dois estudos controlados sobre a eficácia desse tipo de terapia (McLean et al., 2001; Cordioli et al., 2003). A eficácia do tratamento e quais seriam suas variáveis preditoras têm grande importância pelo fato de que no TOC são raras as remissões espontâneas com a passagem do tempo. Entre 64% a 85% dos casos de pacientes não-tratados tendem a ter sintomas crônicos com pequenas flutuações, e cerca de 10% deterioram com o tempo (Rasmussen et al. 1992; Lensi et al., 1996). Ao longo de sete anos, foram tratados 181 pacientes no PROTAN do HCPA, portadores de TOC, com 12 sessões semanais de duas horas de TCCG. Dentre os pacientes da amostra, 133 (73,5%) obtiveram resposta ao tratamento, sendo que 49 (27,1%) tiveram remissão completa dos sintomas e 84 (46,4%) remissão parcial; os demais 48 (26,5%) não responderam ao tratamento. As razões pelas quais ocorrem esses distintos desfechos ainda não foram esclarecidas e foram objeto do presente trabalho.

Em nosso estudo, as mulheres apresentaram 2,58 mais chances de resposta ao tratamento do que os homens, bem como maior tendência de remissão completa dos sintomas (32,1% *versus* 14,0%). Esses dados confirmam os resultados encontrados por Basoglu et al. (1988), em um ensaio clínico randomizado com 49 pacientes tratados com EPR individualmente e clomipramina, no qual verificaram que o sexo masculino (n=27)

foi um fator preditor de mau resultado. Castle et al. (1994) analisaram preditores de resultado à TC em 178 pacientes com TOC. Encontraram diferenças entre os sexos, já que, para os homens (n=75), morar sozinho ou viver só foi preditor de mau resultado. Por outro lado, McLean et al. (2001), num dos poucos estudos envolvendo TC e terapia cognitiva em grupo, não observaram associação entre o sexo e a resposta ao tratamento de 63 pacientes com TOC. Da mesma forma, Ferrão et al. (2006), em um estudo de caso-controle com 49 pacientes envolvendo ISRS ou TCC, não perceberam associação entre o sexo e a resposta aos tratamentos.

Estudos sugerem que o sexo possa exercer papel indireto na resposta aos tratamentos. O sexo feminino foi associado a maior gravidade dos sintomas depressivos (Fontenelle et al., 2002), enquanto o sexo masculino apresentou menor idade de início dos SOC, maior gravidade basal e maior frequência de rituais de repetição (Fontenelle et al., 2002), além de maior associação com síndrome de Tourette e transtorno de tiques (Miguel et al., 1997; Rosário-Campos et al., 2001). Essas características poderiam refletir a influência de fatores biológicos para os quais os homens são mais vulneráveis. Outra explicação poderia referir-se às possíveis diferenças psicológicas e culturais, fazendo com que os homens procurassem atendimento somente quando manifestassem sintomas muito graves. Entretanto, não detectamos diferenças significativas entre homens e mulheres quanto à gravidade média dos sintomas (25,3 *versus* 26,4;  $p=0,257$ ), à frequência de compulsões de repetição (74,0% *versus* 63,4%;  $p=0,239$ ) e à idade precoce, ou não, dos sintomas (26,0% *versus* 31,3%;  $p=0,607$ ), que também não se relacionou com os resultados da TCCG. Portanto, a questão e os motivos de por que os homens respondem menos à TCCG continuam em aberto.

Além do sexo feminino, a gravidade dos sintomas do TOC avaliada pela CGI entrou no modelo de regressão e confirmou constituir-se em variável preditora de resposta

à TCCG. Para um aumento de um ponto na CGI do início do tratamento, a chance de resposta diminui em 38%. Assim, quanto menor a pontuação nessa escala, maior é a chance de o paciente responder ao tratamento, confirmando que a gravidade global da doença, quando mensurada pelos avaliadores independentes, influencia os resultados da TCCG. Esses dados confirmam os resultados de Hollander et al. (2002). Esses autores, na avaliação de 274 pacientes de oito centros internacionais, concluíram que a gravidade dos sintomas, avaliada pela Y-BOCS e/ou CGI, antes do início do tratamento (TC e cognitiva, IRS), era significativamente maior ( $p=0,001$ ) entre os pacientes refratários. Entretanto, algumas pesquisas indicaram que pacientes com sintomas mais graves obtêm benefícios com as terapias, embora respondam mais tardiamente e tendam a alcançar mais freqüentemente uma remissão parcial dos SOC (Basoglu et al., 1988; De Haan et al., 1997; Braga et al., 2005). Não encontramos influência da gravidade do TOC no resultado da TCCG quando avaliada pela Y-BOCS ( $p=0,695$ ). Uma explicação para essa discrepância entre as duas escalas poderia ser atribuída ao fato de que a Y-BOCS avalia a gravidade dos SOC, enquanto que a CGI aborda os aspectos globais da gravidade, sendo possível que outros sintomas, inclusive decorrentes do TOC, estejam influenciando os resultados. Outro aspecto a ser considerado é uma possível maior subjetividade aparente da CGI sobre a Y-BOCS, podendo ter havido viés metodológico.

A qualidade de vida que os pacientes apresentavam antes do início do tratamento mostrou ser um fator importante na resposta à TCCG, já que os pacientes respondedores possuíam, em média, escores 13% maiores, indicando melhor qualidade de vida em todos os domínios que os não-respondedores. Inclusive, os pacientes com remissão completa dos sintomas apresentavam média nos escores da WHOQOL-BREEF cerca de 25% maiores do que aqueles que não responderam à TCCG. Contudo, no modelo final, somente o domínio psicológico revelou-se um preditor de resposta à TCCG. Provavelmente a qualidade de

vida é menor entre os pacientes com TOC, já que os SOC comprometem o desempenho dos indivíduos no seu trabalho, na vida social e acadêmica. Os portadores de TOC namoram menos, apresentam menos casamentos estáveis ou não casam e estão mais freqüentemente desempregados do que a população em geral (Koran et al., 1996; Steketee, 1997).

Os pacientes com bom juízo crítico sobre os sintomas apresentaram melhores resultados com a TCCG. Hollander et al. (2002) também observaram associação na mesma direção, já que, entre os pacientes que responderam aos tratamentos, 10% tinham juízo crítico pobre contra 20% dentre os que não responderam ( $p < 0,025$ ). Neziroglu et al. (1999), em um estudo relacionando a presença de idéias supervalorizadas com a resposta à TC de EPR ou à TCC, avaliaram 20 pacientes com TOC. Os pacientes ( $n=10$ ) que apresentavam alto grau de idéias supervalorizadas (Overvalued Ideas Scale – OVIS  $\geq 6$ ) não obtiveram mudanças nos níveis de ansiedade e depressão com o tratamento, constituindo-se essa característica em um mau prognóstico para o tratamento do TOC. Os pacientes sem juízo crítico sobre sua doença não consideram os sintomas sem sentido ou excessivos. Assim, poderia haver uma acomodação ao sintoma, levando esses pacientes a procurarem atendimento mais tardiamente, criando uma relação entre juízo crítico pobre e maior duração da doença ou maior tempo de tratamento. Araújo et al. (1996) constataram que os pacientes com melhores resultados ao tratamento do TOC com TC foram os que se submeteram aos exercícios de EPR já na primeira semana de tratamento. Além disso, um melhor juízo crítico sobre os sintomas foi preditor de uma maior submissão inicial ( $p < 0,001$ ). Logo, o juízo crítico poderia ter uma relação com a motivação para efetuar mudanças.

O uso de medicação antiobsessiva (IRS) concomitante à TCCG não influenciou no tratamento. Paradoxalmente, esses pacientes apresentavam médias nos escores da Y-

BOCS, antes do início do tratamento, praticamente idênticas às dos pacientes que não utilizavam medicação e a resposta à terapia foi semelhante nos dois grupos. Os resultados sugerem que a TCC possa oferecer um benefício adicional aos pacientes que obtêm resposta parcial ou não respondem aos medicamentos (Simpson et al., 1999; Kampman et al., 2002). Em geral, a resposta aos medicamentos é baixa (O'Connor et al., 1999; 2006; Souza et al., 2006) e a maioria dos pacientes tem apenas uma remissão parcial dos sintomas (Souza et al., 2006). As pesquisas têm verificado que a TCC sozinha produz melhores resultados na redução dos SOC do que a medicação sozinha (O'Connor et al., 1999; 2006; Souza et al., 2006), indicando também não haver diferença na resposta ao tratamento com TCC entre os pacientes que haviam recebido previamente medicação antiobsessiva e que continuaram com as doses estabilizadas durante a TCC (O'Connor et al., 2006), o que foi confirmado pelo nosso estudo.

As comorbidades psiquiátricas são bastante frequentes no TOC. Em nossa amostra, 124 (68,51%) pacientes apresentavam ao menos algum tipo de comorbidade e 76 (41,99%) tinham duas ou mais comorbidades associadas. Dos 43 (23,8%) pacientes com fobia social, 17 (39,5%) não responderam ao tratamento ( $p=0,044$ ). Os respondedores obtiveram taxas próximas de remissão total (12 indivíduos ou 27,9%) ou parcial (14 indivíduos ou 32,5%) dos sintomas. Os pacientes com distímia tenderam muito mais a obter remissão parcial ( $p=0,031$ ) ou a não responder à TCCG ( $p=0,072$ ); apenas 4 (11,4%) obtiveram remissão completa dos sintomas contra 17 (48,6%) com remissão parcial. É provável que com eles ocorra o mesmo que acontece com pacientes com depressão maior, eles têm dificuldades em realizar os exercícios de EPR, conforme verificado por Abramowitz et al.(2000). Nossos dados estão nessa mesma linha e também confirmam outras pesquisas (Keijsers et al., 1994; Buchanan et al., 1996). Entretanto, no modelo de regressão logística final, nem o

número e nem o tipo de comorbidades apresentadas relacionaram-se com o resultado do tratamento.

Procuramos ainda verificar se o tipo de SOC apresentados pelo paciente estavam associados ou não com os resultados do tratamento. Somente a presença de compulsões de repetição apresentou tendência de associação a uma pior resposta à TCCG ( $p=0,104$ ), que não se revelou estatisticamente significativa após a inclusão no modelo de regressão logística ( $p=0,099$ ). Vários autores verificaram uma associação entre a presença de “coleccionismo” (Black et al., 1998; Saxena et al., 2002; Rufer et al., 2006) ou entre a presença de obsessões de conteúdo sexual-religioso e piores resultados à TCC (Alonso et al., 2001; Ferrão et al., 2006). Contudo, nossos dados não confirmaram essas pesquisas. Em nossa amostra, 88 pacientes (48,6%) apresentavam o colecionismo, dos quais 64 (72,7%) responderam ao tratamento, e 88 (48,6%) apresentavam obsessões do tipo sexual-religiosa, dos quais 63 (71,6%) responderam ao tratamento. Uma possível explicação para esses resultados poderia ser em decorrência de que não foi observado o grau ou a gravidade de cada um dos sintomas, de modo que um determinado paciente poderia apresentar diversas categorias de sintomas, resultando em uma grande dispersão dos dados. Também não foi realizada análise fatorial para identificar os possíveis subgrupos de pacientes.

As principais limitações deste estudo são possíveis vieses de memória (algumas informações foram colhidas em entrevistas com os pacientes), assim como critérios de inclusão na pesquisa relativamente rígidos, embora advindos da literatura e da experiência clínica dos pesquisadores, já que sabidamente algumas características apresentadas pelos pacientes contra-indicam terapia de grupo, resultando, provavelmente, em uma amostra mais homogênea.

As implicações clínicas da pesquisa sugerem que se deva dar atenção especial aos pacientes com baixo grau de juízo crítico sobre sua doença. Nesse caso, poder-se-ia planejar uma abordagem mais direcionada a esses indivíduos, incrementando os aspectos cognitivos do tratamento, em uma tentativa de modificar suas crenças supervalorizadas. A psicoeducação e a entrevista motivacional também podem ser instrumentos importantes para aumentar a motivação do paciente e melhorar seu juízo crítico acerca dos sintomas. Outra implicação relevante é que os pacientes com sintomas globais mais graves respondem menos à TCCG, indicando que não apenas os SOC devam ser avaliados, uma vez que provavelmente outros sintomas, muitas vezes decorrentes do TOC, como a depressão e a ansiedade, interfiram no tratamento. Mesmo não sendo o objetivo desta pesquisa, confirmamos que a TCCG pode ser considerada um forma de tratamento eficaz para o TOC, já que 73,5% dos pacientes obtiveram resposta.

A identificação de fatores associados à melhora ou não dos sintomas do TOC está ainda longe de ser totalmente esclarecida. Embora haja tendências de que características fenomenológicas e clínicas possam influenciar os resultados do tratamento, as pesquisas têm encontrado resultados às vezes antagônicos e outras vezes não-replicáveis. As razões para essas dificuldades podem estar relacionadas à heterogeneidade do TOC e das amostras utilizadas nos diferentes estudos, além da não-padronização das técnicas psicoterápicas utilizadas. Outra explicação seria que, nas situações clínicas, múltiplos fatores agem em conjunto para produzir efeitos. Por fim, é possível que fatores não-específicos relacionados com a pessoa do terapeuta, a qualidade da relação terapêutica, além da motivação e da capacidade de tolerar frustração por parte do paciente possam exercer um papel importante que não tem sido avaliado pelas pesquisas.

Até onde sabemos, este é o primeiro trabalho que teve como objetivo principal a investigação da presença de preditores de resultados à terapia cognitivo-comportamental (TCC). Em nossa revisão bibliográfica encontramos um único artigo, Ferrão et al. (2006), abordando essas características, mas seu objetivo foi investigar quais fatores estão associados ao TOC refratário, tratado com TCC em grupo e farmacoterapia. Outro aspecto relevante é o tamanho da amostra, já que contamos com 181 indivíduos submetidos rigorosamente ao mesmo protocolo de tratamento. Esta não é uma condição usual, já que os estudos de coorte são onerosos, haja vista necessitarem de amostras expressivas e longos períodos de tempo. Desta forma, ou as pesquisas acabam sendo multicêntricas, não utilizando um único protocolo de tratamento (Skoog e Skoog, 1999; Hollander et al., 2002), ou o tamanho amostral acaba sendo pequeno (Braga et al., 2005; Ferrão et al., 2006). Diante do exposto, a busca pela padronização de um protocolo de tratamento do TOC poderia auxiliar na tentativa de desvendar os padrões de resposta e no desenvolvimento de novas estratégias para os pacientes refratários.

### **Agradecimentos**

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES/Brasil) e ao Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos (FIPE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil, concedido por ambos à primeira autora.

## **5) REFERÊNCIAS**

1. Abramowitz, J. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 44-52.
2. Abramowitz, J., Franklin, M.E., Street, G.P., Kosak M.J., Foa E.B. (2000). Effects of comorbid depression on response to treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 31(3), 517-28.
3. Alonso, P., Menchon, J.M., Pifarre, J., Mataix-Cols, D., Torres, L., Salgado, P., et al. (2001). Long-term follow-up and predictors of clinical outcome in obsessive-compulsive patients treated with serotonin reuptake inhibitors and behavioral therapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 535-40.
4. American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR*. (4ª ed. rev). Porto Alegre (RS): Artmed.
5. Amorin, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): Validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106-15.
6. Anderson, R.A. & Rees, C.S. (2007). Group versus individual cognitive-behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 123-37.
7. Araújo, L.A., Ito, L.M., Marks, I.M. (1996). Early compliance and other factors predicting outcome of exposure for obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 169, 747-52.
8. Asbahr, F.R., Castillo, A.R., Ito L.M., Latorre, M.R., Moreira, M.N., Lotufo-Neto, F. (2005). Group cognitive-behavioral therapy versus sertraline for the treatment of

- children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(11), 1128-36.
9. Basoglu, M., Lax, T., Kasvikis, Y., Marks, I.M. (1988). Predictors of improvement in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 299-317.
  10. Black, D.W., Monahan, P., Gable, J., Blum, N., Clancy, G., Baker, P. (1998). Hoarding and treatment response in 38 nondepressed subjects with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 420-5.
  11. Braga, D.T., Cordioli, A.V., Niederauer, K., Manfro, G.G. (2005). Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: a 1-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 180-6.
  12. Buchanan, A.W., Meng, K.S., Marks, I.M. (1996). What predicts improvement and compliance during the behavioral treatment of obsessive compulsive disorder? *Anxiety*, 2(1), 22-7.
  13. Castle, D.J., Deale, A., Marks, I.M., Cutts, F., Chadhoury, Y., Stewart, A. (1994). Obsessive-compulsive disorder: prediction of out-come from behavioural psychotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 393-8.
  14. Cordioli, A.V., Heldt, E., Bochi, D.B., Margis, R., Sousa, M.B., Tonello, J.F., et al. (2003). Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 211-16.
  15. Cordioli, A.V., Heldt, E., Bochi, D.B., Margis, R., Sousa, M.B., Tonello, J.F., et al. (2002). Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a clinical trial. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 24(3), 113-20.

16. Cottraux, J., Messy, P., Marks, I.M., Mollard, E., Bouvard, M. (1993). Predictive factors in the treatment of obsessive-compulsive disorders with fluvoxamine and or behavior therapy. *Behavioral Psychotherapy*, 21, 41-50.
17. De Haan, E., Van Oppen, P., Van Balkom, A.J.L.M., Spinhoven, P., Hoogduin, K.A.L., Van Dyck, R. (1997). Prediction of outcome and early vs. late improvement in OCD patients treated with cognitive behaviour therapy and pharmacotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 354-61.
18. De Vaugh-Geiss, J., Moroz, G., Biederman, J., Cantwell, D., Fontaine, R., Greist, J.H., Reichler, R., Katz, R., Landau, P. (1992). Clomipramine hydrochloride in childhood and adolescent obsessive-compulsive disorder - a multicenter trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 45-9.
19. Ferrão, Y.A., Shavitt, R.G., Bedin, N.R., De Mathis, M.E., Lopes, A.C., Fontenelle, L.F. et al. (2006). Clinical features of refractory obsessive-compulsive patients. *Journal of Affective Disorders*, 94, 199-209.
20. Flament, M.F. & Bisserbe, J.C. (1997). Pharmacologic treatment of obsessive-compulsive disorder: comparative studies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 18-22.
21. Fleck, M.P., Louzada, S., Xavier, M. (2000). Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-BREF. *Revista Saúde Pública*, 59(20), 22-33.
22. Foa, E.B., Abramowitz, J.S., Franklin, M.E., Kosak, M.J. (1999). Feared consequences, fixity of belief, and treatment outcome in patients with obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 30(4), 717-24.

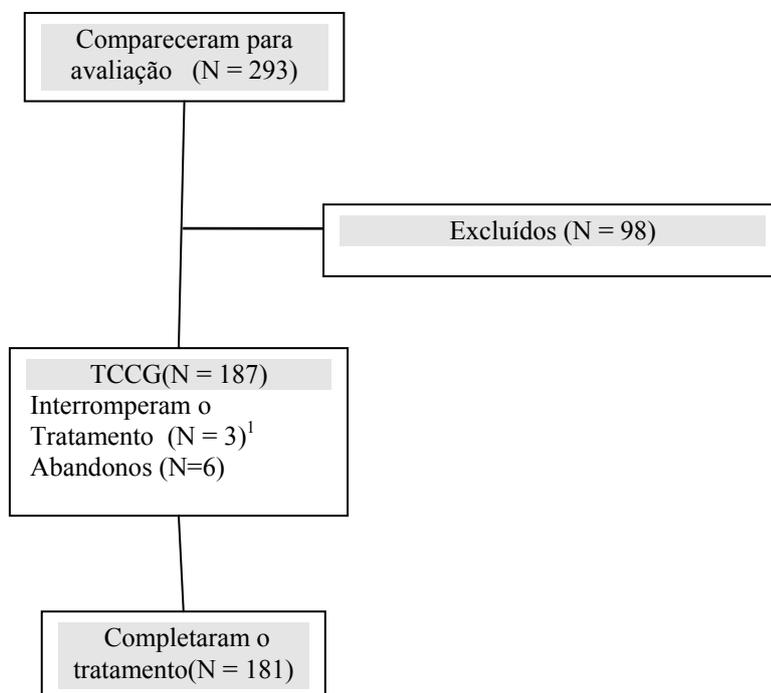
23. Foa, E.B., Grayson, J.B., Steketee, G.S., Doppelt, H.G., Turner, R.M., Latimer, P.R. (1983). Success and failure in the behavioral treatment of obsessive-compulsives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(2), 287-97.
24. Fontenelle, L.F., Marques, C., Versiani, M. (2002). The effect of gender on the clinical features and therapeutic response in obsessive-compulsive disorder. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 24(1), 7-11.
25. Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, A.S., Mazure, C., Fleischmann, R.L., Hill, C.L., et al. (1989a). The Yale-Brown obsessive-Compulsive Scale (YBOCS): Part I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-11.
26. Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, A.S., Mazure, C., Delgado. P., Heninger, G.R., et al. (1989b). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (YBOCS): Part II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-6.
27. Guy, W. (1976). CGI. Clinical Global Impressions. In: ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Review of Education Rockville, MD, 217-22.
28. Hollander, E., Bienstock, C.A., Koran, L.M., Pallanti, S., Marazziti, D., Rasmussen, S.A., et al. (2002). Refractory obsessive-compulsive disorder: state-of-the-art treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(6), 20-9.
29. Hosmer, D.W.Jr., & Stanley, Lemeshow, S. (1989). *Applied logistic regression*. Ed. John Wiley e Sons. New York: USA, 86.
30. Jenike, M.A. (1990). Approaches to the patient with treatment-refractory obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 15-21.
31. Kampman, M., Keijsers, G.P.J., Hoogduin, C.A.L., Verbraak, M.J.P.M. (2002). Addition of cognitive-behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder patients non-responding to fluoxetine. *Acta Psychiatrica Sacandinavica*, 106, 314-19.

32. Keijsers, G., Hoogduin, C., Schaap, C. (1994). Predictors of treatment outcome in the behavioural treatment of obsessive-compulsive disorder. *British Journal Psychiatry*, 165, 781-6.
33. Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives General Psychiatry*, 62, 593-602.
34. Kobak, K.A., Greist, J.H., Jefferson, J.W., Katzelnick, D.J., Henk, H.J. (1998). Behavioral versus pharmacological treatments of obsessive compulsive disorder: a meta-analysis. *Psychopharmacology*, 136, 205-16.
35. Koran, L.M., Thienemann, M.L., Davenport, R. (1996). Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153, 783-8.
36. 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. *British Journal of Psychiatry*, 169(1), 107-17.
37. March, J.S., Frances, A., Carpenter, D., Kahn, D.A. (1997). The expert consensus guideline series: treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(4), 3-72.
38. Mawson, D., Marks, I.M., Ramm, L. (1982). Clomipramine and exposure for chronic obsessive-compulsive rituals: III. Two year follow-up and further findings. *British Journal of Psychiatry*, 140, 11-8.

39. McDougle, C.J., Goodman, W.K., Price, L.H., Delgado, P.L., Krystal, J.H., Charney, D.S., Heninger, G.R. (1990). Neuroleptic addition in fluvoxamine-refractory obsessive-compulsive disorder. *American Journal Psychiatry*, 147, 652-4.
40. McLean, P.D., Whittal, M.L., Thordarson, D.S., Taylor, S., Söchting, I., Koch, W.J., et al. (2001). Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 205-14.
41. Miguel, E.C., Baer, L., Coffey, B.J., Rauch, S.L., Savage, C., O'Sullivan, R.L., et al. (1997). Phenomenological differences appearing with repetitive behaviors in obsessive-compulsive disorder and Gilles de la Tourette syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 170, 140-5.
42. Minichiello, W.E., Baer, L., Jenike, M.A. (1987). Schizotypal personality disorder: a poor prognostic indicator for behavior therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 273-6.
43. Neziroglu, F.A., Stevens, K.P., Yaryura-Tobias, J.A. (1999). Overvalued ideas and their impact on treatment outcome. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 21(4), 209-16.
44. O'Connor, K.P., Aardema, F., Robillard, S., Guay, S., Pélissier, M.C., Todorov, C., et al. (2006). Cognitive behaviour therapy and medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 408-19.
45. O'Connor, K., Todorov, C., Robillard, S., Borgeat, F., Brault, M. (1999). Cognitive-behaviour therapy and medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a controlled study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 64-71.
46. O'Sullivan, G., Noshirvani, H., Marks, I., Monteiro, W., Lelliott, P. (1991). Six-year follow-up after exposure and clomipramine therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 150-5.

47. Pato, M.T., Zohar-Kadouch, R., Zohar, J., Murphy, D.L. (1988). Return of symptoms after discontinuation of clomipramine in patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1521-2.
48. Picinelli, M., Pini, S., Bellantuono, C., Wilkinson, G. (1995). Efficacy of drug treatment in obsessive-compulsive disorder – a meta-analytic review. *British Journal of Psychiatry*, 166, 424-43.
49. Pigott, T. & Seay, S. (2000). Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder: overview and treatment-refractory strategies. In W.K. Goodman, M.V. Rudorfer, J.D. Maser (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder – contemporary issues in treatment* (pp. 277-82). London: Lawrence Erlbaum Associates Publ.
50. Rasmussen, S.A. & Eisen, J.L. (1994). Epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 5-14.
51. Rasmussen, S.A. & Eisen, J.L. (1992). The epidemiological and clinical features of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 743-58.
52. Rosário-Campos, M.C., Leckman, J.F., Mercadante, M.T., Shavitt, R.G., Prado, H.S., Sada, P., et al. (2001). Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1899-903.
53. Rufer, M., Fricke, S., Moritz, S., Kloss, M., Hand, I. (2006). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: prediction of cognitive-behavior therapy outcome. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 440-6.
54. Saxena, S., Maidment, K.M., Vapnik, T., Golden, G., Rishwain, T., Rosen, R.M. et al. (2002). Obsessive-compulsive hoarding: symptom severity and response to multimodal treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 21-7.

55. Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H. (1998). The MINI - International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22-33.
56. Skoog, G. & Skoog, I. (1999). A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 121-7.
57. Simpson, H.B., Gorfinkle, K.S., Liebowitz, M.R. (1999). Cognitive-behavior therapy as an adjunct to serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder: an open trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 584-90.
58. Souza, M.B., Isolan, L.R., Oliveira, R.R., Manfro, G.G., Cordoli, A.V. (2006). A randomized clinical trial of cognitive-behavioral group therapy and sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1133-9.
59. Steketee, G. (1997). Disability and family burden in obsessive-compulsive disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 919-28.
60. Steketee, G., Eisen, J., Dyck, I., Warshaw, M., Rasmussen, S.A. (1999). Predictors of course in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 89, 229-38.

**Figura 1 – Fluxo de Pacientes do Recrutamento á conclusão do Estudo**

<sup>1</sup>Realizaram ao menos uma avaliação após o início da terapia, sendo os dados repetidos no final do tratamento, resultando a amostra em 181 indivíduos.

**Tabela 1 – Características sociodemográficas de acordo com a resposta ao tratamento**

<b>Caracterização da amostra</b>	<b>Total (n=181)</b>	<b>Resposta (n=133)</b>	<b>Não Resposta (n=48)</b>	<b>P</b>
Idade M±DP	37,44 ± 12,52	37,86 ± 12,61	36,25 ± 12,30	0,445 <sup>1</sup>
Sexo n (%)				
Masculino	50 (27,6)	32 (24,1)	18 (37,5)	0,074 <sup>2</sup>
Feminino	131 (72,4)	101 (75,9)	30 (62,5)	
Estado Civil n (%)				
Com companheiro	87 (48,1)	65 (48,9)	22 (45,8)	0,847 <sup>2</sup>
Sem companheiro	94 (51,9)	68 (51,1)	26 (54,2)	
Nível de instrução n (%)				
Ensino fundamental	28 (15,5)	21 (15,8)	7 (14,6)	0,223 <sup>3</sup>
Ensino médio	91 (50,3)	62 (46,6)	29 (60,4)	
Ensino superior	62 (34,3)	50 (37,6)	12 (25,0)	
Ocupação n (%)				
Com atividade	88 (48,6)	69 (51,9)	19 (39,6)	0,196 <sup>2</sup>
Sem atividade	93 (52,4)	64 (48,1)	29 (60,4)	
WHOQOL				
Físico M±DP	59,57 ± 18,30	61,21 ± 17,74	55,05 ± 17,08	0,039 <sup>1</sup>
Psicológico M±DP	54,45 ± 15,75	56,85 ± 15,05	47,78 ± 13,93	<0,001 <sup>1</sup>
Social M±DP	55,71 ± 19,35	57,33 ± 18,96	51,22 ± 17,58	0,053 <sup>1</sup>
Ambiente M±DP	60,95 ± 15,92	62,38 ± 15,08	57,00 ± 15,85	0,038 <sup>1</sup>

M=Média; DP=Desvio Padrão; WHOQOL=Qualidade de Vida antes do início do tratamento. <sup>1</sup>Valor obtido pelo teste t de Student. <sup>2</sup>Valor obtido pelo teste qui-quadrado com correção de Yates. <sup>3</sup>Valor obtido pelo teste qui-quadrado de Pearson.

**Tabela 2 – Características clínicas da amostra e resposta ao tratamento**

<b>Características clínicas</b>	<b>Total (n=181)</b>	<b>Resposta (n=133)</b>	<b>Não- Resposta (n=48)</b>	<b>P</b>
Y-BOCS total inicial M±DP	26,07 ± 5,42	26,19 ± 5,13	25,75 ± 6,20	0,695 <sup>1</sup>
Y-BOCS Obsessões M±DP	12,70 ± 3,12	12,68 ± 3,07	12,75 ± 3,30	0,901 <sup>1</sup>
Y-BOCS Compulsões M±DP	13,38 ± 2,96	13,44 ± 2,75	13,21 ± 3,49	0,684 <sup>1</sup>
CGI no início M±DP	4,55 ± 0,81	4,45 ± 0,72	4,81 ± 0,96	0,007 <sup>1</sup>
Nº de comorbidades				
Nenhuma	57 (31,5)	45 (33,8)	12 (25,0)	0,063 <sup>3</sup>
Uma	48 (26,5)	39 (29,3)	9 (18,8)	
Duas ou mais	76 (42,0)	49 (36,8)	27 (56,3)	
Comorbidades				
Distímia	35 (19,3)	21 (15,8)	14 (29,2)	0,072 <sup>2</sup>
Fobia social	43 (23,8)	26 (19,6)	17 (35,4)	0,044 <sup>2</sup>
Tipos de Sintomas				
Obsessões agressivas	59 (32,6)	47 (35,3)	12 (25,0)	0,258 <sup>2</sup>
Compulsões de repetição	120 (66,3)	93 (69,9)	27 (56,2)	0,104 <sup>2</sup>
Compulsões de verificação	137 (75,7)	104 (78,2)	33 (68,8)	0,266 <sup>2</sup>
Juízo Crítico				
Sem juízo crítico	25 (13,8)	13 (9,8)	12 (25,0)	0,017 <sup>2</sup>
Com juízo crítico	156 (86,2)	120 (90,2)	36 (75,0)	

M=Média; DP=Desvio Padrão. <sup>1</sup>Valor obtido pelo teste t de Student. <sup>2</sup>Valor obtido pelo teste qui-quadrado com correção de Yates. <sup>3</sup>Valor obtido pelo teste qui-quadrado de Pearson.

**Tabela 3 – Razão de chance (OR bruto e ajustado) obtidos pela análise de regressão logística para avaliar preditores de resposta à TCCG**

Variáveis	OR <sub>bruto</sub> (IC 95%)	OR <sub>Ajustado</sub> (IC 95%)	P
<b>Sexo</b>			
Masculino	1,00	1,00	
Feminino	<b>1,89 (0,93-3,84)</b>	<b>2,58 (1,15-5,80)</b>	<b>0,021</b>
<b>Ocupação</b>			
Com	1,65 (0,84-3,22)	1,58 (0,74-3,38)	0,242
Sem	1,00	1,00	
<b>WHOQOL</b>			
<b>Domínio Psicológico</b>	<b>1,04 (1,02-1,07)</b>	<b>1,05 (1,01-1,09)</b>	<b>0,011</b>
<b>Domínio Social</b>	1,02 (1,00-1,04)	0,99 (0,97-1,02)	0,668
<b>Domínio Físico</b>	1,02 (1,00-1,04)	0,99 (0,96-1,02)	0,461
<b>Juízo Crítico</b>			
Sem	1,00	1,00	
Com	<b>3,08 (1,29-7,33)</b>	<b>2,67 (1,04-6,89)</b>	<b>0,042</b>
<b>CGI no Início</b>	<b>0,57 (0,37-0,87)</b>	<b>0,62 (0,39-0,99)</b>	<b>0,045</b>
<b>Compulsões Repetição</b>	1,81 (0,92-3,57)	1,89 (0,89-4,02)	0,099

Todas as variáveis estão controladas para as demais do mesmo nível e para as dos níveis superiores. A categoria de referência do desfecho é a Não-Resposta. As variáveis com nível de significância entre 5% e 25% foram mantidas no modelo para controle de confusão

### 5.3) ARTIGO 2B

#### **Predictors of response to group cognitive-behavioral therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder**

##### **Authors:**

Andréa Litvin Raffin<sup>1</sup>, Jandyra Maria Guimarães Fachel<sup>2</sup>, Ygor Arzeno Ferrão<sup>3</sup>, Fernanda Pasquoto de Souza<sup>1</sup>, Aristides Volpato Cordioli<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup>Graduate Program in Medical Sciences: Psychiatry, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brazil; <sup>2</sup>Department of Statistics, Institute of Mathematics, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brazil; <sup>3</sup>Graduate Program, Centro Universitário Metodista Instituto Porto Alegre, Brazil; <sup>4</sup>Anxiety Disorders Program, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brazil. <sup>5</sup>Department of Psychiatry, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brazil.

##### **Institution:**

Anxiety Disorders Program

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Department of Psychiatry,

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil

**Address correspondence to:**

Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Serviço Psiquiátrico. Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Rua Ramiro Barcelos, 2350 – Sala 400N. CEP: 90035-903 – Porto Alegre, RS – Brazil.

Phone: 55 51 3316 8294. Fax: 55 51 3316 8493. E-mail: [acordioli@terra.com.br](mailto:acordioli@terra.com.br)

**PREDICTORS OF RESPONSE TO GROUP COGNITIVE-BEHAVIORAL  
THERAPY IN THE TREATMENT OF OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER**

**ABSTRACT**

The course of obsessive-compulsive disorders (OCD) is often chronic and may have disabling consequences in about 10% of patients. Group cognitive-behavioral therapy (GCBT) reduces OCD symptoms in over 70% of the patients, but about 30% do not show any improvement. The knowledge of factors associated with these outcomes may inform treatment indications. This study evaluated 181 patients with OCD that attended a 12-session GCBT program. Response criteria were: >35% reduction in Y-BOCS scores and normal or borderline GCI scores at post-treatment evaluation. Sociodemographic data, disorder characteristics and treatment aspects were studied. Factors associated with better response were female sex, greater insight and better quality of life before treatment, whereas overall severity of disease, number of associated comorbidities, social phobia and dysthymia were associated with poor results. In the final statistic model, the predictors associated with response to GCBT were: sex ( $p=0.021$ ); WHOQOL-BREF psychological domain ( $p=0.011$ ); insight ( $p=0.042$ ); and CGI-severity before therapy ( $p=0.045$ ). Factors associated with improvement of symptoms are still not clearly identified, probably due to the heterogeneity of OCD and of the patient samples used in different studies.

**Key words:** obsessive-compulsive disorder; predictors of response; cognitive-behavioral therapy; response to treatment; group therapy.

## 1) INTRODUCTION

Obsessive compulsive disorder (OCD) is characterized by obsessions and compulsions that consume a large amount of the patient's time and are followed by discomfort that impairs functioning in daily routines, working performance and interpersonal relationships (APA, 2002). Considered rare up to the 1980s, OCD is a fairly common disease that will affect 1.6% to 3.1% of the population at some time in life (Kessler et al., 2005). It is a chronic disorder that usually affects young people at the end of adolescence, often persists for their whole lives, and has disabling consequences in about 10% of patients (Rasmussen, 1994; Lensi et al, 1996).

Treatments of choice are clomipramine, selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI), behavioral therapy (BT), exposure and ritual prevention (ERP) therapy, and cognitive-behavioral therapy (CBT) (March et al., 1997).

Medication is the treatment of choice for patients with little insight into the disease or when OCD symptoms are very severe. However, the reduction of obsessive-compulsive symptoms (OCS) is partial, of only about 30% to 40%, and only 20% of the patients achieve complete remission (De Vaugh-Geiss, 1992; Picinelli, 1995; Flament, 1997). Relapse is frequent, and symptoms return in about 80% of the patients two months after medication is discontinued (Pato et al., 1988). Rates of intolerance to adverse effects, particularly when clomipramine is used, and treatment refusal or dropouts may reach 20% (Pigott et al., 2000).

Behavioral therapy with the use of ERP technique was introduced in the treatment of OCD in the 1970s, and was shown to be effective in 70% of the patients that comply with treatment (Jenike, 1990; Abramowitz et al., 1997; Kobak et al., 1998). Together with

drugs, it is a treatment of choice for OCD. Recent studies (Asbahr et al., 2005; Souza et al., 2006) demonstrated its advantages over medication, particularly in the reduction of compulsions and in the percentage of patients that achieve complete symptom remission (Souza et al., 2006), and do not relapse during follow-up (Braga et al., 2005). In addition to ERP technique, cognitive techniques are used to help patients to modify distorted beliefs and understand OCD symptoms better. Because of the unavailability and high cost of individual psychotherapies, group therapies have been proposed to provide treatment to a larger number of people, and several studies confirmed the efficacy of group cognitive-behavioral therapies (GCBT) (McLean et al., 2001; Cordioli et al., 2002; 2003; Anderson and Rees, 2007).

However, not all patients with OCD benefit from psychotherapy. While some show a rapid response, with complete remission of symptoms, others, about 30%, do not respond to treatment (Foa et al., 1983; Cordioli et al., 2002; 2003). Partial responses are frequent, and patients, despite improvement, have residual symptoms after therapy completion. These patients are at a greater risk of relapse within two years of the end of treatment (Foa et al., 1983; Braga et al., 2005).

Factors associated with a better prognosis in the treatment of OCD with BT or CBT, either associated or not with SRI, are: having a partner (Castle et al., 1994; Steketee et al., 1999); greater improvement at the end of treatment (Mawson et al., 1982; Foa et al., 1983; O'Sullivan et al., 1991; Braga et al., 2005); better treatment compliance (O'Sullivan et al., 1991; Araújo et al., 1996); greater patient's motivation for treatment (Keijsers et al., 1994; De Haan et al., 1997); episodic course (Hollander et al., 2002); and complete remission of OCS with treatment (Braga et al., 2005). Factors frequently associated with a poor prognosis are: sexual and religious obsessions (Alonso et al., 2001; Ferrão et al.,

2006); hoarding (Black et al, 1998; Saxena et al., 2002; Rufer et al, 2006); psychiatric comorbidities (Minichiello et al., 1987; McDougle et al., 1990; Cottraux et al., 1993; Hollander et al., 2002); poor insight (Neziroglu et al., 1999; Foa et al., 1999; Hollander et al., 2002); early onset and chronic course of OCS (Skoog and Skoog, 1999; McLean et al, 2001); greater baseline severity of OCS (Basoglu et al, 1988; Keijsers et al., 1994; De Haan et al., 1997; Steketee et al., 1999; McLean et al., 2001; Hollander et al., 2002); male sex (Basoglu et al., 1988); and severe comorbid depression (Keijsers et al., 1994; Buchanan, 1996; Abramowitz et al., 2000).

Most studies conducted to establish predictive variables of OCD treatment used ERP therapy and pharmacotherapy. Their results, however, are mostly inconclusive. Few studies evaluated GCBT. The several studies that investigated individual CBT or ERP found that over 70% of the patients improve, and about 27% of them achieve complete remission of symptoms. However, 30% do not improve due to still unknown reasons, which this study attempted to explain.

This study investigated possible predictors of response to group cognitive-behavioral therapy (GCBT) in patients with OCD.

## **2) MATERIAL AND METHODS**

### **Study Design**

Cohort study with 181 patients with OCD treated with GCBT from October 1999 to December 2006 at the outpatient service of the Anxiety Disorders Program (Programa dos Transtornos de Ansiedade – PROTAN) of Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brazil.

## **Participants**

For the clinical trial, patients were recruited among the general population by means of lectures, radio and TV interviews, and newspaper ads that offered group treatment to patients with OCD, or among patients that spontaneously sought assistance at PROTAN. Inclusion criteria were: a diagnosis of OCD according to DSM-IV-TR criteria (APA, 2002); not taking antiobsessional medications or taking an already stabilized dose for at least three months; age between 18 and 65 years; Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) score  $\geq 16$ .

Two hundred and ninety-three patients were initially included, and 98 were excluded due to different reasons: depression with risk of suicide (n=14); OCD onset after head trauma (n=1) or after rheumatoid fever (n=2); bipolar affective disorder (n=11); severe social phobia (n=8); mental retardation (n=3); severe eating disorder (n=4); alcohol abuse (n=7); psychotic disorders (n=3); severe personality disorders - borderline or schizoid (n=7); Y-BOCS score  $<16$  (n=20); or taking antiobsessional medications at a dose not stabilized for at least three months (n=18). Eight patients, although they met inclusion criteria, refused treatment.

One hundred and eighty-seven patients started GCBT and 9 dropped out: 5 because they felt too much discomfort at the practice of ERP exercises and 4 because of schedule problems. Of the 9 dropouts, 3 had at least one evaluation after the beginning of therapy, and data obtained in their last evaluation were repeated for the end of treatment analysis. Therefore, data of 181 patients were available for this study.

This study was approved by the Ethics Committee of HCPA, and all participants signed an informed consent term before their participation in GCBT.

## **Evaluation and Measures**

Baseline patient evaluation was conducted by an independent psychiatrist and two independent psychologists, who underwent training for the application of scales. Evaluation was conducted by means of a structured clinical interview during which a form was filled out with the patient's symptoms, disease history, previous treatments, and OCD diagnosis according to DSM-IV-TR (APA, 2002). Demographic and socioeconomic data, occupational status, use of medication and criteria for inclusion in the study were also recorded. The interview was complemented with the Brazilian version (Amorim, 2000) of the MINI International Neuropsychiatric Interview (Sheehan et al., 1998) to investigate comorbidities.

The following instruments were applied before the beginning of treatment, after the 4<sup>th</sup> and 8<sup>th</sup> sessions, and after the conclusion of GCBT (12<sup>th</sup> session) by 4 independent, previously trained evaluators:

Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) (Goodman et al., 1989a;b): a semi-structured interview to evaluate the intensity of OCD symptoms and identify duration, control and afflictions associated with obsessive and compulsive behaviors. It is composed of two subscales that may be used independently: (1) items 1-5: obsessions; (2) items 6-10: compulsions. This study used the total score (sum of items 1 to 10). Each item ranges from 0 (absent) to 4 (extreme), and the total score may range from 0 to 40. Y-BOCS has other questions about obsessions and compulsions, which are not included in the total score. We used item 11 to evaluate patient's insight.

Y-BOCS Symptom Checklist (Goodman et al., 1989a;b): used to identify symptoms to be further evaluated. It provides a list of examples of the most common

obsessions and rituals organized in 15 categories or themes (checking, washing, aggressiveness, etc.).

Clinical Global Impressions (CGI) (Guy, 1976): it is composed of two scales from 1 to 7 points to be scored by the interviewer. The ranges of the scales are: (1) Global Severity of Disease - from 1 (normal, no symptoms) to 7 (extremely severe symptoms); (2) Global Improvement - from 1 (extremely better) to 7 (extremely worse). CGI reflects the opinion of the evaluator about the global intensity of the disorder and the global improvement since baseline evaluation, and assesses global performance rather than only the intensity of obsessive-compulsive symptoms.

World Health Organization Quality of Life Assessment – Abbreviated Version (WHOQOL-BREF) (The WHOQOL Group, 1998): abbreviated form of the scale to evaluate quality of life developed by the WHO. It is composed of 26 questions, each with a 5-point scale to evaluate 4 quality of life domains: physical, psychological, social, and environmental. The scale provides scores from 1 to 100 in each domain, and the higher scores are associated with improvement in quality of life. It was translated and validated for Portuguese (Fleck et al., 2000).

### **Group Cognitive-Behavioral Therapy (Intervention)**

GCBT consisted of 12 two-hour weekly sessions conducted according to a previously developed and tested protocol described in detail in Cordioli et al., 2002. From October 1999 to December 2006, 25 successive groups were organized with 5 to 8 participants each (mean = 7.24 individuals). The groups were coordinated by 4 psychotherapists.

### **Criteria for response and remission**

The criteria for response was reduction greater than or equal to 35% in the Y-BOCS scale scores, and CGI scores lower than or equal to 2. Patients that had Y-BOCS scores  $<8$  and CGI  $<2$  at the final GCBT evaluation were classified as having achieved complete remission of OCS. Those that had Y-BOCS  $\geq 8$  and CGI = 2 were classified as having achieved partial remission of OCS, but were also classified as responders to GCBT.

### **Statistical Analysis**

Quantitative variables were described as mean and standard deviation, and categorical variables, as absolute and relative frequencies. Tests for normality and homogeneity were performed for continuous variables. The Pearson chi-square test was used to evaluate the association between categorical variables and response to treatment. Yates correction was performed for dichotomous variables. The Student *t* test for independent samples was used to evaluate quantitative variables in relation to categories of response to treatment. Variables with a *p* value lower than 0.25 were included in the initial logistic regression model, which evaluated the predictors of response to treatment and also controlled for possible confounding variables (Hosmer Jr and Lemeshow, 1989). Crude and adjusted odds ratios and 95% confidence intervals were estimated for variables that remained in the model. Significance was established at 5%, and variables that met this criterion were retained in the final logistic model. All analyses were performed with the software Statistical Package for the Social Sciences 12.0.

### 3) RESULTS

#### **Sociodemographic characteristics of sample**

Mean age was 37.44 years (SD = 12.52), most patients (131; 72.4%) were women, and 153 (84.5%) had a good level of education (secondary or higher education). Almost half had a partner (87; 48.1%), and 88 (48.6%) had a paid occupation. Of all patients in the sample, 133 (73.5%) responded to treatment: 49 (27.1%) achieved complete remission of symptoms and 84 (46.4%), partial remission. The other 48 patients (26.5%) did not respond to treatment. Of the sociodemographic variables, age at beginning of treatment, disease duration, marital and occupational status and education did not have any significant effect on treatment results (Table 1). However, results for women showed a borderline association with greater response to treatment ( $p=0.74$ ), and the variable sex was included in the regression model for further analysis.

---

**Table 1**

---

#### **Severity of OCD symptoms**

Severity of symptoms was evaluated with the Y-BOCS and CGI-severity scales. Before beginning GCBT, mean scores were 26.07 ( $\pm 5.42$ ) in Y-BOCS and 4.55 ( $\pm 0.81$ ) in CGI. After treatment, mean score in Y-BOCS was 12.06 ( $\pm 7.48$ ), and in CGI, 2.19 ( $\pm 1.23$ ), a decrease of 53.7% in mean Y-BOCS scores and 51.9% in CGI scores. However, only severity of symptoms according to CGI was statistically significant ( $p=0.007$ ), which indicated that the lower the severity of the disease, the greater the chances of the patient achieving success in the treatment (Table 2).

### **Insight**

Insight was significantly associated with treatment results ( $p=0.017$ ), and patients with good, very good or excellent insight had better results: 120 patients in this group (76.9% of total; 90.2% of all responders) responded to treatment. In comparison, only 13 patients with poor or no insight (52.0% of total; 9.8% of patients with poor or no insight) responded to treatment (Table2).

### **Comorbidities**

Patients with a greater number of comorbidities tended to have greater odds of not responding to GCBT ( $p=0.063$ ). Of the predominant comorbidities, only dysthymia and social phobia ( $p=0.072$  and  $p=0.044$ ) tended to be associated with poorer results. Over one-third of the nonresponders had social phobia (Table 2).

### **Use of antiobsessional medications**

The use of antiobsessional medications during GCBT did not affect response to treatment (Tables 2). Despite medication, patients had clinically relevant symptoms at the beginning of the treatment (mean Y-BOCS score =  $24.81 \pm 5.05$ ), and intensity of symptoms was similar to that of patients that did not take antiobsessional medication (mean Y-BOCS score =  $26.73 \pm 5.51$ ).

Age, type of onset of obsessive-compulsive symptoms, disease course and family OCD history were not significantly associated with response to GCBT (Table 2).

---

**Table 2**

---

### **Type of symptoms**

The types of symptoms were evaluated using the Y-BOCS list of symptoms. The most common symptoms were contamination obsession (n=142; 78.5%), symmetry obsession (n=133; 73.5%) and doubts (n=111; 61.3%), and the respective cleaning (n=147; 81.2%), ordering (n=128; 70.7%) and checking (n=137; 75.7%) compulsions. The severity of each symptom was not recorded, and each patient might have several different symptoms. Only repeating compulsion was included in the final logistic regression model because it had a p value lower than 0.25, although not significantly associated with response to therapy (p=0.104) (Table 3).

### **Quality of life**

A significant difference between mean WHOQOL-BREF scores before GCBT was found in the physical (p=0.039), psychological (p<0.001) and environmental (p=0.038) domains for the patients in the two groups of response to treatment, and a greater score indicated greater odds of response to GCBT. The social domain showed a borderline association (p=0.053). (Table 3).

---

**Table 3**

---

### 3.1) Logistic regression analysis

Variables with a p value lower than 0.25 in univariate analysis were included in the multivariate logistic regression model. This type of analysis evaluates predictors of a certain outcome and controls for possible confounding variables – variables that are associated with the factor and the outcome but do not lie on the causal path between them. The results of the logistic regression analysis are shown in Table 4. Predictors that retained association with response to treatment were: sex ( $p=0.021$ ); WHOQOL-BREF psychological domain ( $p=0.011$ ); insight ( $p=0.042$ ) and CGI-severity before GCBT ( $p=0.045$ ).

---

**Table 4**

---

## 4) DISCUSSION

Group cognitive-behavioral therapy for OCD is a relatively new form of treatment, and few studies have investigated its benefits so far. Anderson and Rees, 2007 found only two controlled studies about the efficacy of GCBT (McLean et al., 2001; Cordioli et al., 2003). Treatment efficacy and its predictive variables are of great importance because spontaneous remissions along time are rare in OCD. About 64% to 85% of the untreated patients tend to have chronic symptoms with slight fluctuations, and about 10% deteriorate along time (Rasmussen et al., 1992; Lensi et al., 1996). In a period of 7 years, 181 patients with OCD were treated in the PROTAN of HCPA in 12 two-hour weekly sessions of GCBT. Of all patients in the sample, 133 (73.5%) responded to treatment; 49 of them achieved complete remission of symptoms and 84 (46.4%), partial remission. The other 48

patients (26.5%) did not respond to treatment. The reasons why such different outcomes are achieved have not been identified yet, and the focus of this study was to investigate them.

In our study, women had 2.58 times greater odds of responding to treatment than men, and showed a greater rate of complete symptom remission (32.1% versus 14.0%). These data confirm the results reported by Basoglu et al., 1988, who found that male sex (n=27) was a predictive factor for poor prognosis in a randomized clinical trial with 49 patients treated with individual ERP. Castle et al., 1994, analyzed predictors of response to BT in 178 patients with OCD and found differences between sexes: male sex (n=57) and living alone or having no partner were predictors of poor response. Conversely, McLean et al., 2001, in one of the few studies that investigated group treatment of OCD with BT or cognitive therapy, did not find any association between sex and response to treatment in a group of 63 patients. Similarly, Ferrão et al., 2006, in a case-control study with 49 patients treated with SSRI or CBT, did not find any association between sex and response to treatment.

Studies suggest that sex may have an indirect role in response to treatment. Female sex was associated with greater severity of depressive symptoms (Fontenelle et al., 2002), whereas men had a lower age at OCS onset, greater baseline severity and greater frequency of repeating rituals (Fontenelle et al., 2002), as well as a more frequent association with Tourette syndrome and tic disorder (Miguel et al., 1997; Rosário-Campos et al., 2001). These findings may indicate an effect of biological factors to which men are more vulnerable. Another possible explanation may be found in possible psychological and cultural differences, which lead men to seek assistance only when symptoms are very severe. However, we did not find significant differences between men and women in

severity of symptoms (25.3 *versus* 26.4;  $p=0.257$ ), frequency of repeating compulsions (74.0% *versus* 63.4%;  $p=0.239$ ), and early age of onset (or not) of symptoms (26.0% *versus* 31.3%;  $p=0.607$ ), and the latter variable was also not associated with response to GCBT. Therefore, whether men actually have a poorer response to GCBT is still an open question, and, if true, the reasons for that are also unclear.

In addition to female sex, the variable severity of OCD symptoms measured using the CGI scale was included in the regression model and confirmed to be a predictive variable of response to GCBT. For each one-point increase in CGI score at the beginning of treatment, the chance of response to treatment decreased 38%. Therefore, the lower the score in this scale, the greater the chances that a patient responds to treatment, which confirms that global disease severity, when evaluated by independent evaluators, is associated with GCBT results. These data confirm findings reported by Hollander et al., 2002, who evaluated 274 patients from eight international centers and found that the severity of symptoms according to Y-BOCS, CGI, or both before the beginning of treatment (BT and cognitive therapy, SRI) was significantly greater ( $p=0.001$ ) among refractory patients. However, other studies found that patients with more severe symptoms also obtain benefits from therapies although their responses are delayed and frequently in the form of partial OCS remission (Basoglu et al., 1988; De Haan et al., 1997; Braga et al., 2005). We found no effect of OCD severity according to Y-BOCS on the results of GCBT ( $p=0.695$ ). An explanation for such discrepancy between the two scales may be assigned to the fact that Y-BOCS evaluates OCS severity, whereas CGI investigates global aspects of severity; therefore, other symptoms, even those that are consequences of OCD, may affect results. Also, an apparently greater subjectivity of the CGI scale may have resulted in a methodological bias.

Quality of life (QOL) of the patients before treatment was an important factor in response to GCBT. Responders had mean QOL scores 13% greater than nonresponders, which indicates a better quality of life in all domains. Moreover, patients with complete remission of symptoms had mean WHOQOL-BREF scores about 25% greater than nonresponders. However, results of the multivariate analysis revealed that only the psychological domain was a predictor of response to GCBT. Quality of life is probably lower among patients with OCD because OCD symptoms compromise their performance at work and in social and academic life. Patients with OCD date less, have fewer stable marriages or do not get married, and are more often unemployed than the general population (Koran et al., 1996; Steketee, 1997).

Patients with a good insight achieved better results in GBCT. Hollander et al., 2002 also reported a similar association: poor insight was found in only 10% of their patients that responded to treatment, but in 20% of nonresponders ( $p < 0.025$ ). Neziroglu et al., 1999 evaluated 20 patients with OCD in a study that investigated overvalued ideas and response to BT or CBT. Patients ( $n=10$ ) with higher levels of overvalued ideas (Overvalued Ideas Scale – OVIS  $\geq 6$ ) showed no changes in the levels of anxiety or depression with treatment, a result that is a poor prognosis for the treatment of OCD. Patients with a poor insight do not consider their symptoms meaningful or excessive; they may accommodate to symptoms and only seek assistance later than other patients. Consequently, poor insight may be associated with greater disease duration or longer treatment time. Araújo et al., 1996, found that better responders to BT were patients that started doing ERP exercises at home within the first week of treatment. They also found that a better insight predicted early compliance ( $p < 0.001$ ). Therefore, insight may be associated with motivation to effect changes.

The use of antiobsessional medication (SRI) during GCBT did not affect treatment. Paradoxically, mean Y-BOCS scores before treatment of patients taking medication were practically the same as those of patients that did not take medication, and response to therapy was also similar in the 2 groups. Results suggest that CBT may offer an additional benefit to patients that do not respond to medication or that respond only partially, which is in agreement with findings by Simpson et al., 1999, and Kampman et al., 2002. Response to medication is low in general (O'Connor et al., 1999; 2006; Souza et al., 2006), and most patients achieve only partial remission of symptoms (Souza et al., 2006). Studies show that CBT alone is better in reducing OCS than medication alone (O'Connor et al., 1999; 2006; Souza et al., 2006); also, there is no difference in response to CBT among patients that started antiobsessional medication before treatment and continued taking stable doses during CBT (O'Connor et al., 2006), which was confirmed in our study.

Psychiatric comorbidities are frequent in OCD. In our sample, 124 (68.51%) patients had at least one type of comorbidity, and 76 (41.99%) had 2 or more comorbidities. Of 43 (23.8%) patients with social phobia, 17 (39.5%) did not respond to treatment ( $p=0.044$ ). Responders with social phobia had similar rates of complete (12 individuals; 27.9%) or partial (14 individuals; 32.5%) remission of symptoms. Patients with dysthymia tended to achieve partial remission ( $p=0.031$ ) or not to respond to GCBT ( $p=0.072$ ): only 4 (11.4%) achieved complete remission of symptoms, whereas 17 (48.6%) had partial remission. These patients, similarly to patients with major depression, may find difficulties in doing the ERP exercises, as reported by Abramowitz et al., 2000. Our data support this hypothesis and confirm findings of other studies (Keijsers et al., 1994; Buchanan et al., 1996). However, neither the type nor the number of comorbidities was associated with treatment results in multivariate analysis.

We also investigated whether the type of OCS was associated with treatment results. Only repeating compulsions tended towards an association with poorer response to GCBT ( $p=0.104$ ), but this variable was not statistically significant in the results of the logistic regression model ( $p=0.099$ ). Several authors found an association between hoarding (Black et al., 1998; Saxena et al., 2002; Rufer et al., 2006) and sexual/religious obsessions and poorer response to CBT (Alonso et al., 2001; Ferrão et al., 2006). However, our data did not confirm their findings. In our sample, 88 patients (48.6%) had hoarding obsessions, and 64 (72.7%) responded to treatment; 88 (48.6%) had sexual/religious obsessions, and 63 (71.6%) responded to treatment. These results may be explained by the fact that the severity of each symptom was not evaluated. Therefore, one patient may have had several symptoms, which resulted in great data dispersion. Also, no factorial analysis was performed to identify possible patient subgroups.

One of the limitations of this study is a possible memory bias, as some information was collected in interviews with patients. Also, the inclusion criteria were considerably strict, although extracted from the literature and the clinical experience of the authors. As some patient characteristics are known to be counter indications for group therapy, our sample may have been more homogeneous than those in other studies.

Clinical implications of this study indicate that special attention should be paid to patients with poor insight. In such cases, a more direct treatment may be planned to increase the cognitive aspects of the therapy in an attempt to modify their overvalued ideas. Psychological education and motivational interviews may also be important instruments to increase patient motivation and improve their insight. Another important implication derives from the fact that patients with more severe global symptoms are poorer responders to GCBT. Other symptoms, such as depression and anxiety, should also

be evaluated because they may affect the treatment. Although not an objective of this study, we confirmed the efficiency of GCBT in the treatment of OCD as 73.5% of the patients responded to it.

The identification of factors associated with improvement of symptoms remains open. Although there are indications that phenomenological and clinical characteristics may affect treatment results, studies have reported conflicting or not replicable findings. The reasons for such differences may be associated with the heterogeneity of OCD and of the patient samples used in different studies, as well as with the lack of standardization of psychotherapeutic techniques. Another explanation may be the fact that, in clinical situations, multiple factors act together to produce effects. Finally, unspecific factors associated with the person of the therapist, the quality of the therapeutic relationship, and patient's motivation and tolerance to frustration may play important roles that remain to be investigated.

To our knowledge, this is the first study whose primary objective was to investigate the occurrence of CBT outcome predictors. Our review of the literature yielded only one similar study, conducted by Ferrão et al. (2006), but their objective was to investigate which factors were associated with refractory OCD treated with GCBT and medication. The size of our sample was also a relevant aspect, as we included 181 individuals that strictly followed the same treatment protocol. As the costs of cohort studies, which require large samples and long study periods, are high, studies similar to ours are unusual. Most investigations are either multicenter studies that do not follow the same treatment protocol (Skoog e Skoog, 1999; Hollander et al., 2002), or, when conducted in one center, include a small sample of patients (Braga et al., 2005; Ferrão et al., 2006). Therefore, a standardized

OCD treatment protocol may help in the attempt to identify response patterns and to develop new strategies for patients with OCD refractory to treatment.

### **Acknowledgments**

We thank the Brazilian Coordinating Agency for Advanced Training of Graduate Personnel (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior; CAPES) and the Research Incentive Fund (Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos; FIPE) of Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brazil, for the financial support granted to the first author.

### **5) REFERENCES**

1. Abramowitz, J. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 44-52.
2. Abramowitz, J., Franklin, M.E., Street, G.P., Kosak M.J., Foa E.B. (2000). Effects of comorbid depression on response to treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 31(3), 517-28.
3. Alonso, P., Menchon, J.M., Pifarre, J., Mataix-Cols, D., Torres, L., Salgado, P., et al. (2001). Long-term follow-up and predictors of clinical outcome in obsessive-compulsive patients treated with serotonin reuptake inhibitors and behavioral therapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 535-40.
4. American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR*. (4ª ed. rev). Porto Alegre (RS): Artmed.

5. Amorin, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): Validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106-15.
6. Anderson, R.A. & Rees, C.S. (2007). Group versus individual cognitive-behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 123-37.
7. Araújo, L.A., Ito, L.M., Marks, I.M. (1996). Early compliance and other factors predicting outcome of exposure for obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 169, 747-52.
8. Asbahr, F.R., Castillo, A.R., Ito L.M., Latorre, M.R., Moreira, M.N., Lotufo-Neto, F. (2005). Group cognitive-behavioral therapy versus sertraline for the treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(11), 1128-36.
9. Basoglu, M., Lax, T., Kasvikis, Y., Marks, I.M. (1988). Predictors of improvement in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 299-317.
10. Black, D.W., Monahan, P., Gable, J., Blum, N., Clancy, G., Baker, P. (1998). Hoarding and treatment response in 38 nondepressed subjects with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 420-5.
11. Braga, D.T., Cordioli, A.V., Niederauer, K., Manfro, G.G. (2005). Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: a 1-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 180-6.
12. Buchanan, A.W., Meng, K.S., Marks, I.M. (1996). What predicts improvement and compliance during the behavioral treatment of obsessive compulsive disorder? *Anxiety*, 2(1), 22-7.

13. Castle, D.J., Deale, A., Marks, I.M., Cutts, F., Chadhoury, Y., Stewart, A. (1994). Obsessive-compulsive disorder: prediction of out-come from behavioural psychotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 393-8.
14. Cordioli, A.V., Heldt, E., Bochi, D.B., Margis, R., Sousa, M.B., Tonello, J.F., et al. (2003). Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 211-16.
15. Cordioli, A.V., Heldt, E., Bochi, D.B., Margis, R., Sousa, M.B., Tonello, J.F., et al. (2002). Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a clinical trial. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 24(3), 113-20.
16. Cottraux, J., Messy, P., Marks, I.M., Mollard, E., Bouvard, M. (1993). Predictive factors in the treatment of obsessive-compulsive disorders with fluvoxamine and or behavior therapy. *Behavioral Psychotherapy*, 21, 41-50.
17. De Haan, E., Van Oppen, P., Van Balkom, A.J.L.M., Spinhoven, P., Hoogduin, K.A.L., Van Dyck, R. (1997). Prediction of outcome and early vs. late improvement in OCD patients treated with cognitive behaviour therapy and pharmacotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 354-61.
18. De Vaugh-Geiss, J., Moroz, G., Biederman, J., Cantwell, D., Fontaine, R., Greist, J.H., Reichler, R., Katz, R., Landau, P. (1992). Clomipramine hydrochloride in childhood and adolescent obsessive-compulsive disorder - a multicenter trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 45-9.
19. Ferrão, Y.A., Shavitt, R.G., Bedin, N.R., De Mathis, M.E., Lopes, A.C., Fontenelle, L.F. et al. (2006). Clinical features of refractory obsessive-compulsive patients. *Journal of Affective Disorders*, 94, 199-209.

20. Flament, M.F. & Bisserbe, J.C. (1997). Pharmacologic treatment of obsessive-compulsive disorder: comparative studies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 18-22.
21. Fleck, M.P., Louzada, S., Xavier, M. (2000). Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-BREF. *Revista Saúde Pública*, 59(20), 22-33.
22. Foa, E.B., Abramowitz, J.S., Franklin, M.E., Kosak, M.J. (1999). Feared consequences, fixity of belief, and treatment outcome in patients with obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 30(4), 717-24.
23. Foa, E.B., Grayson, J.B., Steketee, G.S., Doppelt, H.G., Turner, R.M., Latimer, P.R. (1983). Success and failure in the behavioral treatment of obsessive-compulsives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(2), 287-97.
24. Fontenelle, L.F., Marques, C., Versiani, M. (2002). The effect of gender on the clinical features and therapeutic response in obsessive-compulsive disorder. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 24(1), 7-11.
25. Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, A.S., Mazure, C., Fleischmann, R.L., Hill, C.L., et al. (1989a). The Yale-Brown obsessive-Compulsive Scale (YBOCS): Part I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-11.
26. Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, A.S., Mazure, C., Delgado. P., Heninger, G.R., et al. (1989b). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (YBOCS): Part II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-6.
27. Guy, W. (1976). CGI. Clinical Global Impressions. In: ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Review of Education Rockville, MD, 217-22.

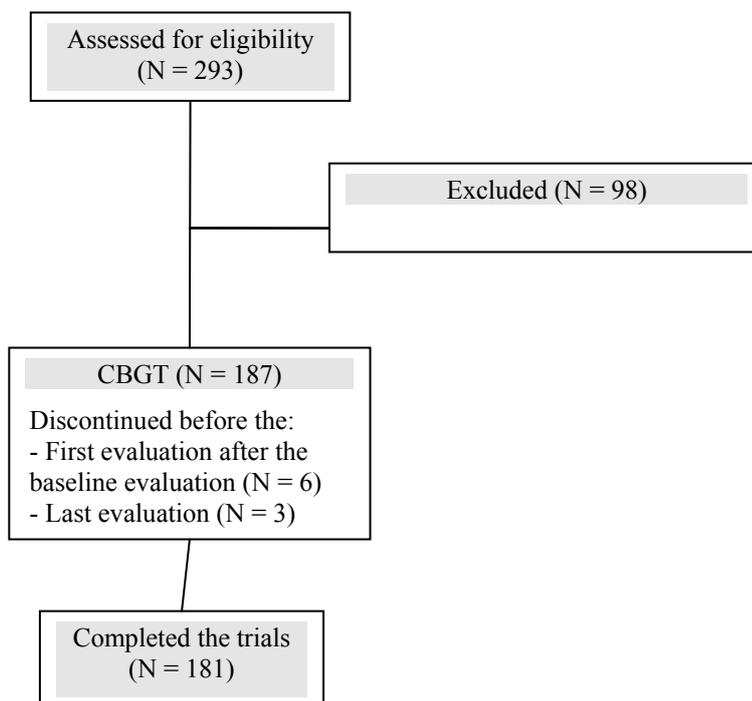
28. Hollander, E., Bienstock, C.A., Koran, L.M., Pallanti, S., Marazziti, D., Rasmussen, S.A., et al. (2002). Refractory obsessive-compulsive disorder: state-of-the-art treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(6), 20-9.
29. Hosmer, D.W.Jr., & Stanley, Lemeshow, S. (1989). *Applied logistic regression*. Ed. Jonh Wiley e Sons. New York: USA, 86.
30. Jenike, M.A. (1990). Approaches to the patient with treatment-refractory obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 15-21.
31. Kampman, M., Keijsers, G.P.J., Hoogduin, C.A.L., Verbraak, M.J.P.M. (2002). Addition of cognitive-behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder patients non-responding to fluoxetine. *Acta Psychiatrica Sacandinavica*, 106, 314-19.
32. Keijsers, G., Hoogduin, C., Schaap, C. (1994). Predictors of treatment outcome in the behavioural treatment of obsessive-compulsive disorder. *British Journal Psychiatry*, 165, 781-6.
33. Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., Walters, E.E. (2005). Lefetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives General Psychiatry*, 62, 593-602.
34. Kobak, K.A., Greist, J.H., Jefferson, J.W., Katzelnick, D.J., Henk, H.J. (1998). Behavioral versus pharmacological treatments of obsessive compulsive disorder: a meta-analysis. *Psychopharmacology*, 136, 205-16.
35. Koran, L.M., Thienemann, M.L., Davenport, R. (1996). Quality of life for patients with obsessive-compuylsive disorder. *American Journal of Psychiatric*, 153, 783-8.
36. 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. *British Journal of Psychiatry*, 169(1), 107-17.
37. March, J.S., Frances, A., Carpenter, D., Kahn, D.A. (1997). The expert consensus guideline series: treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(4), 3-72.
38. Mawson, D., Marks, I.M., Ramm, L. (1982). Clomipramine and exposure for chronic obsessive-compulsive rituals: III. Two year follow-up and further findings. *British Journal of Psychiatry*, 140, 11-8.
39. McDougle, C.J., Goodman, W.K., Price, L.H., Delgado, P.L., Krystal, J.H., Charney, D.S., Heninger, G.R. (1990). Neuroleptic addition in fluvoxamine-refractory obsessive-compulsive disorder. *American Journal Psychiatry*, 147, 652-4.
40. McLean, P.D., Whittal, M.L., Thordarson, D.S., Taylor, S., Söchting, I., Koch, W.J., et al. (2001). Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 205-14.
41. Miguel, E.C., Baer, L., Coffey, B.J., Rauch, S.L., Savage, C., O'Sullivan, R.L., et al. (1997). Phenomenological differences appearing with repetitive behaviors in obsessive-compulsive disorder and Gilles de la Tourette syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 170, 140-5.
42. Minichiello, W.E., Baer, L., Jenike, M.A. (1987). Schizotypal personality disorder: a poor prognostic indicator for behavior therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 273-6.
43. Neziroglu, F.A., Stevens, K.P., Yaryura-Tobias, J.A. (1999). Overvalued ideas and their impact on treatment outcome. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 21(4), 209-16.

44. O'Connor, K.P., Aardema, F., Robillard, S., Guay, S., Pélissier, M.C., Todorov, C., et al. (2006). Cognitive behaviour therapy and medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 408-19.
45. O'Connor, K., Todorov, C., Robillard, S., Borgeat, F., Brault, M. (1999). Cognitive-behaviour therapy and medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a controlled study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 64-71.
46. O'Sullivan, G., Noshirvani, H., Marks, I., Monteiro, W., Lelliott, P. (1991). Six-year follow-up after exposure and clomipramine therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 150-5.
47. Pato, M.T., Zohar-Kadouch, R., Zohar, J., Murphy, D.L. (1988). Return of symptoms after discontinuation of clomipramine in patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1521-2.
48. Picinelli, M., Pini, S., Bellantuono, C., Wilkinson, G. (1995). Efficacy of drug treatment in obsessive-compulsive disorder – a meta-analytic review. *British Journal of Psychiatry*, 166, 424-43.
49. Pigott, T. & Seay, S. (2000). Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder: overview and treatment-refractory strategies. In W.K. Goodman, M.V. Rudorfer, J.D. Maser (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder – contemporary issues in treatment* (pp. 277-82). London: Lawrence Erlbaum Associates Publ.
50. Rasmussen, S.A. & Eisen, J.L. (1994). Epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 5-14.
51. Rasmussen, S.A. & Eisen, J.L. (1992). The epidemiological and clinical features of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 743-58.

52. Rosário-Campos, M.C., Leckman, J.F., Mercadante, M.T., Shavitt, R.G., Prado, H.S., Sada, P., et al. (2001). Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1899-903.
53. Rufer, M., Fricke, S., Moritz, S., Kloss, M., Hand, I. (2006). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: prediction of cognitive-behavior therapy outcome. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 440-6.
54. Saxena, S., Maidment, K.M., Vapnik, T., Golden, G., Rishwain, T., Rosen, R.M. et al. (2002). Obsessive-compulsive hoarding: symptom severity and response to multimodal treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 21-7.
55. Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H. (1998). The MINI - International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22-33.
56. Skoog, G. & Skoog, I. (1999). A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 121-7.
57. Simpson, H.B., Gorfinkle, K.S., Liebowitz, M.R. (1999). Cognitive-behavior therapy as an adjunct to serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder: an open trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 584-90.
58. Souza, M.B., Isolan, L.R., Oliveira, R.R., Manfro, G.G., Cordioli, A.V. (2006). A randomized clinical trial of cognitive-behavioral group therapy and sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1133-9.
59. Steketee, G. (1997). Disability and family burden in obsessive-compulsive disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 919-28.

60. Steketee, G., Eisen, J., Dyck, I., Warshaw, M., Rasmussen, S.A. (1999). Predictors of course in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 89, 229-38.

**Figura 1 – Profile of Patient Flow From Recruitment Through Study Completion**

**Table 1 - Sociodemographic characteristics according to response to treatment and quality of life of patients and response to treatment**

Characteristics of sample	Total (n=181)	Responders (n=133)	Nonresponders (n=48)	P
Age M±SD	37.44 ± 12.52	37.86 ± 12.61	36.25 ± 12.30	0.445*
Sex n (%)				
Male	50 (27.6)	32 (24.1)	18 (37.5)	0.074**
Female	131 (72.4)	101 (75.9)	30 (62.5)	
Marital Status n (%)				
With a partner	87 (48.1)	65 (48.9)	22 (45.8)	0.847**
Without a partner	94 (51.9)	68 (51.1)	26 (54.2)	
Education n (%)				
Primary	28 (15.5)	21 (15.8)	7 (14.6)	0.223***
Secondary	91 (50.3)	62 (46.6)	29 (60.4)	
Higher	62 (34.3)	50 (37.6)	12 (25.0)	
Occupation n (%)				
Employed	88 (48.6)	69 (51.9)	19 (39.6)	0.196**
Unemployed	93 (52.4)	64 (48.1)	29 (60.4)	
WHOQOL–BREF				
Physical M±SD	59.57 ± 18.30	61.21 ± 17.74	55.05 ± 17.08	0.039*
Psychological M±SD	54.45 ± 15.75	56.85 ± 15.05	47.78 ± 13.93	<0.001*
Social M±SD	55.71 ± 19.35	57.33 ± 18.96	51.22 ± 17.58	0.053*
Environment M±SD	60.95 ± 15.92	62.38 ± 15.08	57.00 ± 15.85	0.038*

M=Mean; SD=Standard Deviation; \*Student *t* test \*\* chi-square test with Yates correction \*\*\* Pearson chi-square test

**Table 2 - Clinical characteristics of patients and response to treatment**

Clinical characteristics	Total (n=181)	Responders (n=133)	Nonresponders (n=48)	P
Baseline total Y-BOCS M±SD	26.07 ± 5.42	26.19 ± 5.13	25.75 ± 6.20	0.695*
Baseline Y-BOCS obsession M±SD	12.70 ± 3.12	12.68 ± 3.07	12.75 ± 3.30	0.901*
Baseline Y-BOCS compulsion M±SD	13.38 ± 2.96	13.44 ± 2.75	13.21 ± 3.49	0.684*
Baseline CGI M±SD	4.55 ± 0.81	4.45 ± 0.72	4.81 ± 0.96	0.007*
No. of comorbidities				
None	57 (31.5)	45 (33.8)	12 (25.0)	0.063***
One	48 (26.5)	39 (29.3)	9 (18.8)	
Two or more	76 (42.0)	49 (36.8)	27 (56.3)	
Comorbidities				
Dysthymia	35 (19.3)	21 (15.8)	14 (29.2)	0.072**
Social Phobia	43 (23.8)	26 (19.6)	17 (35.4)	0.044**
Insight				
No Insight	25 (13.8)	13 (9.8)	12 (25.0)	0.017**
Insight	156 (86.2)	120 (90.2)	36 (75.0)	
Type of symptoms				
Obsessions aggressive	59(32.6)	47(35.3)	12(25.0)	0.258**
Compulsions repeating	120(66.3)	93(69.9)	27(56.2)	0.104**
Compulsions checking	137(75.7)	104(78.2)	33(68.8)	0.266**

M=Mean; SD=Standard Deviation \*Student t test \*\* chi-square test with Yates correction \*\*\* Pearson chi-square test # Six patients did not know, did not answer (3.31%).

**Table 3 - Crude and adjusted odds ratio obtained in logistic regression analysis to evaluate predictors of response to GCBT**

<b>Variables *</b>	<b>OR<sub>crude</sub> (95%CI)</b>	<b>OR<sub>Adjusted</sub> (95%CI)</b>	<b>P</b>
<b>Sex</b>			
Male	1.00	1.00	
Female	<b>1.89 (0.93-3.84)</b>	<b>2.58 (1.15-5.80)</b>	<b>0.021</b>
<b>Occupation</b>			
With	1.65 (0.84-3.22)	1.58 (0.74-3.38)	0.242
Without	1.00	1.00	
<b>Psychological Domain (WHOQOL)</b>	<b>1.04 (1.02-1.07)</b>	<b>1.05 (1.01-1.09)</b>	<b>0.011</b>
<b>Social Domain (WHOQOL)</b>	1.02 (1.00-1.04)	0.99 (0.97-1.02)	0.668
<b>Physical Domain (WHOQOL)</b>	1.02 (1.00-1.04)	0.99 (0.96-1.02)	0.461
<b>Insight</b>			
Without	1.00	1.00	
With	<b>3.08 (1.29-7.33)</b>	<b>2.67 (1.04-6.89)</b>	<b>0.042</b>
<b>Baseline CGI</b>	<b>0.57 (0.37-0.87)</b>	<b>0.62 (0.39-0.99)</b>	<b>0.045</b>
<b>Repeating Compulsions</b>	1.81 (0.92-3.57)	1.89 (0.89-4.02)	0.099

\* All variables controlled for other variables at the same level and at higher levels. The outcome reference category is No Response. Variables with significance between 5% and 25% were retained in the model to control for confounding.

## 6) CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados encontrados, conclui-se que para o tratamento do TOC com a terapia cognitivo-comportamental em grupo no curto prazo:

- Pacientes do sexo masculino apresentaram pior resposta ao tratamento.
- Pacientes sem ou com baixo grau de juízo crítico (*insight*) sobre a doença apresentaram pior resposta ao tratamento.
- Pacientes com maiores escores no domínio psicológico da escala WHOQOL-BREF, ou com uma melhor qualidade de vida neste domínio, apresentaram melhores resultados com o tratamento.
- Pacientes com maior gravidade global do TOC antes do início do tratamento apresentaram pior resposta à TCCG.

Outros fatores, cuja associação com a resposta terapêutica merece maiores investigações, devido às tendências encontradas pela análise univariada são:

- O número de comorbidades associadas ao TOC, já que encontramos que quanto mais comorbidades associadas, maiores são as chances destes pacientes apresentarem pior resposta ao tratamento.

- A comorbidade com distímia e com fobia social, que se associaram a um menor grau de resposta ao tratamento.
- A presença de rituais de repetição, que se associou a um menor grau de resposta ao tratamento.
- A presença de uma melhor qualidade de vida antes do início do tratamento, cujos escores dos domínios estimados pela WHOQOL-BREF se associaram a uma melhor resposta à TCCG, embora somente o domínio psicológico tenha restado significativo após a análise de regressão.

Embora não tenha sido objeto deste trabalho, também verificamos que a TCCG pode ser considerada um tratamento efetivo para o TOC tendo em vista que, além de ser eficaz com 73,5% dos pacientes, reduz, em média, em 53,7% a intensidade dos sintomas obsessivo-compulsivos. Caberia ainda verificar não apenas a existência de fatores preditores da remissão completa dos sintomas, mas também as características dos pacientes que obtiveram remissão parcial, pois foram classificados nesta categoria de resposta um número significativo de indivíduos (46,4%).

A identificação de fatores associados à melhora ou não dos sintomas do TOC está ainda longe de ser totalmente esclarecida. As razões podem estar relacionadas à heterogeneidade do TOC e das amostras utilizadas nos diferentes estudos, além da não padronização das técnicas psicoterápicas utilizadas. Outra explicação seria que nas situações clínicas, múltiplos fatores agem em conjunto para produzir efeitos. As variáveis podem relacionar-se entre si, além de se relacionarem com o desfecho de interesse. O efeito de uma pode ser modificado pela presença de outras, podendo a soma dos efeitos de duas ou mais variáveis ser maior que a soma de seus efeitos individuais (FLETCHER et

al., 1996). Por fim, é possível que fatores não específicos relacionados com a pessoa do terapeuta, a qualidade da relação terapêutica, além da motivação e capacidade de tolerar frustração por parte do paciente possam exercer um papel importante que não tem sido avaliado pelas pesquisas – Em uma revisão de mais de 100 estudos sobre psicoterapias em geral, LAMBERT e BARLEY (2002) fundamentaram que os fatores extra-terapêuticos (suporte social, suporte familiar, eventos estressantes de vida, entre outros) explicariam 40% da melhora.

## 7) APRESENTAÇÕES EM CONGRESSOS

- Preditores da resposta, em curto prazo, à terapia cognitivo-comportamental em grupo no transtorno obsessivo-compulsivo. Participação em mesa redonda no 5º Congresso da Sociedade Brasileira de Terapias Cognitivas, Rio de Janeiro, 2005.
- Preditores da resposta, em curto prazo, à terapia cognitivo-comportamental em grupo no transtorno obsessivo-compulsivo. Participação em mesa redonda na VII Jornada Gaúcha de Psiquiatria, Porto Alegre, 2005.
- Preditores da resposta, em curto prazo, à terapia cognitivo-comportamental em grupo no transtorno obsessivo-compulsivo. Apresentado como Pôster na Mostra de Pesquisa e Pós-Graduação, promovida pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.
- Preditores da resposta, em curto prazo, à terapia cognitivo-comportamental em grupo no transtorno obsessivo-compulsivo. Apresentado como Pôster na 25ª Semana Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2005.
- Preditores da resposta, em curto prazo, à terapia cognitivo-comportamental em grupo, no transtorno obsessivo-compulsivo.
- Preditores da resposta, em curto prazo, à terapia cognitivo-comportamental em grupo no transtorno obsessivo-compulsivo. Apresentado como Pôster na XXIII Jornada Sul-Rio-Grandense de Psiquiatria Dinâmica, em Porto Alegre, 2006.

- Preditores da resposta, em curto prazo, à terapia cognitivo-comportamental em grupo no transtorno obsessivo-compulsivo. Apresentado como Pôster na 26ª Semana Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2006.
- Preditores da resposta, em curto prazo, à terapia cognitivo-comportamental em grupo no transtorno obsessivo-compulsivo. Participação em mesa-redonda no VI Congresso da Sociedade Brasileira de Terapias Cognitivas, Gramado, 2007.

## **8) ANEXOS**

### 8.1) TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

A Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG) é uma nova modalidade de tratamento para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). Embora já tenha sido testada em outros países, ainda não existe no Brasil. Estudos realizados têm mostrado que é uma técnica efetiva, e vem sendo proposta como uma alternativa de tratamento para pacientes com TOC, ou eventualmente, como uma terapia complementar ao tratamento com medicamentos. Ela está especialmente indicada para aquelas pessoas que não desejam utilizar ou não toleram medicamentos. Além disso, temos um interesse especial em pesquisá-la, pois permite o tratamento de um número maior de pacientes, com um custo menor.

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

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

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

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

Eu, ....., fui informado dos objetivos e da justificativa da pesquisa, bem como a forma como será realizada, de forma clara e detalhada. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos e que, a qualquer momento, terei a liberdade de deixar de participar da pesquisa, sem prejuízo ao meu atendimento.

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

**Porto Alegre – Data .....**

Assinatura do Paciente

Assinatura do Pesquisador

## 8.2) IMPRESSÃO CLÍNICA GLOBAL

Nome do paciente ..... Data .....

Avaliador ..... Período .....

### GRAVIDADE GLOBAL DA DOENÇA

1. ( ) Normal: ausência de sintomas
2. ( ) Transtorno leve, duvidoso, transitório sem prejuízo funcional
3. ( ) Sintomas leves, prejuízo funcional leve
4. ( ) Sintomas moderados: desempenha com esforço
5. ( ) Moderada: sintomas intensos, desempenho limitado
6. ( ) Sintomas intensos: consegue desempenhar praticamente só com assistência
7. ( ) Sintomas extremamente graves: desempenho completamente comprometido

#### **Bibliografia:**

---

Guy W. ECDEU Assessment manual for psychopharmacology: publication 76-338. Washington, US Department of Health, Education and Welfare, 1976.

### 8.3) ESCALA DE SINTOMAS OBSESSIVO-COMPULSIVOS DE YALE-BROWN (Y-BOCS)

#### 1. Tempo ocupado pelos sintomas obsessivo-compulsivos

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

- 0 **Nenhum**
- 1 **Leve:** menos de uma hora/dia ou intrusões 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 **Nenhum**
- 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 **Nenhum**
- 1 **Leve:** não perturbador
- 2 **Moderado:** perturbador, mas ainda controlável
- 3 **Grave:** muito perturbador
- 4 **Muito grave:** mal-estar quase constante e incapacitante

#### 4. Resistência às obsessões

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

- 0 Faz sempre esforço para resistir, ou sintomas mínimos que não necessitam de resistência ativa
- 1 Tenta resistir na maior parte das vezes
- 2 Faz algum esforço para resistir
- 3 Cede a todas as obsessões sem tentar controlá-las, ainda que faça mas com alguma relutância
- 4 Cede completamente a todas as obsessões de modo voluntário

## 5. Grau de controle sobre os pensamentos obsessivos

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

### 0 Controle total

- 1 **Bom controle:** habitualmente capaz de interromper ou afastar as obsessões com algum esforço e concentração
- 2 **Controle moderado:** algumas vezes é capaz de interromper ou afastar as obsessões
- 3 **Controle leve:** raramente bem-sucedido; quando tenta interromper ou afastar as obsessões, consegue somente afastar a atenção com dificuldade
- 4 **Nenhum controle:** as obsessões são experimentadas como completamente involuntárias; raramente capaz, mesmo que seja momentaneamente, de alterar seus pensamentos obsessivos

Escores das Obsessões \_\_\_\_\_

## 6. Tempo gasto com comportamentos compulsivos

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

### 0 Nenhum

- 1 **Leve:** passa menos de uma hora/dia fazendo compulsões, ou ocorrência ocasional de comportamentos compulsivos
- 2 **Moderado:** passa uma a três horas/dia fazendo compulsões, ou execução freqüente de comportamentos compulsivos
- 3 **Grave:** passa de três a oito horas/dia fazendo compulsões, ou execução muito freqüente de comportamentos compulsivos
- 4 **Muito grave:** passa mais de oito horas/dia fazendo compulsões, ou execução quase constante de comportamentos compulsivos demasiado 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

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

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: \_\_\_\_\_

## 11. Crítica sobre as obsessões e compulsões – Capacidade de Insight

*Graduar o paciente levando em conta a opinião que expressou ou deixou transparecer quanto ao excesso ou não de suas crenças, e destas terem ou não sentido, usando os seguintes critérios:*

- 0 **Sem Insight:** definitivamente convencido de que suas preocupações e comportamentos são razoáveis, e é irredutível a evidências que sejam contrárias a tais convicções
- 1 **Insight Pobre:** sabe que as obsessões e compulsões não são razoáveis, mas as considera válidas, apesar de evidências em contrário
- 2 **Bom:** admite com alguma relutância que seus pensamentos ou comportamentos não são razoáveis, ou são excessivos; mas oscila. Tem alguns medos irrealis, mas não convicções fixas
- 3 **Muito Bom:** Dá-se conta de fato do absurdo ou excesso de pensamentos (obsessões) e comportamentos (rituais), mas não está claramente convencido de que tenham alguma relação com a aflição ou ansiedade que está por trás, ou pelo menos, tem dúvidas
- 4 **Excelente:** tem uma visão plenamente racional e clara de seus problemas

### **Bibliografia:**

---

Goodman WK, Price LH, Rasmussen AS, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown obsessive-Compulsive Scale (YBOCS): Part I. Development, use, and reliability. Arch Gen Psychiatry. 1989a; 46:1006-11.

Goodman WK, Price LH, Rasmussen AS, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, et al. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (YBOCS): Part II. Validity. Arch Gen Psychiatry. 1989b; 46:1012-6.

Asbahr FR, Lotufo Neto F, Bruzzi M, Rodrigues LR, Turecki GX, Lima MA, et al. Tradução brasileira da Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (YBOCS). Programa de distúrbio obsessivo-compulsivo do ambulatório de ansiedade do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Escola Paulista de Medicina – São Paulo, 1992.

#### 8.4) LISTA YALE-BROWN DE OBSESSÕES E COMPULSÕES (Y-BOCS CHECK LIST)

**Paciente:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinale com um "X" os sintomas que apresentou no passado ou que ainda existem no momento presente. Sublinhe os que considerar mais importantes. Obs.: Os itens assinalados com \* podem não ser sintomas do TOC.

#### OBSESSÕES

##### A. Obsessões com agressão:

<u>Atual</u>	<u>Passado</u>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	medo de ferir-se
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	medo de ferir os outros
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	imagens violentas ou horríveis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	medo de falar obscenidades ou insultar outras pessoas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	medo de fazer coisas que causem embaraço*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	medo de executar impulsos indesejáveis (Ex.: ferir amigos)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	medo de que possa roubar coisas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	medo de que possa ferir outros por não ter sido suficientemente cuidadoso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	medo de ser responsabilizado por algum acontecimento terrível. (Ex.: incêndio, assalto)

Outra(s) – descrever \_\_\_\_\_

##### B. Obsessões com contaminação:

<u>Atual</u>	<u>Passado</u>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	preocupação ou aversão a resíduos ou secreções corporais (Ex.: urina, fezes, saliva)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	preocupação com sujeira ou germes, ou pó
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	preocupação excessiva com contaminantes ambientais (Ex.: asbesto, radiação, lixo tóxico)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	preocupação excessiva com itens de limpeza do lar (Ex.: detergentes, solventes)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	preocupação excessiva com animais (Ex.: insetos)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	preocupação de que possa ficar doente por causa do contato com contaminantes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	preocupação de que outros possam ficar doentes pela disseminação de contaminantes (agressivo)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nenhuma outra preocupação além da sensação de estar contaminado*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	incomodo com substâncias viscosas ou resíduos.

Outra(s) \_\_\_\_\_

**C. Obsessões com conteúdo sexual:**

<u>Atual</u>	<u>Passado</u>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pensamentos, imagens ou impulsos sexuais perversos ou proibidos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	envolvendo crianças ou incesto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	envolvendo homossexualidade*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	comportamento sexual em relação a outros (agressivo)*

Outra(s) \_\_\_\_\_

---

**D. Obsessões de armazenagem e poupança:** (coleccionar, guardar objetos inúteis) – distinguir de hobbies e preocupação com objetos de valor sentimental ou monetário.

Descrever: \_\_\_\_\_

---

**E. Obsessões religiosas:** (escrupulosidade)

<u>Atual</u>	<u>Passado</u>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	preocupação excessiva com blasfêmias ou sacrilégios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	excesso de preocupação com certo/errado e moral

Outra(s) \_\_\_\_\_

---

**F. Obsessões de simetria, exatidão ou alinhamento:**

<u>Atual</u>	<u>Passado</u>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	acompanhadas por pensamento mágico (p .ex. preocupação que a mãe sofrerá um acidente a menos que as coisas estejam no local exato)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	não acompanhadas por pensamento mágico

**G. Obsessões diversas:**

<u>Atual</u>	<u>Passado</u>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	necessidade de saber ou lembrar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	medo de dizer certas coisas ou palavras
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	medo de não dizer a coisa de maneira exata ou correta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	medo de perder coisas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	imagens intrusivas (não violentas)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sons, palavras ou música intrusivas insensatas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	incomodação por certos sons/barulhos*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	preocupação excessiva com determinados números, palavras
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	preocupação excessiva com cores (significado especial)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	medos supersticiosos

Outra(s) \_\_\_\_\_

---

**H. Obsessões somáticas:**

<u>Atual</u>	<u>Passado</u>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	preocupação excessiva com doenças*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	preocupação excessiva com partes ou aspecto do corpo (Ex.: dismorfobia)*

Outra(s) \_\_\_\_\_

---

**COMPULSÕES****A. Compulsões por limpeza/lavagem:**

<u>Atual</u>	<u>Passado</u>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lavagem excessiva ou ritualizada das mãos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	banho, escovar dentes, arrumação ou rotina de higiene excessivas ou ritualizadas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	envolver-se excessivamente com itens de limpeza da casa ou objetos (talheres, móveis, etc)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	outras medidas para prevenir ou evitar contato com contaminantes

Outra(s) – descrever: \_\_\_\_\_

---

**B. Compulsões de verificação ou controle:**

<u>Atual</u>	<u>Passado</u>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	verificar fechaduras, fogão, utensílios, etc.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	verificar várias vezes se feriu ou não outros
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	verificar se não se feriu ou não se não vai ferir outros
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	verificar se nada de terrível aconteceu ou vai acontecer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	verificar se não cometeu nenhum erro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	verificações ligadas ao corpo ou a doenças

Outra(s) \_\_\_\_\_

---

**C. Repetições:**

<u>Atual</u>	<u>Passado</u>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	reler ou reescrever repetidamente parágrafos, páginas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	necessidade de repetir atividades rotineiras (Ex.: sair/entrar pela porta, sentar/levantar da cadeira)

Outra(s) \_\_\_\_\_

---

**D. Compulsões de contagem:**

<u>Atual</u>	<u>Passado</u> (descrever)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_

---

**E. Compulsões por ordem/arranjos/seqüências**

<u>Atual</u>	<u>Passado</u>	
()	()	Necessidade de simetria, seqüência, ou alinhamento
Outra(s) _____		

---

**F. Compulsões por acumular/coleccionar:**

Distinguir de hobbies e preocupação com objetos de valor monetário ou sentimental – Ex.: ler cuidadosamente correspondência inútil, empilhar jornais velhos, preocupação por lixo, colecionar objetos inúteis)

<u>Atual</u>	<u>Passado (descrever)</u>	
()	()	_____

---

**Compulsões diversas:**

<u>Atual</u>	<u>Passado</u>	
()	()	rituais mentais (outros além de contar/checar, repetir mentalmente)
()	()	fazer listagens excessivas
()	()	necessidade de perguntar, falar ou confessar
()	()	necessidade de tocar, bater de leve ou roçar em objetos*
()	()	rituais envolvendo piscar, ou olhar fixamente*
()	()	medidas para evitar ferir-se ( ), ferir a outros ( ) ou evitar Conseqüências desastrosas ou ruins ( ). Descrever as medidas: _____
()	()	comportamentos ritualizados para comer*
()	()	comportamentos supersticiosos
()	()	tricotilomania (arrancar cabelos)*
()	()	outros comportamentos auto - mutilantes ou auto – danosos (beliscar-se, picar-se)*

**Outros comportamentos não descritos:** \_\_\_\_\_

---

**Bibliografia:**

Goodman WK, Price LH, Rasmussen AS, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown obsessive-Compulsive Scale (YBOCS): Part I. Development, use, and reliability. Arch Gen Psychiatry. 1989a; 46:1006-11.

Goodman WK, Price LH, Rasmussen AS, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, et al. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (YBOCS): Part II. Validity. Arch Gen Psychiatry. 1989b; 46:1012-6.

Asbahr FR, Lotufo Neto F, Bruzzi M, Rodrigues LR, Turecki GX, Lima MA, et al. Tradução brasileira da Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (YBOCS). Programa de distúrbio obsessivo-compulsivo do ambulatório de ansiedade do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Escola Paulista de Medicina – São Paulo, 1992.

## **8.5 WHOQOL- ABREVIADA: Versão em Português**

## WHOQOL-BREF

### Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

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

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

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

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

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

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

As questões seguintes perguntam sobre <b>quão completamente</b> você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de	1	2	3	4	5

	aceitar sua aparência física?					
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5

19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
--	--	-------	---------------	----------------	----------------------	--------

26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....

**Você tem algum comentário sobre o questionário?**

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

### **Bibliografia**

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