

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



**Fatores associados à Acomodação Familiar
em pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo**

Aluna: Juliana Braga Gomes
Orientador: Prof. Dr. Aristides Volpato Cordioli

Porto Alegre, março de 2011

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



**Fatores associados à Acomodação Familiar
em pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo**

Aluna: Juliana Braga Gomes
Orientador: Prof. Dr. Aristides Volpato Cordioli

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

Porto Alegre, março de 2011

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Aristides Volpato Cordioli, pelo apoio, confiança, disponibilidade e amizade, o que foi de grande valia para o meu crescimento profissional.

Aos pacientes e seus familiares, por terem aceitado participar da pesquisa e serem solícitos em todos os momentos.

A toda equipe de pesquisa, pelo aprendizado e amizade, em especial a Analise Vivian, Cristiane Bortoncello, Daniela Braga, Elisabeth Meyer e Lucas Lovato.

A estatística Ceres Oliveira, pela colaboração na realização deste trabalho.

A minha família, em especial aos meus pais, pelo amor, dedicação e incentivo, sempre acreditando em minhas capacidades. Aos meus avós, irmãos, cunhadas e sobrinho por todo afeto e proximidade. Ao meu namorado Henrique, pelo amor, companheirismo e apoio durante todos esses anos em que estamos juntos. À minha querida cachorrinha Zuca, companheira de todas as horas.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria da UFRGS.

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

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

“Somos o que pensamos. Tudo o que somos surge com nossos pensamentos. Com nossos pensamentos, fazemos o nosso mundo.”

Buda

RESUMO

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é um transtorno crônico que causa prejuízos significativos tanto para o paciente como para os seus familiares. De um modo geral, interfere no funcionamento familiar, pois muitas vezes leva os membros de uma família a modificar suas rotinas em função dos sintomas do paciente. As mudanças de comportamentos dos familiares em decorrência desses sintomas são chamadas de Acomodação Familiar (AF). O presente estudo teve como objetivos: primeiramente traduzir e adaptar para o português a Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder: Interviewer-Rated (FAS-IR) e, em segundo lugar, examinar se fatores sociodemográficos e clínicos estão ou não associados à AF. Após realizada a tradução e adaptação da escala, foi realizada a segunda etapa do trabalho com uma amostra ambulatorial constituída de 114 pacientes com TOC e seus respectivos familiares. Para avaliação dos sintomas obsessivo-compulsivos (OC) nos pacientes, foram aplicadas as seguintes escalas: DY-BOCS, Y-BOCS e CGI. Para analisar sintomas de depressão e ansiedade, foram aplicados o BDI e o BAI, e para a verificação de possíveis comorbidades, o SCID. Nos familiares, para avaliar a AF foi aplicada a FAS-IR, e para verificação de sintomas OC, a Y-BOCS e a OCI-R. Dois modelos de regressão linear múltipla foram utilizados: o primeiro modelo foi utilizado para avaliar a relação entre as variáveis do paciente e a AF; já o segundo foi utilizado para avaliar as variáveis do familiar e a AF. Averiguou-se que a AF era altamente prevalente entre os familiares na população em estudo. O fator do paciente associado positivamente com a AF foi gravidade do TOC, enquanto AF estava associada inversamente a pior dimensão do paciente ser obsessões com conteúdo agressivo. As características dos familiares associadas positivamente com AF foram sintomas OC nos familiares e o familiar ser o cônjuge do paciente. A AF é muito comum nas famílias de portadores do TOC, mas ainda são pouco conhecidas as razões que levam os familiares a mudarem seu comportamento. É importante estar atento a esse fato, pois tais comportamentos de acomodação podem servir de reforço aos sintomas do paciente e conseqüentemente contribuir para sua manutenção.

Palavras-chave: Transtorno Obsessivo-Compulsivo; Acomodação Familiar; preditores; sintomas (dimensão).

ABSTRACT

Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is a chronic disorder that causes significant impairments both to patient and his/her family members. Generally, it interferes with familiar functioning, since it frequently drives family members to modify their routines because of the patient's symptoms. Changes on family members' behaviors as a consequence of these symptoms are termed as Family Accommodation (FA). The present study aimed at: firstly translate into and adapt to Portuguese the Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder: Interviewer-Rated (FAS-IR) and, secondly, to examine whether or not socio-demographic and clinical factors are associated to FA. After the scale was translated and adapted into Portuguese, the second step of the research was performed with an outpatient sample comprised 114 patients with OCD and their respective family members. To evaluate the obsessive-compulsive (OC) symptoms on patients, the following scales were applied: DY-BOCS, Y-BOCS, and CGI. To analyze depressive and anxiety symptoms, the BDI and BAI scales were used, and to verify possible comorbidities, the SCID. On family members, to evaluate the FA, FAS-IR was applied, and to verify the OC symptoms, the Y-BOCS and OCI-R scales. Two multiple linear regression models were used: the first one was used to evaluate the relationship between patient's variables and the FA; and the second one, to evaluate the relationship between family member's variables and the FA. It was noted that FA was highly prevalent among the family members in the studied population. The patient's factor positively associated with FA was OCD severity, whereas FA was inversely associated with the patient's worst dimension being obsessions with aggressive content. Family members' characteristics positively associated with FA were OC symptoms in family members and the family member being the patient's spouse. The FA is highly common among OCD carriers' families, but the reasons that drive family members to modify their own behaviors are not yet well known. It is important to be aware of this fact, since these accommodation behaviors may serve as a reinforcer of the patient's symptoms, and, consequently, contribute in keeping them.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder; Family Accommodation; predictors; symptoms (dimension).

LISTA DE ABREVIATURAS

AF	Acomodação Familiar
BAI	Beck Anxiety Inventory
BDI	Beck Depression Inventory
CAPES	Centro de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior
CBGT	Cognitive Behavioral Group Therapy
CGI	Clinical Global Impressions Scale
DY-BOCS	Dimensional Yale-Brown Obsessive–Compulsive Scale
FA	Family Accommodation
FAS	Family Accommodation Scale
FAS-IR	Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder: Interviewer-Rated
FIPE	Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
OC	Obsessivo-Compulsivos
OCD	Obsessive-Compulsive Disorder
OCI-R	Obsessive Compulsive Inventory Revised
SCID	Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCCG	Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo
TOC	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Y-BOCS	Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Página

Artigo 1

Figure 1: Flowchart showing the steps involved in the translation, adaptation and back-translation of the Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder – Interviewer-Rated	27
Table 1: Sources of difficulty and changes made to the scale item during and after the adaptation process	28

Artigo 2a

Tabela 1: Características demográficas e clínicas da amostra de pacientes e de familiares.....	55
Tabela 2: Escores da Escala de Acomodação Familiar (FAS-IR).....	56
Tabela 3: Associação das variáveis contínuas com a acomodação familiar (coeficiente de correlação de Spearman (r_s)).....	57
Tabela 4: Análise de regressão linear múltipla.....	58

Artigo 2b

Table 1: Demographic and clinical characteristics from the patients and family members' sample.....	77
Table 2: Family Accommodation Scale (FAS-IR) Scores.....	78
Table 3: Association of the continuous variables with family accommodation (Spearman correlation coefficient (r_s)).....	79
Table 4: Multiple Linear Regression Analysis.....	80

APRESENTAÇÃO

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) vem sendo estudado pelo grupo de pesquisa do Prof. Dr. Aristides Cordioli há 10 anos. Ao longo desse período foram tratados inúmeros pacientes com a terapia cognitivo-comportamental. No decorrer dos grupos de tratamento, foram observadas as interferências dos sintomas não só na vida dos pacientes como na de muitos familiares, sendo que em muitos casos estes acabavam envolvidos nos rituais dos pacientes. Esses comportamentos por parte dos familiares têm sido chamados de acomodação familiar (AF), um fenômeno que pode interferir no tratamento do paciente. A partir dessas constatações, vimos a importância de estudarmos a AF nos pacientes que buscavam tratamento.

A presente dissertação teve dois objetivos gerais. Inicialmente foi feita a tradução e adaptação para o português da Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder: Interviewer-Rated. Em sequência, o segundo objetivo foi averiguar a ocorrência da AF em portadores do TOC e verificar se variáveis sociodemográficas e clínicas estavam associadas ou não a essa acomodação.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 <i>Transtorno Obsessivo-Compulsivo</i>	10
1.2 <i>Transtorno Obsessivo-Compulsivo e as influências na família</i>	10
1.3 <i>O fenômeno da Acomodação Familiar</i>	11
1.4 <i>Prevalência da AF e variáveis associadas</i>	12
1.5 <i>Comportamentos familiares x tratamentos</i>	13
1.6 <i>Orientações e manejo</i>	13
2. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	15
3. OBJETIVOS	16
3.1 <i>Objetivos gerais</i>	16
3.2 <i>Objetivos específicos</i>	16
4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	17
5. REFERÊNCIAS	18
6. ARTIGO	21
6.1 <i>Artigo 1: Translation and adaptation into Brazilian Portuguese of the Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder: Interviewer-Rated (FAS-IR)</i>	21
6.2 <i>Artigo 2a: Fatores Associados à Acomodação Familiar no Transtorno Obsessivo-Compulsivo</i>	45
6.3 <i>Artigo 2b: Factors Associated with Family Accommodation in Obsessive-Compulsive Disorder</i>	67
7. CONCLUSÕES	88
8. APRESENTAÇÃO PARCIAL DOS RESULTADOS	89
ANEXOS	91
Anexo 1: <i>Autorização para tradução da FAS-IR</i>	92
Anexo 2: <i>Termo de Consentimento para o paciente</i>	93
Anexo 3: <i>Termo de Consentimento para o familiar</i>	94

1. INTRODUÇÃO

1.1 Transtorno Obsessivo-Compulsivo

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é caracterizado pela presença de sintomas que envolvem alterações do pensamento (obsessões) e alterações do comportamento (rituais e evitações). Os rituais ou compulsões são atos voluntários e repetitivos realizados com a intenção de aliviar a ansiedade, o medo ou o desconforto associados às obsessões (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002). Acomete principalmente indivíduos jovens ao final da adolescência, embora os primeiros sintomas podem se manifestar na infância. Seu curso geralmente é crônico e, se não tratado, se mantém por toda a vida, raramente desaparecendo por completo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

O início dos sintomas obsessivo-compulsivos (OC) nem sempre é percebido, e poucos familiares são capazes de descrever o momento exato em que a pessoa apresentou os primeiros sintomas (STENGLER-WENZKE et al., 2004). É um transtorno mental que acomete 1 em cada 40 indivíduos, sendo que os familiares de portadores do TOC têm quatro vezes mais chances de desenvolver a doença (HETTEMA; NEALE; KENDLER, 2001).

Esse transtorno causa sofrimento e interfere significativamente na vida do indivíduo, com prejuízos, principalmente, nas relações sociais e familiares e no desempenho ocupacional. No entanto, apesar do impacto no cotidiano, um estudo multicêntrico verificou que o tempo médio entre o início dos sintomas e a busca por tratamento chegou a 18,1 anos (MIGUEL et al., 2008). A demora em buscar tratamento especializado pode acontecer pelo receio de que muitos pacientes apresentam de expor seus sintomas por vergonha, na tentativa de evitar possíveis humilhações.

1.2 Transtorno Obsessivo-Compulsivo e as influências na família

Portadores do TOC sofrem com as dúvidas e indecisões que são sintomas frequentes nesse transtorno. Acabam necessitando de reassuramentos e

consequentemente envolvendo os familiares em seus rituais. Incapazes de cuidar de si mesmos devido à gravidade de seus sintomas, contam fortemente com suas famílias, cujas vidas são significativamente alteradas (COOPER, 1996).

Em um estudo, Cooper (1993) examinou 225 familiares de adultos com TOC e relatou que 75% experimentaram algum conflito nas suas vidas devido ao transtorno, incluindo perda de relacionamentos pessoais e diminuição das atividades de lazer. Um estudo posterior, realizado por meio de entrevistas com familiares, comprovou que morar com pessoas que têm TOC gera sentimentos de frustração, raiva e culpa, além da perda de atividades sociais com outros familiares (COOPER, 1996). Em linha com esse achado, Amir, Freshman e Foa (2000) verificaram que os familiares eram mais depressivos quando tinham que modificar suas rotinas em resultado do TOC de um familiar.

O TOC tem um impacto negativo na qualidade de vida tanto dos pacientes quanto dos familiares. Stengler-Wenzke e Angermeyer (2002) confirmaram que os sintomas OC podem influenciar alguns aspectos da qualidade de vida subjetiva de familiares de pacientes. Por isso, sugerem que tanto pacientes como seus familiares deveriam regularmente entrar no processo de tratamento.

1.3 O fenômeno da Acomodação Familiar

O processo pelo qual os familiares auxiliam ou participam dos rituais dos pacientes é chamado de acomodação familiar (AF). Isso inclui comportamentos como sentir-se obrigado a auxiliar um parente com TOC quando ele/ela está realizando um ritual ou respeitar as regras rígidas que o TOC impõe ao paciente, muitas vezes com o intuito de minimizar a sua ansiedade (RACHMAN; HODGSON, 1980; LIVINGSTON-VAN NOPPEN et al., 1990; CALVOCORESSI et al., 1995; COOPER, 1996).

Em seu estudo, Calvocoressi et al. (1995) analisaram a frequência e a natureza da AF no TOC e as consequências de não participar dos rituais do paciente. Foi possível observar que a maioria dos familiares participa das compulsões e assume responsabilidades que seriam do paciente, ou seja, os familiares acomodam-se aos sintomas. Para a realização desse estudo, os autores desenvolveram a Family Accommodation Scale (FAS), um questionário de 12 itens para avaliar a natureza e a frequência dos comportamentos de acomodação dos

familiares de pessoas com TOC (CALVOCORESSI et al., 1995). A FAS é um instrumento confiável e válido, sendo amplamente utilizado para avaliar a AF nos casos de TOC. Essa escala foi revisada e ampliada em 1999 (CALVOCORESSI et al., 1999).

1.4 Prevalência da AF e variáveis associadas

Os estudos envolvendo a FAS encontraram um alto grau de acomodação por parte dos familiares, com prevalências de 88,2% (CALVOCORESSI et al., 1995), 89% (CALVOCORESSI et al., 1999), 90% (RAMOS-CERQUEIRA et al., 2008) e 96,9% (STEWART et al., 2008).

O índice de AF mostrou correlações diretas moderadas com as intensidades dos sintomas ansiosos e depressivos, medidas tanto pela escala de Beck quanto pela de Hamilton (FERRÃO; FLORÃO, 2010) e também correlação positiva e significativa com os escores da Escala Obsessivo-Compulsivo de Yale-Brown (Y-BOCS) dos familiares (CALVOCORESSI et al., 1999). Alguns familiares que exibem seus próprios sintomas OC podem estar se acomodando aos sintomas dos pacientes ou promovendo-os como uma extensão de seus próprios comportamentos sintomáticos (CALVOCORESSI et al., 1999; PERIS et al., 2008). Os comportamentos mais comuns são: reassegurar (tranquilizar) e participar dos rituais do paciente (CALVOCORESSI et al., 1995; PERIS et al., 2008; STEWART et al., 2008; ALBERT et al., 2010).

Estudos verificaram que a AF acontece independentemente da idade, do sexo ou do grau do parentesco (CALVOCORESSI et al., 1999; ALBERT et al., 2010). Por outro lado, pesquisas recentes observaram que a AF era particularmente frequente quando o paciente apresentava sintomas acentuados de contaminação e lavagem (ALBERT et al., 2010; FERRÃO; FLORÃO, 2010). Já a relação entre AF e gravidade dos sintomas OC foi encontrada em alguns estudos anteriores (CALVOCORESSI et al., 1995; CALVOCORESSI et al., 1999; FERRÃO et al., 2006; STORCH et al., 2007; PERIS et al., 2008; RAMOS-CERQUEIRA et al., 2008; STEWART et al., 2008; VAN NOPPEN; STEKETEE, 2009).

Resultados preliminares sugerem que uma maior AF está associada a uma menor resposta à terapia cognitivo-comportamental e/ou à farmacoterapia (AMIR; FRESHMAN; FOA, 2000; FERRÃO et al., 2006; VAN NOPPEN; STEKETEE, 2009).

1.5 Comportamentos familiares x tratamentos

Em um estudo confirmou-se que a resposta ao tratamento do paciente talvez seja retardada pela acomodação e pela angústia familiar (AMIR; FRESHMAN; FOA, 2000). Relatos clínicos informais sugerem que as respostas emocionais e comportamentais dos familiares aos sintomas do TOC podem influenciar a gravidade desse transtorno (STEKETEE et al., 1998; VAN NOPPEN; STEKETEE, 2003).

A emoção expressa, definida como padrões de interação críticos, hostis ou emocionalmente superenvolvidos entre os familiares e o paciente, parece prever uma resposta inicial fraca para tratamento do TOC ou recaída após tratamento bem-sucedido (CHAMBLESS; STEKETEE, 1999). Outra questão é que altos níveis de ansiedade e depressão dos pais são proporcionais ao grau de acomodação (CALVOCORESSI et al., 1995; CALVOCORESSI et al., 1999; AMIR; FRESHMAN; FOA., 2000; RAMOS-CERQUEIRA et al., 2008).

Os estudos anteriores mostraram que alguns comportamentos dos familiares acabam trazendo prejuízos para os pacientes. Van Noppen et al. (1991) indicam que algumas famílias podem se tornar “divididas”, com um familiar engajado em acomodação enquanto outro se opõe, e outras famílias podem oscilar entre esses dois tipos de resposta.

Devido à constatação de que a AF está associada a resultados menos satisfatórios para o tratamento, reduzi-la poderia tornar-se um importante objetivo clínico em si. É possível que intervenções que visem à redução da AF gerem uma melhora significativa dos sintomas OC. Ao investigar quais fatores estão associados à AF será possível criar essas intervenções mais específicas.

1.6 Orientações e manejo

A maioria dos familiares avaliados por Calvocoressi et al. (1999) não sentiu que as acomodações feitas diminuíram os sintomas e/ou melhoraram o funcionamento do paciente. Essas constatações sugerem que muitos provavelmente são receptivos a intervenções como a psicoeducação que tenham o objetivo de diminuir o estresse familiar e apoiar maneiras mais funcionais de responder aos sintomas dos pacientes (CALVOCORESSI et al., 1999). Pacientes que tiveram a intervenção familiar no tratamento mostraram uma melhora continuada, enquanto os

pacientes tratados individualmente não obtiveram ganhos, sugerindo que a participação da família no tratamento pode ser especialmente útil (VAN NOPPEN, 1997).

Em seu estudo, Stengler-Wenzke et al. (2004) salientou a importância da formação de uma aliança no processo terapêutico entre profissionais, pacientes e seus familiares. Os clínicos devem considerar as preocupações dos familiares de que, sem suas acomodações, a ansiedade ou a raiva dos pacientes poderiam aumentar. A aflição vivida por esses familiares correlacionou positivamente com o nível em que se acomodavam aos sintomas dos pacientes (CALVOCORESSI et al., 1995).

2. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

O TOC é um transtorno heterogêneo com manifestações bastante diversas. Pouco se sabe se a AF varia em razão dos tipos de sintomas que os pacientes apresentam e a sua gravidade, e se eventualmente sintomas OC nos familiares podem influenciar essa acomodação. Por isso, ter um instrumento em português que avalie esse fenômeno será de grande importância para poder avançar nas pesquisas que envolvam o TOC e a dinâmica familiar.

Em relação aos fatores associados com a AF somente um estudo avaliou as dimensões do TOC por meio da Escala Dimensional de Sintomas Obsessivo-Compulsivos de Yale-Brown (DY-BOCS) associadas à AF, contudo a amostra era pequena (FERRÃO; FLORÃO, 2010). Em relação às variáveis dos familiares, não foi encontrado nenhum estudo que tenha avaliado as dimensões dos sintomas dos familiares que possam estar envolvidas na AF. Desta forma, tornam-se necessárias mais pesquisas que enfoquem essa questão.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivos Gerais

- Traduzir e adaptar para o português a Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder: Interviewer-Rated (FAS-IR).
- Verificar a associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas de pacientes com TOC e seus familiares com a AF.

3.2 Objetivos específicos

- Verificar a prevalência de AF.
- Identificar quais os comportamentos dos familiares em relação aos sintomas OC são mais prevalentes.
- Verificar se a AF está relacionada com a gravidade dos sintomas.
- Observar se as dimensões do TOC estão associadas ao grau de AF.
- Analisar se os sintomas OC nos familiares estão associados ao grau de AF.

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo está de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução n.º 196/96, BRASIL, 1996) e foi submetido ao Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, aprovado com o n.º 08-566.

Todos os participantes receberam os esclarecimentos necessários sobre os objetivos do projeto. Foi garantida sua confidencialidade, assim como a possibilidade de recusa ou abandono da pesquisa em qualquer momento da aplicação.

Foram fornecidos dois termos de consentimento livre e esclarecido, um para o paciente autorizar a participação do familiar (Anexo 2), e outro para o familiar participar da pesquisa (Anexo 3).

Este estudo envolveu somente riscos associados ao questionamento e obtenção de informações dos pacientes e de seus familiares. O pesquisador garantiu a confidencialidade das informações. Os instrumentos preenchidos foram arquivados, confidencialmente, e serão guardados pelo período de 5 anos da data da pesquisa.

5. REFERÊNCIAS

- ALBERT, U. et al. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder: Relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics. *Psychiatry Research*, 179, 2010, p. 204-211.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. DSM - IV- TR. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- AMIR, N.; FRESHMAN, M.; FOA, E. B. Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 2000, p. 209-217.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 1996, p. 21082-21085.
- CALVOCORESSI, L. et al. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1995, p. 441-443.
- CALVOCORESSI, L. et al. Reliability and validity of the family accommodation scale for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 187, 1999, p. 636-642.
- CHAMBLESS, D. L.; STEKETEE, G. Expressed emotion and behaviour therapy outcome: a prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 1999, p. 658-665.
- COOPER, M. A group for families of obsessive-compulsive persons. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, May, 1993, p. 301-307.
- _____. Obsessive-compulsive disorder: effects on family members. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 1996, p. 296-304.
- FERRÃO, Y. A.; FLORÃO, M. S. Acomodação familiar e criticismo percebido em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(1), 2010, p. 34-43.
- FERRÃO, Y. A. et al. Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 94, 2006, p. 199-209.

- HETTEMA, J. M.; NEALE, M. C.; KENDLER, K. S. A review and meta-analysis of genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 2001, p. 1568-1578.
- LIVINGSTON-VAN NOPPEN, B. et al. Family function and treatment in obsessive-compulsive disorder. In: JENIKE, M.; BAER, L.; MINICHIELLO, W. E. (Eds.), *Obsessive Compulsive Disorder: Theory and Management*. Chicago: Year Book Medical Publishers, 2nd edn, 1990, p. 325–340.
- MIGUEL, E. et al. The Brazilian research consortium on obsessive-compulsive spectrum disorders: recruitment, assessment instruments, methods for the development of multicenter collaborative studies and preliminary results. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 30, n. 3, 2008, p. 185-196.
- PERIS, T. S. et al. Correlates of accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder: parent, child, and family characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(10), 2008, p. 1-9.
- RACHMAN, S.; HODGSON, R. *Obsessions and Compulsions*. Englewood Cliffs. NJ: Prentice Hall, 1980.
- RAMOS-CERQUEIRA, A. T. et al. Emotional burden in caregivers of patients with obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 25, 2008, p. 1020-1027.
- STEKETEE, G. et al. Expressed emotion in families and the treatment of obsessive compulsive disorder. *Session: Psychotherapy in Practice*, v. 4, 1998, p. 73-91.
- STENGLER-WENZKE, K.; ANGERMEYER, M. C. Ambulante Gruppentherapie für Patienten mit Zwangserkrankungen und deren Angehörige [Behavioral group therapy for patients with OCD and family members]. *Psychiatrische Praxis*, 29, 2002, p. 136-141.
- STENGLER-WENZKE, K. et al. Subjective burden and coping strategies of relatives of patients with OCD. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 2004, p. 35-42.
- STEWART, S. E. et al. Predictors of family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 20(2), 2008, p. 65-70.
- STORCH, E. A. et al. Family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(2), 2007, p. 207-216.
- VAN NOPPEN, B.; STEKETEE, G. Family responses and multi-family behavioral treatment (MFBT) for obsessive compulsive disorder (OCD). *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 3, 2003, p. 231–247.

_____. Testing a conceptual model of patient and family predictors of obsessive compulsive disorder (OCD) symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 2009, p. 18-25.

VAN NOPPEN, B. et al. A multifamily group approach as an adjunct to treatment of obsessive compulsive disorder. In: PATO, M.; ZOHAR, J. (Eds.) *Current Treatments of Obsessive-Compulsive Disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1991, p. 115-134.

VAN NOPPEN, B. et al. Group and multifamily behavioral treatment for obsessive compulsive disorder: A pilot study. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 1997, p. 431-446.

6. ARTIGO

6.1 *Artigo 1: Translation and adaptation into Brazilian Portuguese of the Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder: Interviewer-Rated (FAS-IR)*

Tradução e adaptação para o português do Brasil da Escala de Acomodação Familiar para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Pontuado pelo Entrevistador (FAS-IR)

Publicado na *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*

Juliana Braga Gomes,¹ Lisa Calvocoressi,² Barbara Van Noppen,³ Michele Pato,⁴ Elisabeth Meyer,⁵ Daniela Tusi Braga,⁶ Christian Haag Kristensen,⁷ Aristides Volpato Cordioli⁸

¹ Mestranda em Ciências Médicas: Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brazil. ² PhD. Department of Epidemiology and Public Health, Yale University School of Medicine, New Haven, CT, USA. ³ PhD. Keck School of Medicine, Department of Psychiatry, University of Southern California, Los Angeles, CA, USA. ⁴ MD. Keck School of Medicine, Department of Psychiatry, University of Southern California. ⁵ Doutora em Psiquiatria, UFRGS. ⁶ Doutoranda em Ciências Médicas: Psiquiatria, UFRGS. ⁷ Doutor. Professor, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brazil. ⁸ Doutor, Professor associado, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, UFRGS.

Financial support: Fundo de Incentivo a Pesquisa e Eventos (FIPE).

Correspondence:

Juliana Braga Gomes, Av. Iguazu, 165, sala 506, Bairro Petrópolis, CEP 90470-430, Porto Alegre, RS, Brazil. Tel.: +55 (51) 9808.9708. E-mail: ju_gomes@terra.com.br

Abstract

Objective: To describe the process of translation and adaptation into Brazilian Portuguese of the Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder: Interviewer-Rated (FAS-IR).

Method: The process of translation and adaptation of the scale involved four bilingual health professionals. The scale was initially translated into Brazilian Portuguese independently by two professionals. Then, the two versions were compared, resulting in a preliminary Portuguese version that was administered to 15 relatives of patients diagnosed with obsessive-compulsive disorder (OCD) with different education levels, deliberately chosen to collect language adjustment suggestions. Subsequently, the scale was translated back into English independently by two other professionals. After comparing the two back translations, a new English version was generated. This version was reviewed and approved by the authors of the original scale.

Results: The Brazilian Portuguese version of the FAS-IR proved to be easily understood and can be used in relatives of OCD patients from different socioeconomic backgrounds.

Conclusion: Adaptation of the FAS-IR into Brazilian Portuguese will enable health professionals to assess the level of accommodation in relatives of OCD patients and allows the development of future studies aimed at 1) studying the influence of family accommodation on maintaining and possibly facilitating OCD symptoms, and 2) assessing the effect of family accommodation on treatment outcomes in Portuguese-speaking populations.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, family relations, questionnaires, translation.

Resumo

Objetivo: Descrever o processo de tradução e adaptação para o português do Brasil da Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder: Interviewer-Rated (FAS-IR).

Método: O processo de tradução e adaptação da escala envolveu quatro profissionais de saúde bilíngues. A escala foi inicialmente traduzida de forma independente para o português do Brasil por dois profissionais. A seguir, as duas versões foram comparadas, resultando em uma versão inicial em português que foi

aplicada a 15 familiares de pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), com diferentes níveis de instrução, deliberadamente escolhidos para coletar as sugestões de ajuste linguístico. Subsequentemente, a escala foi retrotraduzida independentemente por outros dois profissionais da saúde. Depois de comparar as duas retrotraduções, uma nova versão da escala foi gerada em inglês. Essa versão foi revisada e aprovada pelos autores da escala original.

Resultados: A versão em português do Brasil da escala FAS-IR mostrou ser facilmente compreendida e pode ser usada em familiares de pacientes com TOC de diferentes níveis socioeconômicos.

Conclusão: A FAS-IR adaptada ao português do Brasil fará com que profissionais de saúde possam avaliar o nível de acomodação em familiares de pacientes com TOC e permitirá a realização de futuros estudos com os objetivos de 1) estudar a influência da acomodação familiar na manutenção e, possivelmente, na facilitação dos sintomas do TOC e 2) examinar o efeito da acomodação familiar sobre os resultados do tratamento em populações de países de língua portuguesa.

Descritores: Transtorno obsessivo-compulsivo, relações familiares, questionários, tradução (processo).

Introduction

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is characterized by recurrent intrusive thoughts (obsessions) which increase the individual's anxiety, typically accompanied by the urge to perform neutralizing overt or covert actions (compulsions), which are associated with decreased anxiety. These symptoms cause significant distress and interfere with the patient's daily routine.¹ Questions have been asked about the family's influence on obsessive-compulsive (OC) symptoms. In fact, studies have shown a 4-5 times greater incidence of OCD in relatives of OCD patients and a high concordance of the disorder in twins, pointing to the presence of genetic factors. Studies assessing twins and families have supported the hypothesis that OCD is a disorder of familial incidence, and genetic factors have been shown to play a significant role in the expression of the disorder.² A meta-analysis was conducted with a sample of 1.209 first-degree relatives of OCD patients and found that the risk of developing the disorder was four times higher than in relatives of controls (8.2 vs. 2%).³

Environmental factors, including family responses to the disorder, may contribute to maintaining or facilitating OCD symptoms. Family accommodation refers to the participation of family members in rituals, the modification of personal and family routines, facilitation of avoidance behavior, and taking on the patient's responsibilities.⁴ Calvocoressi et al.⁵ reported that family accommodation behaviors were present in 88% of spouses or parents of patients with OCD and was significantly correlated with patient symptom severity, global functioning, family dysfunction, and relatives' stress. Excessive accommodation of relatives to compulsions may undermine exposure-based therapy, perpetuate and reinforce symptoms, and increase the relatives' distress feelings.⁶ However, little is known about how family accommodation affects the severity and maintenance of OCD symptoms, or how a change in family accommodating behaviors may contribute to the patient's improvement or adherence to ongoing treatment. An instrument developed by Calvocoressi et al.,^{4,5} namely, the Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder: Interviewer Rated (FAS-IR), has been used in several clinical studies to assess family accommodation and improve our understanding of this topic.

In 1995, Calvocoressi et al.⁴ conducted an open trial with 34 relatives of OCD patients to analyze the frequency and nature of family accommodation and the consequences of family members refusing to participate in the patient's rituals. The authors found that most families participated in compulsions and took on responsibilities that would be the patient's, i.e., family members accommodated the patient's symptoms. In that study, the authors developed a pilot questionnaire to assess the level of family accommodation among relatives of patients with OCD.

Later, in 1999, Calvocoressi et al.⁵ assessed the psychometric properties of a revised version of the same instrument. The results of this second study were consistent with those of the previous one:⁴ of the 32 families whose members accommodated the patient's symptoms, 84% reported patient anxiety, 66% indicated that the patients expressed anger, and 75% reported that the patients spent more time completing rituals whenever the relatives did not accommodate the patient's demands. Most relatives did not associate accommodation with an improvement in symptoms or patient functioning; nevertheless, most of the relatives confirmed that they accommodated OCD-related demands, often compromising their own and the family's functioning. These findings suggest that many relatives would probably be

receptive to interventions specifically designed for relatives of OCD patients, such as psychoeducation, in order to reduce family stress and develop more functional ways of responding to OC symptoms.⁵

The FAS-IR is a clinician-administered, validated scale comprises two parts: the first part is a checklist which assesses the symptoms of OCD patients; the second part consists of 12 items that assess the level of family accommodation in different dimensions of accommodation. The scale should be administered by a trained professional to an identified relative of the OCD patient who spends at least one hour every day face to face with the patient.

Family accommodation has been identified as a robust contributor to predicting OCD symptom severity, as recently reported by Van Noppen & Steketee.⁷ In a series of pathway analyses, those authors identified that family accommodation made the largest, most significant contribution to OCD symptom severity in both patient-rated and relative-rated measures of perceptions of family responses. Accordingly, the strongest determinant of family accommodation was a relative's assessment of the degree of control the patient had over their behavior. Although we are still trying to understand what exactly drives relatives to accommodate, it is clear that family accommodation has negative effects on OCD patients and their families.

In a study conducted in Brazil, Ferrão et al.⁸ evaluated the phenomenon of family accommodation and observed that relatives of refractory patients presented higher rates of accommodation and exhaustion when compared to relatives of patients who responded to treatment. These results demonstrate the relevance of the FAS-IR^{4,5} as a sensitive outcome measure.

However, in order to better and more consistently assess family accommodation in different populations, translation of the scale into different languages, including Brazilian Portuguese, is required. Therefore, the objective of our study was to describe the translation and adaptation into Brazilian Portuguese of the FAS-IR, developed by Calvocoressi et al.⁵

Methods

After receiving authorization from the authors of the original scale (Calvocoressi L, 2007, personal communication), two independent professionals translated and adapted the scale into Brazilian Portuguese. Based on the two

translations, a preliminary version of the instrument was developed and administered to 15 relatives of OCD patients. Subjects were selected to represent different socioeconomic levels and cultural backgrounds. The aim of this pilot questionnaire administration was to assess the quality of the translation and to collect suggestions for language adjustments aimed at improving instrument clarity and ensuring that the items would be easily understood by groups from different cultural and socioeconomic backgrounds. The pilot questionnaire was administered at Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brazil. Each interview lasted for approximately 1 hour. Whenever the subject had difficulties understanding a question or a particular word, the interviewer reworded it until the respondent understood the meaning the interviewer wished to convey. The most frequent suggestions made by the interviewees were either added to the questionnaire in parentheses or used to rephrase the questions, to ensure their understanding in a definitive version.

Once the scale was considered to be appropriately translated into Portuguese, its back-translation into English was conducted independently by two other bilingual health professionals who had not seen the instrument in its original form. After comparing the two back-translations, a new English version of the scale was generated. This version was reviewed and approved by the authors of the original scale. The final translated version of the FAS-IR is presented in Appendix 1. Figure 1 presents a flowchart of the process of translation, adaptation and back-translation.

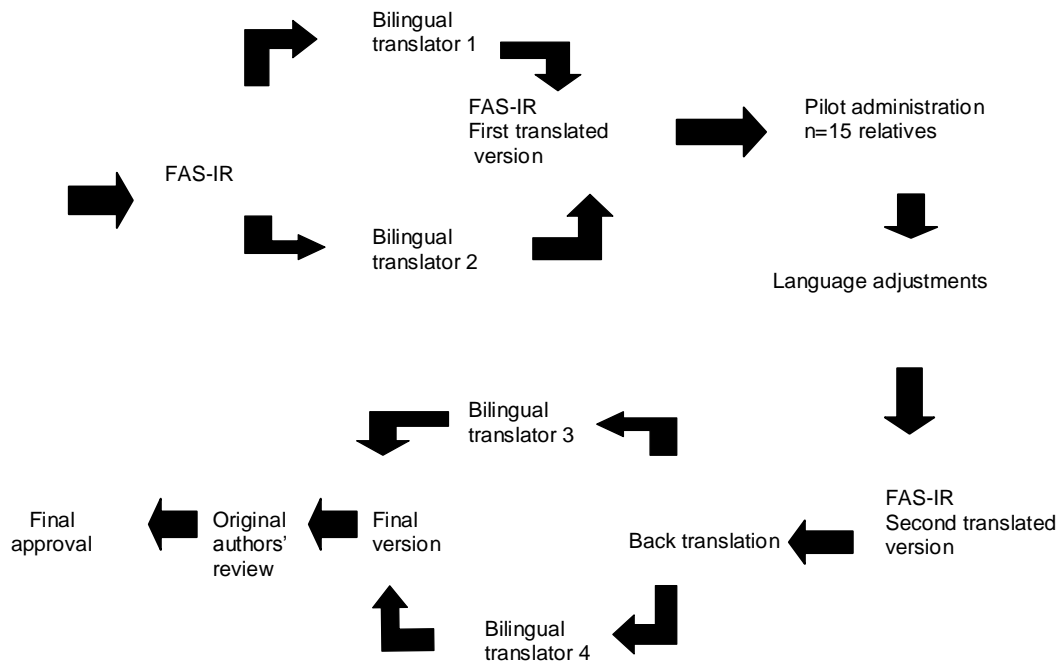


Figure 1 - Flowchart showing the steps involved in the translation, adaptation and back-translation of the Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder: Interviewer-Rated

Results

Of the 15 relatives involved in the pilot questionnaire application, 93% were female and 53% were mothers of the patients; mean age was 55 ± 16.4 years. The participants had different education levels, ranging from 33% who had completed basic education to 7% with university degrees. As previously mentioned, some family members had questions about the wording of some questions; these subjects requested an explanation from the interviewer and made suggestions to improve the clarity and understanding of the instrument. The change made to the scale are listed in Table 1.

Table 1 - Sources of difficulty and changes made to the scale item during and after the adaptation process

Prior to adaptation	Suggestions made by relatives	After adjustment
The purpose of this interview	The reason for this interview	The purpose (reason) of this interview
Harming obsessions	Obsessions with bad things	Obsessions with aggressive content
Asbestos	Poisons	Asbestos (poisons)
Thoughts of incest	Sexual intercourse with relatives	Thinking of having sex with close relatives
Symmetrical	Perfect	Symmetrical (perfect)
Clothing organized alphabetically	Clothes organized by color	Clothing organized alphabetically and/or by color
Inanimate objects	Immovable, lifeless objects	Inanimate (lifeless) objects
Disturbance of inertia	Standing still	Disruption of inertia (standing still)
Pathological doubt	Excessive doubt	Pathological (excessive) doubt
Adjusting furniture	Arrangement of furniture in the house	Arrangement of furniture in the house
Providing reassurance	Showing confidence, reassured	Providing reassurance (showing confidence, reassuring)
Deliberately	Spontaneously, intentionally	Deliberately (intentionally)
Avoided topics of conversation	Avoided talking about some things	Avoided talking about some things
Check the burners on the stove	Check the stove burners	Check the stove burners

Discussion and conclusion

Throughout the process of adaptation of the FAS-IR into Brazilian Portuguese, we sought to achieve semantic equivalence between the original and the translated versions. This process involved using language with a focus on maintaining the meaning of the concepts contained in the original instrument so that it would have a similar effect on the respondents in both cultures.⁹ As a result, the interaction between subjects and interviewers was especially important, in the sense of enduring that the original meaning of the question would be conveyed. The process of adapting an instrument is thus a combination of literal word translation and careful fine-tuning that addresses the cultural context and lifestyle of the target population.⁹ Moreover, approval of the back-translated version by the original authors ensured that the original meanings were not lost. As a result, we strongly believe that the Brazilian version of FAS-IR can provide a baseline measure of accommodation

and serve as a sensitive measure of changes obtained with cognitive-behavioral treatment approaches.

In sum, the availability of the FAS-IR in Brazilian Portuguese will allow Brazilian investigators to evaluate the participation of family members in rituals and changes in routine, as well as the influence of such participation on the maintenance of symptoms. Moreover, it can be used to assess whether family accommodation is a predictor of the treatment outcome. Finally, the translation of the FAS-IR will also enable comparisons between national and international studies on family accommodation.

Future studies are needed to assess the reliability and validity of the Brazilian version of the scale. Moreover, it would be interesting to add a family-based intervention, aimed at reducing family accommodation, to standard OCD treatments and examine whether this improves treatment outcomes.

Acknowledgments

The authors are grateful to health professionals Anna Williams, Patricia Pranke, Ygor Ferrão, and Rui Ramos Neto, and to all the patients and their relatives for their cooperation. Also our thanks to Esperança Moniz, at the University of Southern California, for her assistance with the back translation from Portuguese into English.

References

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV-TR). 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
2. Gonzales CH. Aspectos genéticos do transtorno obsessivo-compulsivo. Rev Bras Psiquiatr. 2001;23(supl 2):38-41.
3. Hettema JM, Neale MC, Kendler KS. A review and meta-analysis of genetic epidemiology of anxiety disorders. Am J Psychiatry. 2001;158(10):1568-78.
4. Calvocoressi L, Lewis B, Harris M, Trufan BS, Goodman WK, McDougle CJ, et al. Family accommodation in obsessive compulsive disorder. Am J Psychiatry. 1995;152:441-3.
5. Calvocoressi L, Mazure CM, Kasl SV, Skolnick J, Fisk D, Vesgo SJ, et al. Reliability and validity of the family accommodation scale for obsessive-compulsive disorder. J Nerv Ment Dis. 1999;187:636-42.

6. Steketee G, Van Noppen B, Lam J, Shapiro L. Expressed emotion in families and the treatment of obsessive compulsive disorder. In *Session: Psychotherapy in Practice*. 1998;4(3):73-91.
7. Van Noppen B, Steketee G. Testing a conceptual model of patient and family predictors of obsessive compulsive disorder (OCD) symptoms. *Behav Res Ther*. 2009;47:18-25.
8. Ferrão YA, Shavitt RG, Bedin NR, de Mathis ME, Lopes AC, Fontenelle LF, et al. Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord*. 2006;94(1-3):199-209.
9. Reichenheim EM, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saude Publica*. 2007;41(4):665-73.

Appendix 1

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

Desenvolvido por:

**Lisa Calvocoressi, PhD, Carolyn M. Mazure, PhD, Barbara Van Noppen, PhD,
Michele Pato, MD, e Lawrence H. Price, MD**

Traduzida e adaptada por:

**Juliana Gomes, Elisabeth Meyer, Daniela Braga, Christian Kristensen e
Aristides Cordioli**

Nome: _____

Relação de parentesco: _____

Entrevistador: _____

Data: _____

INSTRUÇÕES GERAIS PARA O FAMILIAR:

“O propósito (motivo) desta entrevista é verificar as maneiras como você pode estar modificando seus comportamentos ou rotinas para acomodar os sintomas do(a) (nome do paciente). Durante esta entrevista, eu vou primeiramente perguntar sobre os sintomas obsessivo-compulsivos que o(a) (nome do paciente) tem apresentado, e depois vou perguntar sobre a maneira como você reage a esses sintomas.

Esta entrevista vai durar aproximadamente 30 minutos. Se, durante a entrevista, em qualquer momento, você não tiver certeza sobre o que eu estou perguntando a você, por favor, me fale, e eu tentarei esclarecer a questão para você.”

RELATÓRIO DO FAMILIAR SOBRE OS SINTOMAS DO PACIENTE

INSTRUÇÕES PARA O FAMILIAR: “Eu vou definir obsessões, compulsões e outros sintomas relacionados ao TOC, e vou perguntar se o(a) (nome do paciente) tem apresentado algum desses sintomas durante a última semana.”

*(Leia a descrição de cada sintoma, marque todas as que se aplicam, e então peça que o familiar descreva os sintomas específicos do paciente. Anote os sintomas específicos na folha intitulada **LISTA DE SINTOMAS DO PACIENTE** (p. 4))*

OBSESSÕES

“Obsessões são ideias acompanhadas de aflição, pensamentos, imagens ou impulsos que entram na mente da pessoa de forma repetida e parecem ocorrer contra a sua vontade. Os pensamentos podem ser repugnantes ou assustadores, ou podem parecer sem sentido para a pessoa que os experimenta.

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

_____ OBSESSÕES DE CONTEÚDO AGRESSIVO

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

_____ OBSESSÕES DE CONTAMINAÇÃO

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

_____ OBSESSÕES SEXUAIS

“Durante a última semana, o(a) (nome do paciente) apresentou obsessões envolvendo pensamentos, imagens ou impulsos sexuais impróprios ou proibidos, ou ele(a) teve pensamentos incestuosos repetidos de (fazer

sexo com familiares próximos) envolvimento sexual com crianças, ou comportamento sexual agressivo em relação a outros?”

_____ OBSESSÕES DE GUARDAR/PERDER

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

_____ OBSESSÕES RELIGIOSAS

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

_____ OBSESSÕES ENVOLVENDO SIMETRIA OU EXATIDÃO

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

_____ OBSESSÕES SOMÁTICAS (DE DOENÇA)

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

_____ OBSESSÕES DIVERSAS

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

COMPULSÕES

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

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

_____ COMPULSÕES DE LIMPEZA/LAVAGEM

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

_____ COMPULSÕES DE VERIFICAÇÃO

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

_____ RITUAIS DE REPETIÇÃO

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

_____ COMPULSÕES DE CONTAGEM

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

_____ COMPULSÕES DE ORDEM/ARRANJO

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

_____ COMPULSÕES DE COLECIONAR/GUARDAR

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

_____ COMPULSÕES VARIADAS

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

OUTROS PROBLEMAS RELACIONADOS AO TOC

_____ EVITAÇÃO

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

_____ INDECISÃO

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

_____ SENSO DE RESPONSABILIDADE SUPERVALORIZADO

“Uma pessoa com TOC pode se sentir muito responsável pelas consequências de suas ações e assumir a culpa por resultados de eventos que não estão completamente sob seu controle. O(A) (nome do

paciente) exibiu um senso de responsabilidade excessiva durante a última semana?”

_____ LENTIDÃO/PERTURBAÇÃO DE INÉRCIA (ficar parado)

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

_____ DÚVIDA PATOLÓGICA (excessiva)

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

LISTA DE SINTOMAS DO PACIENTE

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

OBSESSÕES

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

COMPULSÕES

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

6. _____

OUTROS PROBLEMAS RELACIONADOS AO TOC

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

RELATÓRIO DO FAMILIAR DE COMPORTAMENTOS DE ACOMODAÇÃO

INSTRUÇÕES PARA O MEMBRO DA FAMÍLIA: “Você me contou que o(a) (nome do paciente) tem os seguintes sintomas: ... *(rever a lista de sintomas do paciente)*. Eu, agora, vou perguntar sobre as formas como você tem respondido ao(à) (nome do paciente) e aos seus sintomas durante a última semana.”

(Formule exemplos de acomodação para cada pergunta usando os sintomas específicos da lista de sintomas do paciente.)

1. PROVENDO REASSEGURAMENTO (DANDO CONFIANÇA, TRANQUILIZANDO)

“Durante a última semana, quando o(a) (nome do paciente) demonstrou preocupação, medo ou dúvidas relacionadas a obsessões ou compulsões, você tentou tranquilizá-lo, reafirmando que ele(a) não tem que se preocupar, que não há motivos para suas preocupações ou que os rituais que já realizou resolveram suas preocupações? Exemplos podem incluir dizer ao seu familiar que ele não está contaminado, ou que ele já limpou ou verificou o suficiente.”

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

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

0 = Nenhuma

1 = 1 vez/semana

2 = 2-3 vezes/semana

3 = 4-6 vezes/semana

4 = Todo dia

2. ASSISTINDO AOS RITUAIS DO PACIENTE

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

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

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

0 = Nenhuma

1 = 1 vez/semana

2 = 2-3 vezes/semana

3 = 4-6 vezes/semana

4 = Todo dia

3. ESPERANDO PELO PACIENTE

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

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

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

- 0 = Nenhuma**
- 1 = 1 vez/semana**
- 2 = 2-3 vezes/semana**
- 3 = 4-6 vezes/semana**
- 4 = Todo dia**

4. CONTENDO-SE PARA NÃO DIZER OU FAZER COISAS

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

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

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

- 0 = Nenhuma**
- 1 = 1 vez/semana**
- 2 = 2-3 vezes/semana**
- 3 = 4-6 vezes/semana**
- 4 = Todo dia**

5. PARTICIPANDO DAS COMPULSÕES

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

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

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

- 0 = Nenhuma**
- 1 = 1 vez/semana**
- 2 = 2-3 vezes/semana**
- 3 = 4-6 vezes/semana**
- 4 = Todo dia**

6. FACILITANDO AS COMPULSÕES

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

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

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

- 0 = Nenhuma**
- 1 = 1 vez/semana**
- 2 = 2-3 vezes/semana**
- 3 = 4-6 vezes/semana**
- 4 = Todo dia**

7. FACILITANDO A EVITAÇÃO

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

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

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

0 = Nenhuma

1 = 1 vez/semana

2 = 2-3 vezes/semana

3 = 4-6 vezes/semana

4 = Todo dia

8. TOLERANDO COMPORTAMENTOS ESTRANHOS/ROMPIMENTO DOMÉSTICO

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

“Durante a última semana, até que ponto você tolerou comportamentos estranhos ou condições incomuns na sua casa por causa do TOC do(a) (nome de paciente)? (Esta pergunta é específica a comportamentos ou condições que você permitiu que ocorressem. Não inclua exemplos nos quais você entrou em

ação para participar ou facilitar compulsões ou evitações, como observado nas três últimas questões (números 5 a 7).)” (PONTUADO PELO AVALIADOR)

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

0 = Não.

1 = Leve; tolerou comportamentos/situações ligeiramente incomuns.

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

3 = Grave; tolerou comportamentos/situações muito incomuns.

4 = Extremo; tolerou comportamentos/situações extremamente aberrantes.

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

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

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

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

0 = Nunca

1 = 1 vez/semana

2 = 2-3 vezes/semana

3 = 4-6 vezes/semana

4 = Todo dia

10. ASSUMINDO AS RESPONSABILIDADES DO PACIENTE

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

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

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

0 = Não.

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

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

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

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

11. MODIFICANDO SUA ROTINA PESSOAL

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

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

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

0 = Não.

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

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

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

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

12. MODIFICANDO A ROTINA DA FAMÍLIA

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

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

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

0 = Não.

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

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

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

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

6.2 *Artigo 2a*: Fatores associados à Acomodação Familiar no Transtorno Obsessivo-Compulsivo

Submetido ao *Journal of Anxiety Disorders*

Autores: Juliana Braga Gomes ^a, Lisa Calvocoressi ^b, Barbara Van Noppen ^c, Michele Pato ^c, Daniela Tusi Braga ^a, Elisabeth Meyer ^a, Cristiane Flôres Bortoncello ^a, Aristides Volpato Cordioli ^a.

^a Programa de Transtornos de Ansiedade, Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, Brasil.

^b Department of Epidemiology and Public Health, Yale University School of Medicine, New Haven, CT, EUA.

^c Keck School of Medicine, Department of Psychiatry, University of Southern California, Los Angeles, CA, EUA.

Autor para correspondência:

Juliana Braga Gomes, Av. Iguçu, 165, sala 506, Bairro Petrópolis, CEP 90470-430, Porto Alegre, RS, Brasil. Tel.: +55 (51) 9808.9708. E-mail: ju_gomes@terra.com.br

Conflito de interesse: Nenhum.

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

Número de palavras: 5.034

Tabelas: 4

Tipo de artigo: artigo original

Resumo

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) com frequência interfere no funcionamento familiar, à medida que os parentes modificam suas rotinas pessoais e familiares, participam dos rituais e oferecem reassseguramento. Esses comportamentos por parte dos familiares foram identificados como “acomodação familiar” (AF), fenômeno que se ignorado interfere potencialmente no tratamento do paciente com TOC. Sendo a AF reconhecida na literatura como um possível preditor do resultado do tratamento, examinamos a prevalência de AF e identificamos variáveis sociodemográficas e clínicas associadas com AF em uma amostra ambulatorial de 114 pacientes com TOC e seus familiares. Dois modelos de regressão linear múltipla foram utilizados: um para avaliar a relação entre as variáveis do paciente e a AF, e outro para avaliar as variáveis do familiar e a AF. Os resultados sugerem que a AF era altamente prevalente entre os familiares na população em estudo. O fator do paciente associado positivamente com a AF foi gravidade do TOC, enquanto AF estava associada inversamente a pior dimensão do paciente ser obsessões com conteúdo agressivo. As características dos familiares associadas positivamente com AF foram sintomas OC nos familiares e o familiar ser o cônjuge. A identificação dos fatores associados com AF pode ajudar os terapeutas a reconhecer as famílias com risco mais elevado de reforçar os sintomas OC dos pacientes. Os achados deste estudo podem iniciar o desenvolvimento de intervenções para TOC que sejam baseadas na família, que tenham objetivo de tratar os comportamentos familiares que facilitam os sintomas OC.

Palavras-chave: Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Acomodação Familiar, preditores, sintomas (dimensão).

1. Introdução

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é um transtorno mental crônico que afeta a vida tanto dos pacientes como de seus familiares, levando a um prejuízo funcional significativo, incapacidade, uma redução na qualidade de vida, um aumento no uso de serviços de saúde e custos sociais (Bobes et al., 2001; Calvocoressi et al., 1999; Cooper, 1996; Renshaw, Steketee, & Chambless, 2005; Stein et al., 2000; Van Noppen, Himle, & Steketee, 2007). O TOC geralmente inicia ao final da adolescência, embora os sintomas possam se desenvolver na infância (American Psychiatric Association, 2002). Acomete 1 em cada 40 indivíduos, sendo que os familiares de pacientes com TOC têm quatro vezes mais chances de desenvolver a doença do que a população geral (Hettema, Neale, & Kendler, 2001).

O início dos sintomas obsessivo-compulsivos (OC) nem sempre é notado e poucos familiares são capazes de apontar o exato momento em que a pessoa apresentou os sintomas pela primeira vez (Stengler-Wenzke, Trosbach, Dietrich, & Angermeyer, 2004). Entretanto, os sintomas podem se tornar debilitantes, e o paciente com TOC com frequência se torna dependente de outras pessoas (Cooper, 1996). Soma-se a isso o fato de geralmente o TOC interferir na vida social da família e nas atividades de lazer e provocar prejuízo nas relações interpessoais, problemas financeiros e sobrecarga nos familiares. Além disso, é comum os familiares participarem dos rituais ou modificarem suas rotinas diárias para se acomodar às compulsões e minimizar a ansiedade do paciente, tanto para adultos como para crianças com TOC (Rachman & Hodgson, 1980; Livingston-Van Noppen, Rasmussen, Eisen, & McCartney, 1990; Calvocoressi et al., 1995; Merlo, Lehmkuhl, Geffken, & Storch, 2009; Albert et al., 2010).

O questionário Family Accommodation Scale for Obsessive Compulsive Disorder (FAS) desenvolvido por Calvocoressi et al. (1995, 1999) é uma ferramenta padrão ouro para medir o envolvimento da família nas obsessões e compulsões dos pacientes. Os estudos envolvendo essa escala encontraram um alto grau de acomodação por parte dos familiares, com prevalência de 88,2% (Calvocoressi et al., 1995), 89% (Calvocoressi et al., 1999), 90% (Ramos-Cerqueira, Rodrigues Torres, Torresan, Maranhão Negreiros, & Nakano Vitorino, 2008) e 96,9% (Stewart et al., 2008). Os comportamentos de acomodação mais comuns são: prover reassseguramento (tranquilizar) e participar dos rituais do paciente (Calvocoressi et

al., 1995; Peris et al., 2008; Stewart et al., 2008; Albert et al., 2010). Essa escala, com versão de origem na língua inglesa, foi traduzida e adaptada para o português (Gomes et al., 2010), bem como para uma série de outras línguas e é usada em pesquisas clínicas internacionais.

A AF se correlaciona moderadamente com os sintomas ansiosos e depressivos do paciente medidos pela escala de Beck e pela escala de Hamilton (Ferrão & Florão, 2010) e também se correlaciona positivamente com os escores da Escala Obsessivo-Compulsivo de Yale-Brown (Y-BOCS) dos familiares (Calvocoressi et al., 1999). Alguns familiares que também apresentam seus próprios sintomas OC podem estar ou se acomodando ou promovendo os sintomas dos pacientes como uma extensão de sua própria ansiedade (Calvocoressi et al., 1999; Peris et al., 2008).

Há um corpo considerável de pesquisas sobre a AF. No entanto, ainda são poucos os estudos que descrevem as correlações de AF, com os sintomas OC em pacientes e familiares. Uma relação entre a acomodação e a gravidade de sintomas OC foi encontrada em alguns estudos anteriores, porém, não se sabe se sintomas de TOC mais graves promovem AF ou se a AF contribui para a gravidade dos sintomas (Calvocoressi et al., 1995; Calvocoressi et al., 1999; Ferrão et al., 2006; Storch et al., 2007; Peris et al., 2008; Ramos-Cerqueira, Rodrigues Torres, Torresan, Maranhão Negreiros, & Nakano Vitorino, 2008; Stewart et al., 2008; Van Noppen & Steketee, 2009). Em um novo estudo analítico de trilha, Van Noppen e Steketee (2009) descobriram que a AF era a variável familiar com a maior contribuição à variação nos sintomas de TOC medidos pela Y-BOCS, sugerindo uma relação direta além de uma associação.

Outros estudos concluíram que AF mais elevada está associada a resultados menos satisfatórios em tratamentos como terapia cognitivo-comportamental em grupo e/ou farmacoterapia (Chambless & Steketee, 1999; Amir, Freshman, & Foa, 2000; Ferrão et al., 2006; Storch et al., 2007; Van Noppen & Steketee, 2009). Em outro estudo, Ferrão et al. (2006) relataram que a mudança na rotina familiar devido ao TOC do paciente estava independentemente associada à refratariedade ao tratamento. Esses achados indicam a importância da compreensão do papel que a AF desempenha no curso do TOC e no resultado do tratamento.

Sabe-se por um lado que a vida dos familiares é prejudicada com os sintomas OC. A sobrecarga e o estresse podem resultar em uma qualidade de vida reduzida

para aqueles que cuidam de pessoas com doença mental (Sales, 2003). A sobrecarga, como resultado das demandas dos sintomas de TOC, porém, pode ocorrer devido a diferentes demandas, como o reassseguramento repetido em relação a atividade de rotina diárias, que também podem ser muito angustiantes (Ramos-Cerqueira, Rodrigues Torres, Torresan, Maranhão Negreiros, & Nakano Vitorino, 2008). Além disso, pouco se sabe se AF varia em razão dos tipos de sintomas OC do paciente, a gravidade do TOC, ou se os sintomas OC dos familiares podem influenciar essa acomodação.

Nossa primeira hipótese, baseada em relatos de pesquisa clínicos anteriores, era a de que os sintomas do TOC dos pacientes estariam correlacionados positivamente com AF. Por exemplo, em um estudo recente, os sintomas de contaminação estavam correlacionados positivamente com AF (Albert, 2010) e suspeitamos que outras dimensões estivessem associadas também. Para explorar isso, utilizamos a escala Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS), nos pacientes para determinar as ligações entre o subtipo de sintoma de TOC do paciente e a AF.

A segunda hipótese era a de que os sintomas de TOC dos familiares estariam correlacionados positivamente com a AF. Calvocoressi et al. (1999) relataram que quase 30% dos familiares amostraram sintomas de TOC significativos medidos pela Escala Obsessivo Compulsivo Yale-Brown (Y-BOCS). De fato, havia uma relação entre o escore mais alto na Y-BOCS do familiar e AF mais elevada, mas as dimensões de sintomas específicas do familiar não foram analisadas. Assim, em nosso estudo, até mesmo o Inventário de Obsessões e Compulsões – Revisado (OCI-R) revelaria se familiares com sintomas OC acomodariam mais ou menos de acordo com suas dimensões de sintomas. Essa é uma característica importante para ser explorada, já que não há dados na literatura para indicar quais familiares podem ser particularmente adequados para participar da terapia cognitivo-comportamental (TCC) para TOC com enfoque familiar.

A partir dos achados na literatura, construímos um estudo exploratório que tem por objetivo: 1) examinar a prevalência de AF; 2) identificar os fatores do paciente associados com AF; e 3) identificar os fatores dos familiares associados com AF. Esperávamos encontrar um alto percentual de familiares que se acomodavam aos sintomas OC. Além disso, previmos que a AF estaria relacionada positivamente a variáveis demográficas e clínicas específicas. Assim, examinamos

variáveis demográficas, tais como gênero, idade, escolaridade e estado civil. Também avaliamos o impacto potencial de variáveis clínicas na AF, tais como as dimensões e a gravidade dos sintomas OC tanto do paciente como do familiar, bem como sintomas depressivos e ansiosos, prejuízo clínico e adesão à medicação.

2. Métodos

2.1 Amostra

A amostra foi recrutada junto à população por meio de palestras, entrevistas em rádio ou televisão, anúncios em jornais, sendo selecionada para realizar a Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG) para TOC em um Hospital Universitário (Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA) durante o período de 2008 a 2010, o que resultou em uma amostra de 114 pacientes e seus familiares. Na avaliação inicial, foi solicitado que cada paciente indicasse um familiar com quem morasse junto para ser entrevistado, podendo ser pais, irmãos, filhos, esposos e demais familiares¹.

Os critérios de inclusão para os pacientes foram: (1) atender aos critérios diagnósticos de TOC segundo o DSM-IV; (2) não estar utilizando medicamentos antiobsessivos ou estar com a dose estabilizada há pelo menos três meses antes da entrada no estudo; (3) ter idade entre 18 e 65 anos; e (4) apresentar escores na Y-BOCS ≥ 16 . Os critérios de exclusão para os pacientes foram: (1) apresentar depressão maior com ideação suicida; (2) transtorno grave de personalidade (p.ex., *borderline* ou esquizotípico); (3) retardo mental e demências; (4) falta de motivação para o tratamento ou falta de tempo para comparecer às sessões; e (5) recusa em participar de tratamento em grupo. Para os familiares, os critérios de inclusão eram morar com o paciente e ter pelo menos 18 anos.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do HCPA (n.º 08-566). Os familiares eram convidados a participar do estudo somente com o consentimento informado assinado pelo paciente.

¹ Familiar aqui é entendido como qualquer ente querido, não se referindo apenas às pessoas com as quais os pacientes possuem uma relação consanguínea.

2.2 Procedimento

Os instrumentos foram administrados individualmente e separadamente a pacientes e seus familiares antes de começarem o tratamento em TCCG. As medidas foram obtidas por psiquiatras e psicólogos que eram treinados nos procedimentos de coleta de dados e tinham experiência no trabalho com pacientes com TOC.

Em uma entrevista de avaliação com os pacientes e familiares individualmente, foram avaliados fatores sociodemográficos e clínicos. Nos pacientes as obsessões e compulsões foram avaliadas de acordo com as dimensões dos sintomas, juntamente com o funcionamento geral. Foram verificados sintomas depressivos e ansiosos, além de comorbidades de outros transtornos, e utilização de medicamentos. O nível de acomodação por parte dos familiares e possíveis sintomas OC nestes também foram avaliados neste momento.

Uma série de instrumentos padronizados foi administrada oralmente por um entrevistador, principalmente devido à grande variabilidade na escolaridade da amostra. Cada instrumento foi traduzido e retrotraduzido para a língua portuguesa e extensivamente usado por autores brasileiros (Miguel et al., 2008).

2.3 Variáveis e medidas

Abaixo identificamos os instrumentos aplicados nos pacientes e como cada um foi avaliado:

2.3.1 Fatores sociodemográficos e clínicos foram avaliados por meio de um questionário. O entrevistador perguntava diretamente informações sobre gênero, idade, escolaridade e estado civil. Em seguida, o entrevistador oralmente avaliava o paciente utilizando as escalas abaixo para avaliar sintomas OC, dimensões, gravidade e intensidade, juntamente com níveis de depressão e ansiedade e as possíveis comorbidades.

2.3.2 Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos de Eixo I do DSM-IV, versão clínica (SCID-I): escala de avaliação considerada como padrão ouro para avaliar diagnósticos psiquiátricos (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997).

2.3.3 Escala Dimensional de Sintomas Obsessivo-Compulsivos de Yale-Brown (DY-BOCS): escala elaborada por Rosario-Campos et al. (2006) e dividida em seis dimensões com os seguintes conteúdos: 1) agressivo; 2) sexual/ religioso; 3) simetria, ordenação e arranjo; 4) contaminação e limpeza; 5) colecionismo e 6) outros conteúdos. As características avaliadas para cada dimensão são o tempo despendido, o incômodo e a incapacitação por aquela dimensão proporcionada, variando de “0” a “5” em cada questão. O escore da avaliação clínica do prejuízo é realizado pelo entrevistador e vai de 0 a 15. Por fim pode-se ter o escore total que avalia a gravidade global dos sintomas OC juntamente com o grau de prejuízo pontuado pelo entrevistador (0 a 30).

2.3.4 Escala Obsessivo-Compulsivo de Yale-Brown (Y-BOCS): desenvolvida por Goodman et al. (1989), avalia a gravidade e intensidade dos sintomas OC. É constituída de 10 questões, sendo cinco relacionadas às obsessões e cinco às compulsões. Cada questão pode pontuar de 0 (sem sintomas) a 4 (gravidade extrema das obsessões ou compulsões), com o escore variando de 0 a 40.

2.3.5 Escala de Impressão Clínica Global (CGI, Guy, 1976): a gravidade global da doença foi medida com a CGI. A pontuação varia entre 1= normal/não doente, 2 = limítrofe para doença mental, 3 = levemente doente, 4 = moderadamente doente, 5 = marcadamente doente, 6 = gravemente doente, 7= doença mental extremamente grave.

2.3.6 Inventários de Beck para Depressão (BDI) e Ansiedade (BAI): a depressão e a ansiedade foram examinadas com o Inventário de Beck para Depressão (BDI) e para Ansiedade (BAI), desenvolvidos por Beck et al. em 1961 e 1988, respectivamente. Ambas contêm 21 questões com pontuação de “0” a “3” cada, sendo a pontuação máxima de cada escala 63 pontos.

Abaixo identificamos os instrumentos aplicados nos familiares e como cada um foi avaliado:

2.3.7 Fatores sociodemográficos foram avaliados por meio de um questionário. O entrevistador perguntava diretamente sobre informações de gênero, idade,

escolaridade e estado civil. Em seguida, o entrevistador avaliava oralmente o familiar utilizando as escalas abaixo para avaliar os sintomas OC e sua gravidade, bem como a avaliação da acomodação familiar.

2.3.8 Inventário de Obsessões e Compulsões – Revisado (OCI-R) (Foa et al., 1998): é um questionário autorrespondido, constituído de 18 questões e seis subescalas (verificação, colecionismo, neutralização, obsessão, ordenamento e lavagem) administrado para identificar os próprios sintomas OC dos familiares.

2.3.9 Escala Obsessivo-Compulsivo de Yale-Brown (YBOCS), aplicada com a intenção de mensurar sintomas OC nos familiares.

2.3.10 A Escala de acomodação familiar para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo, versão entrevistador (FAS-IR, Calvocoressi et al., 1999): instrumento utilizado para avaliar a frequência da participação dos familiares nos sintomas dos pacientes. É uma entrevista semiestruturada que consiste de dois momentos: primeiro, o entrevistador avalia os tipos de sintomas que o paciente tem, para depois avaliar a AF, com 12 questões que examinam, entre outros itens, reassseguramento provido por familiares, participação nos rituais do paciente e modificação de rotinas familiares. Esses comportamentos são avaliados em uma escala de 5 pontos que mede a frequência ou a extensão do envolvimento familiar – isto é, 0 (nenhum/nem um pouco) a 4 (todos os dias/extremo). Os escores de cada item são somados para fornecer um escore de acomodação total variando de 0 a 48.

Neste estudo, para avaliação da prevalência de AF, foi incluído um familiar que estivesse engajado em qualquer comportamento de acomodação com um escore de 1 (p.ex., uma vez por semana/leve modificação da rotina). Definimos a prevalência diária/extrema como tendo um escore de 4 em ao menos um comportamento de AF.

2.4 Abordagem de análise estatística

As variáveis quantitativas foram descritas por meio do cálculo da média e do desvio padrão (distribuição simétrica) ou da mediana e amplitude interquartílica (distribuição assimétrica). As variáveis qualitativas foram descritas por meio de frequências absolutas e relativas.

Devido à assimetria nos escores totais da FAS-IR, testes não paramétricos foram utilizados para avaliar as associações entre essa escala e as variáveis sociodemográficas e clínicas. Para avaliar a associação com as variáveis contínuas ou ordinais, utilizamos o coeficiente de correlação de Spearman. Para as variáveis nominais, utilizamos os testes de Mann-Whitney e o teste de Kruskal-Wallis.

A análise multivariada de regressão linear foi aplicada para controlar fatores de confusão e avaliar fatores independentemente associados com os níveis de acomodação da FAS-IR. Para distinguir os fatores relacionados aos pacientes dos relacionados aos familiares, utilizamos dois modelos.

Para tanto, utilizamos uma transformação pela raiz quadrada dos escores da FAS-IR para que a distribuição se tornasse simétrica. Incluímos todas as variáveis associadas com os escores da FAS em um valor de $p < 0,20$ na análise bivariada no modelo multivariado. Critério de extração do modelo final: stepwise. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$ (bilateral) e as análises foram realizadas com o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 17.0 (Wagner, 2009).

3. Resultados

3.1 Dados demográficos e clínicos dos pacientes e familiares

A amostra foi constituída por 114 pares de pacientes e seus respectivos familiares. A idade dos pacientes variou entre 18 e 65 anos. A idade de início dos sintomas foi, em média, 13,1 ($\pm 8,4$), com tempo médio de doença de 27,4 anos ($\pm 12,8$). Na Tabela 1, apresentamos as principais características demográficas e clínicas dos pacientes e dos familiares, bem como a frequência com que aparecem as dimensões dos sintomas do TOC medida por meio da DY-BOCS, e os escores médios da Y-BOCS, BAI, BDI e CGI. A subescala com maior prevalência na DY-BOCS dos pacientes, considerando o escore mínimo de 1 ponto na escala, foi a de simetria ($n=109$; 95,6%), seguida de diversas ($n=105$; 92,1%), contaminação ($n=95$; 83,3%), agressão ($n=75$; 65,8%), colecionismo ($n=75$; 65,8%) e de conteúdo sexual/religioso ($n=73$; 64%).

A maioria dos familiares eram cônjuges dos pacientes ($n=58$; 50,9%), seguidos de mãe ($n=24$; 21,1%), filho ($n=17$; 14,9%), pai ($n=7$; 6,1%), irmãos ($n=4$;

3,5%), outros (n=4; 3,5%). Entre familiares, 28,1% (n=32) receberam um escore total na Y-BOCS de ≥ 16 , que representa sintomas OC em uma amplitude clinicamente significativa. A subescala mais prevalente na OCI-R dos familiares foi ordenação (n=81; 71%), seguida de colecionismo (n=59; 52%), obsessão (n=58; 51%), verificação (n=45; 40%), lavagem (n=36; 32%) e neutralização (n=25; 22%).

Tabela 1 – Características demográficas e clínicas da amostra de pacientes e de familiares

Variáveis	Pacientes n=114	Familiares n=114
Características Demográficas		
Idade (anos) – Média \pm DP	40,5 \pm 13,9	44,6 \pm 13,8
Sexo Feminino – n(%)	71 (62,3)	73 (64,0)
Com companheiro – n(%)	67 (58,8)	85 (74,6)
Etnia branca – n(%)	108 (94,7)	108 (94,7)
Escolaridade (anos) - Média \pm DP	13,6 \pm 4,2	13,7 \pm 4,2
Fundamental incompleto/completo	9 (7,9)	15 (13,2)
Médio incompleto/completo	39 (34,2)	39 (34,2)
Superior incompleto/completo/pós-graduação	66 (57,9)	60 (52,6)
Com ocupação - n(%)	81 (71,1)	94 (82,5)
Características clínicas		
Y-BOCS – média \pm DP		
Obsessões	13,1 \pm 3,2	4,10 \pm 4,21
Compulsões	13,8 \pm 3,3	4,56 \pm 4,81
Total	26,9 \pm 5,7	8,61 \pm 8,36
BAI – Média \pm DP	18,3 \pm 9,8	-
BDI – Média \pm DP	17,9 \pm 8,8	-
CGI – Média \pm DP	5,0 \pm .9	-
Avaliação clínica do prejuízo – Média \pm DP	11,2 \pm 2,4	-
Pior dimensão na DY-BOCS – n (%)		
Agressão e compulsões relacionadas	12 (10,5)	-
Sexuais e religiosas	9 (7,9)	-
Simetria	35 (30,7)	-
Contaminação	34 (29,8)	-
Colecionismo	7 (6,1)	-
Diversas	17 (14,9)	-
OCI-R – média \pm DP		
Colecionismo	-	1,79 \pm 2,52
Verificação	-	1,34 \pm 2,19
Ordenação	-	2,51 \pm 2,58
Neutralização	-	0,42 \pm 1,00
Obsessões	-	1,62 \pm 2,33
Lavagem	-	0,90 \pm 1,77
Total	-	8,59 \pm 9,08

DP: Desvio Padrão; Y-BOCS: Escala Obsessivo-Compulsivo de Yale-Brown; BAI: Inventário de Beck para Ansiedade; BDI: Inventário de Beck para Depressão; CGI: Escala de Impressão Clínica Global; DY-BOCS: Escala Dimensional de Sintomas Obsessivo-Compulsivos de Yale-Brown; e OCI-R: Inventário de Obsessões e Compulsões – Revisado.

3.2 Escores da Escala de Acomodação Familiar

As formas mais comuns de AF foram “tolerando comportamentos do TOC” (86%), “provendo reassseguramento” (65,8%) e “modificando a rotina da família” (63,2%). A maioria dos familiares neste estudo se acomodava aos sintomas dos pacientes (98,2%), sendo a prevalência das acomodações diárias/extremas também elevada 69,3% (Tabela 2).

Tabela 2 – Escores da Escala de Acomodação Familiar (FAS-IR)

Questões	Prevalência* n (%)	Prevalência Diária/Extrema n(%)
Provendo Reasseguramento	75 (65,8)	38 (33,3)
Assistindo aos rituais	33 (28,9)	16 (14,0)
Esperando pelo paciente	55 (48,2)	20 (17,5)
Contendo-se para não dizer ou fazer coisas	66 (57,9)	30 (26,3)
Participando das compulsões	61 (53,5)	31 (27,2)
Facilitando as compulsões	59 (51,8)	35 (30,7)
Facilitando as evitações	29 (25,4)	13 (11,4)
Tolerando comportamentos do TOC	98 (86,0)	10 (8,8)
Ajudando nas atividades	51 (44,7)	17 (14,9)
Assumindo responsabilidades do paciente	40 (35,1)	7 (6,1)
Modificando sua rotina pessoal	64 (56,1)	4 (3,5)
Modificando rotina da família	72 (63,2)	7 (6,1)
Total	112 (98,2)	79 (69,3)

* Considerado que possui o item se marcou no mínimo 1 ponto.
TOC: Transtorno obsessivo-compulsivo.

3.3 Acomodação Familiar e Variáveis Associadas

Houve uma associação positiva significativa entre os escores da FAS-IR e os escores totais da DY-BOCS e os escores de obsessão, compulsão e totais da Y-BOCS, CGI, avaliação clínica do prejuízo e BAI do paciente. A AF é maior quando os sintomas OC e de ansiedade do paciente são maiores. Além disso, familiares com maior pontuação na subescala de colecionismo da OCI-R tendiam a se engajar mais na acomodação aos sintomas dos pacientes. Esses escores são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 – Associação das variáveis contínuas com a acomodação familiar (coeficiente de correlação de Spearman (r_s)).

Variáveis	FAS-IR	
	r_s	Valor-p
Paciente		
DY-BOCS		
Agressiva	-0,132	0,163
Sexual e religiosa	-0,078	0,408
Simetria	0,090	0,342
Contaminação	0,148	0,115
Colecionismo	-0,041	0,666
Diversas	0,165	0,078
Total	0,257	0,006
Y-BOCS		
Obsessão	0,282	0,002
Compulsão	0,259	0,005
Total	0,298	0,001
CGI – gravidade	0,341	<0,001
Avaliação clínica do prejuízo DY-BOCS	0,305	0,001
BAI	0,232	0,014
BDI	0,162	0,090
Idade	-0,096	0,309
Escolaridade	-0,115	0,222
Nº de filhos	-0,018	0,849
Idade de início	-0,087	0,360
Tempo de doença	0,013	0,888
Familiar		
Escolaridade	-0,134	0,154
OCI-R		
Colecionismo	0,192	0,041
Verificação	0,164	0,082
Ordenação	0,067	0,479
Neutralização	0,061	0,517
Obsessões	0,171	0,069
Lavagem	0,077	0,416
Total	0,174	0,064
Y-BOCS		
Obsessão	0,134	0,155
Compulsão	0,133	0,159
Total	0,141	0,134

FAS-IR: Escala de Acomodação Familiar; DY-BOCS: Escala Dimensional de Sintomas Obsessivo-Compulsivos de Yale-Brown; Y-BOCS: Escala Obsessivo-Compulsivo de Yale-Brown; CGI: Escala de Impressão Clínica Global; BAI: Inventário de Beck para Ansiedade; BDI: Inventário de Beck para Depressão; e OCI-R: Inventário de Obsessões e Compulsões – Revisado.

Houve diferença significativa nos escores totais da FAS-IR entre os pacientes que consideraram a dimensão mais grave a de agressão (mediana=7; P25=4,3; P75=15,5) e os que consideraram as outras dimensões da escala sendo mais graves (mediana=16; P25=9; P75=24). Os pacientes que têm a dimensão de agressão como a mais grave tinham níveis significativamente mais baixos de acomodação familiar (teste de Mann-Whitney; $p=0,015$). Familiares que eram companheiros dos pacientes apresentaram maiores escores de AF (mediana=17;

P25=9,8; P75=24,5) do que aqueles que não eram (mediana=10; P25=5,3; P75=21,8), com $p=0,030$.

Cinquenta e seis pacientes (49,1%) estavam tomando medicamentos. Não houve diferença estatisticamente significativa nos níveis de AF dos familiares dos pacientes em uso (mediana=12; p25=6; p75=22) ou não de medicamentos (mediana=17; p25=9; p75=25) ($p=0,110$). Os diagnósticos comórbidos mais prevalentes foram respectivamente: Depressão ($n= 49$; 43%), Pânico ($n= 38$; 33,3%), Estresse Pós-Traumático ($n= 31$; 27,2), Fobia Social ($n= 24$; 21,1), Transtorno Bipolar ($n= 21$; 18,4%). Também não houve associação dos níveis de AF com as comorbidades do SCID-I.

3.4 Análise de Regressão Linear Múltipla

Os fatores dos pacientes e dos familiares que mantiveram associação estatisticamente significativa com níveis de AF são mostrados na Tabela 4. Esses modelos cujas variáveis foram estatisticamente significativas ($F_{[2;107]}=10,1$; $p<0,001$ e $F_{[2;111]}=6,0$; $p=0,003$) predisseram 15,9% e 9,8% da variabilidade de níveis de AF respectivamente. Critério de extração do modelo final: stepwise.

Tabela 4 – Análise de regressão linear múltipla

Variáveis	Beta (coeficiente de regressão padronizado)	p	R ² (coeficiente de determinação)
Paciente			15,9%
CGI – gravidade	0,325	<0,001	
Pior dimensão: agressão	-0,208	0,021	
Familiar			9,8%
OCI-R total	0,258	0,005	
Ser cônjuge do paciente	0,213	0,021	

CGI: Escala de Impressão Clínica Global; DY-BOCS: Escala Dimensional de Sintomas Obsessivo-Compulsivos de Yale-Brown; e OCI-R: Inventário de Obsessões e Compulsões – Revisado.

4. Discussão

Os objetivos do presente estudo foram 1) examinar a prevalência de AF; 2) identificar os fatores do paciente, tais como sintomas OC e sua gravidade e outras variáveis clínicas associadas com a AF; e 3) identificar os fatores dos familiares, tais como variáveis demográficas e sintomas OC associados com AF em uma amostra de 114 pacientes adultos com TOC e seus familiares. Os comportamentos de acomodação foram altamente prevalentes entre os familiares que participaram do estudo, sendo “provendo reassseguramento” (65,8%) e “tolerando comportamentos do TOC” (86%) identificados como as práticas mais frequentes. Os comportamentos mais comuns de acomodação fornecidos em uma base diária foram “provendo reassseguramento” (33,3%), “participando das compulsões” (27,2%) e “facilitando as compulsões” (30,7%). Esses resultados são similares aos de estudos anteriores (Calvocoressi et al., 1995; Calvocoressi et al., 1999; Stewart et al., 2008; Peris et al., 2008; Albert et al., 2010) e confirmam que muitos familiares se engajam em alguma forma de acomodação diária aos sintomas dos pacientes.

A acomodação familiar pode contribuir para o agravamento dos sintomas OC, facilitando a evitação e as compulsões, uma afirmação que está de acordo com os achados de Van Noppen e Steketee (2003) e Peris et al. (2008). De acordo com os resultados obtidos, a AF ocorre independentemente de idade ou sexo do paciente e do familiar, o que replica achados de outros pesquisadores (Calvocoressi et al., 1999; Albert et al., 2010). Entretanto, após o ajuste pelo modelo de regressão linear múltipla para os familiares, descobrimos uma maior AF em familiares que eram cônjuges dos pacientes. Nossa descoberta não é consistente com a observação de Albert e colaboradores (2010) que recentemente mostraram que o estado civil do paciente não estava associado com acomodação familiar.

Nossos achados mostram que, quanto maiores os escores na escala total OCI-R do familiar, maior é acomodação. A escala OCI-R verifica sintomas OC que o sujeito apresenta. Calvocoressi et al. (1999) e Peris et al. (2008) encontraram resultados semelhantes, porém por meio da escala Y-BOCS. Uma possível explicação é que alguns familiares que exibem seus próprios sintomas OC têm maior probabilidade de se acomodar ao paciente como uma consequência natural de seus próprios sintomas e ansiedade, uma hipótese que requer mais estudos.

Como esperado, o tipo e a gravidade dos sintomas de TOC (Y-BOCS, DY-BOCS) e a gravidade global da doença (CGI) e da ansiedade (BAI) estavam associadas positivamente com a AF na análise bivariada. Os resultados da análise de regressão linear múltipla indicam que escores mais elevados no CGI do paciente estavam correlacionados com maior AF. Nossos achados de pesquisa sugerem que a gravidade do TOC pode ser um ingrediente importante na relação entre pacientes com TOC e familiares.

A correlação significativa entre AF e a gravidade dos sintomas OC dos pacientes foi mostrada em outros estudos, sendo os mais recentes os de Van Noppen e Steketee (2009), Albert et al. (2010) e Ferrão e Florão (2010). Uma justificativa possível para tal acomodação poderia estar relacionada à dificuldade dos familiares em suportar o nível de aflição e sofrimento apresentado pelos pacientes com TOC frente à dificuldade de lidar com os sintomas OC. Além disso, Van Noppen e Steketee (2009) sugerem que as atribuições que os familiares fazem sobre a habilidade dos pacientes em controlar ou não seu comportamento podem ser decisivas nas respostas dos familiares, como a acomodação. Isto é, se um familiar acredita que o paciente com TOC deveria ter controle sobre suas compulsões, eles podem se acomodar menos. De acordo com Calvocoressi et al. (1999), a maioria dos familiares de pacientes com TOC empregam a acomodação especificamente em um esforço de diminuir a raiva ou o sofrimento do paciente e como uma tentativa de reduzir o tempo gasto em rituais, ainda que o familiar tenha admitido que a acomodação não alcançava esses resultados pretendidos. Outra possibilidade pode ser atribuída ao cansaço dos familiares em viver em condições preocupantes e estressantes impostas a eles devido aos sintomas OC, gerando com isso a acomodação.

A questão sobre se alta AF é resultado de sintomas de TOC mais graves necessita a realização de futuros estudos; ainda assim, parece provável que a AF possa ser uma mediadora da gravidade de sintomas de TOC, como mostrado no modelo analítico de trilha proposto por Van Noppen e Steketee (2009). Assim, um achado fundamental e original do presente estudo foi o de que escores de AF estão negativamente associados com a pior dimensão do paciente ser Agressão na escala DY-BOCS. Essa dimensão se refere aos pensamentos/obsessões de cunho agressivo, raramente expressos por meio de rituais ou comportamentos evitativos. Esses pensamentos raramente são expressos pelos pacientes, talvez devido a culpa

ou vergonha, e podem passar despercebidos, incompreendidos ou desconhecidos pelos familiares. Fullana et al. (2009) realizaram um estudo sobre a prevalência de obsessões e compulsões em uma amostra da comunidade e assumiram que não tinham sido capazes de detectar o conteúdo exato dos pensamentos “vergonhosos”, que incluíam obsessões percebidas como inaceitáveis ou embaraçosas, devido à relutância de alguns participantes em relatar tais sintomas, o que pode ter resultado em um sub-registro de tais sintomas. Poderia ser sugerido também que talvez esses familiares se acomodem menos, pois não toleram a disfunção, não a entendem e acham que o paciente com TOC não têm um problema, já que a maioria das obsessões agressivas resultam em rituais ocultos e mentais, mas essa especulação requer mais estudos.

Diferentemente do nosso estudo, Ferrão e Florão (2010) encontraram maiores escores de AF quando o paciente apresentava escores mais elevados na dimensão de Agressão. Contudo, sua amostra era pequena e todos os pacientes já vinham de tratamentos anteriores. Os resultados contrastantes indicam a necessidade de mais pesquisas e considerações para intervenções cognitivo-comportamentais para familiares, com o intuito de proporcionar psicoeducação e estratégias para reduzir a acomodação familiar para os subtipos de sintomas OC que parecem ter maiores associações com a AF, como lavagem/contaminação (Albert et al., 2010). Conhecer quais sintomas do TOC estão positivamente correlacionados com níveis mais elevados de AF pode permitir que os terapeutas identifiquem os pacientes que correm o risco de ter resultado mais fraco no tratamento e que podem se beneficiar do recebimento de TCC familiar como parte de seu cuidado.

Ferrão et al. (2006) sugerem que os membros da família, ao tentarem diminuir o nível de ansiedade do paciente por meio da AF, possam interferir na resposta positiva à terapia cognitivo-comportamental (TCC), com a acomodação sendo contrária à exposição. Pesquisas futuras são necessárias para esclarecer quais os comportamentos dos familiares estão associados com resultados de TCC mais fracos, de modo que possamos começar a identificar esses pacientes que poderiam se beneficiar de intervenções familiares.

A natureza transversal do estudo, a ausência de um grupo-controle e o pequeno tamanho amostral em cada uma das dimensões da DY-BOCS são limitações em nosso estudo. Outra questão foi a ausência de uma avaliação de outro transtorno mental nos familiares que poderia interferir nos resultados. Estudos

com uma amostra maior que validem nossos achados e futuras pesquisas que investiguem os fatores familiares associados a AF antes e depois de intervenções como a TCC devem ser realizados no futuro.

5. Conclusões

Em conclusão, o presente estudo examina a AF em uma ampla amostra e confirma a alta prevalência da AF em pacientes com TOC. O profissional de saúde deve estar atento a esse fato, pois comportamentos de acomodação podem servir de reforço e, portanto, contribuir para a manutenção dos sintomas do paciente. Nosso estudo identifica alguns fatores dos pacientes e dos familiares que estão associados com a AF, como gravidade do TOC, pior dimensão do paciente ser a de agressão, sintomas OC nos familiares e o familiar ser o cônjuge do paciente. Trata-se de descobertas importantes que ampliam nossa compreensão sobre as famílias que podem exigir intervenções mais focadas que visam reduzir a AF e com isso melhorar os resultados do tratamento, tornando-os mais duráveis.

Referências

- Albert, U., Bogetto, F., Maina, F., Saracco, P., Brunatto, C., & Mataix-Cols, D. (2010). Family accommodation in obsessive–compulsive disorder: Relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics. *Psychiatry Research, 179*, 204-11.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. DSM - IV- TR. 4.ed. rev. Porto Alegre: Artmed.
- Amir, N., Freshman, M., & Foa, E. B. (2000). Family distress and involvement in relatives of obsessive–compulsive disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders, 14*, 209-17.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 12(4)*, 561-71.

- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(6), 893-7.
- Bobes, J., Gonzalez, M. P., Bascaran, M. T., Arango, C., Saiz, P. A., & Bousono, M. (2001). Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry, 16*, 239-245.
- Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., Trufan, S. J., Goodman, W. K., McDougle, C. J., & Price, L. H. (1995). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 152*, 441-43.
- Calvocoressi, L., Mazure, C. M., Kasl, S. V., Skolnick, J., Fisk, D., Vesgo, S. J., et al. (1999). Reliability and validity of the family accommodation scale for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disorders, 187*, 636-42.
- Chambless, D. L., & Steketee, G. (1999). Expressed emotion and behaviour therapy outcome: a prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67* (5), 658-65.
- Cooper, M. (1996). Obsessive-compulsive disorder: effects on family members. *American Journal of Orthopsychiatry, 66*, 296-304.
- Ferrão, Y. A., & Florão, M. S. (2010). Acomodação familiar e criticismo percebido em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 59*(1), 34-43.
- Ferrão, Y. A., Shavitt, R. G., Bedin, N. R., Mathis, M. E. de, Lopes, A. C., Fontenelle, L. F., et al. (2006). Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders, 94*, 199-209.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I disorders: clinical version (SCID-CV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Salkovskis, P. M., et al. (1998). The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: the obsessive-compulsive inventory. *Psychological Assessment, 10*, 206-14.
- Fullana, M. A., Mataix-Cols, D., Caspi, A., Harrington, H., Grisham, J. R., Moffitt, T. E., & Poulton, R. (2009). Obsessions and Compulsions in the Community: Prevalence, Interference, Help-Seeking, Developmental Stability, and Co-Occurring Psychiatric Conditions. *American Journal of Psychiatry, 166*, 329-36.

- Gomes, J. B., Calvocoressi, L., Van Noppen, B., Pato, M., Meyer, E., Braga, D. T., et al. (2010). Translation and adaptation into Brazilian Portuguese of the Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive disorder: Interviewer-Rated (FAS-IR). *Revista Psiquiátrica do Rio Grande do Sul*, 32(3), 102-12.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill C. L., et al. (1989). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-11.
- Guy, W. (1976). Clinical global impression. In ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Alcohol Drug Abuse and Mental Health Administration, NIMH psychopharmacology Research Branch. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Hettema, J. M., Neale, M. C., Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158 (10), 1568-78.
- Livingston-Van Noppen, B., Rasmussen, S. A., Eisen, J., & McCartney, L. (1990). Family function and treatment in obsessive-compulsive disorder. In M. Jenike, L. Baer, & W. E. Minichiello (Eds.), *Obsessive Compulsive Disorder: Theory and Management* (2nd edn) (pp. 325–340). Chicago: Year Book Medical Publishers.
- Merlo, L. J., Lehmkuhl, H. D., Geffken, G. R., & Storch, E. A. (2009). Decreased family accommodation associated with improved therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 355-60.
- Miguel, E. C., Ferrão, Y. A., Rosario, M., de Mathis, M. E., Torres, A. R., Fontenelle, L. F., et al, E. D. (2008). Brazilian Research Consortium on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders. The Brazilian Research Consortium on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders: recruitment, assessment instruments, methods for the development of multicenter collaborative studies and preliminary results. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, 185-196.
- Peris, T. S., Bergman, R. L., Langley, A., Chang, S., McCracken, J. T., & Piacentini, J. (2008). Correlates of accommodation in pediatric obsessive–compulsive disorder: parent, child, and family characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47 (10), 1-9.

- Rachman, S., & Hodgson, R. (1980). *Obsessions and Compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Ramos-Cerqueira, A. T., Rodrigues Torres, A., Torresan, R. C., Maranhão Negreiros, A. P., Nakano Vitorino, C. (2008). Emotional burden in caregivers of patients with obsessive–compulsive disorder. *Depression and Anxiety, 25*, 1020-27.
- Renshaw, K. D., Steketee, G., & Chambless, D. L. (2005). Involving family members in the treatment of OCD. *Cognitive Behaviour Therapy, 34*, 164-175.
- Rosario-Campos, M. C., Miguel, E. C., Quatrano, S., Chacon, P., Ferrão, Y., Findley, D., et al. (2006). The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Molecular Psychiatry, 11*(5), 495-504.
- Sales, E. (2003). Family burden and quality of life. *Quality of Life Research, 12*, 33-41.
- Stein, D. J., Allen, A. J., Bobes, J., Figuera, M. L., Likura, Y., Koran, L. M., & Hollander, E. (2000). Quality of life in obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectrum, 5*, 37-39.
- Stengler-Wenzke, K., Trosbach, J., Dietrich, S., Angermeyer, M. C. (2004). Subjective burden and coping strategies of relatives of patients with OCD. *Journal of Advanced Nursing, 48*, 35- 42.
- Stewart, S. E., Beresin, C., Haddad, S., Egan Stack, D., Fama, J., & Jenike, M. (2008). Predictors of family accommodation in obsessive–compulsive disorder. *Annals of Clinical Psychiatry, 20* (2), 65-70.
- Storch, E. A., Geffken, G. R., Merlo, L. J., Jacob, M. L., Murphy, T. K., Goodman, W. K., Larson, M. J., Fernandez, M., & Grabill, K. (2007). Family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 36* (2), 207-16.
- Van Noppen, B., Himle, J., & Steketee, G. (2007). Obsessive Compulsive Disorder. In B. A. Thyer & J. Wodarsky (Eds.) *Social work in mental health: an evidence based approach*. John Wiley, New York, 377-400.
- Van Noppen, B., & Steketee, G. (2003). Family responses and multi-family behavioral treatment (MFBT) for obsessive compulsive disorder (OCD). *Brief Treatment and Crisis Intervention, 3*, 231-247.

- Van Noppen, B., & Steketee, G. (2009). Testing a conceptual model of patient and family predictors of obsessive compulsive disorder (OCD) symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 18-25.
- Wagner, William E., III. (2009). *Using SPSS for Social Statistics and Research Methods*. 2^a ed. Thousand Oaks, CA: Pine Forge. 128p.

6.3 *Artigo 2b*: Factors Associated with Family Accommodation in Obsessive-Compulsive Disorder

Submitted to *Journal of Anxiety Disorders*

Authors: Juliana Braga Gomes,^a Lisa Calvocoressi,^b Barbara Van Noppen,^c Michele Pato,^c Daniela Tusi Braga,^a Elisabeth Meyer,^a Cristiane Flôres Bortoncello,^a Aristides Volpato Cordioli.^a

^a Anxiety Disorders Program, Department of Psychiatry, Federal University of Rio Grande do Sul, RS, Brazil.

^b Department of Epidemiology and Public Health, Yale University School of Medicine, New Haven, CT, USA.

^c Keck School of Medicine, Department of Psychiatry, University of Southern California, Los Angeles, CA, USA.

Corresponding author:

Juliana Braga Gomes, Av. Iguazu, 165, sala 506, Bairro Petrópolis, CEP 90470-430, Porto Alegre, RS, Brasil. Tel.: +55 (51) 9808.9708. E-mail: ju_gomes@terra.com.br.

Conflict of Interest: None.

Financial Support: Fundo de Incentivo a Pesquisa e Eventos (FIPE), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Number of words: 4.692

Tables: 4

Type of article: original article

Abstract

Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) often interferes with family functioning as family members modify personal and family routines, participate in rituals and offer reassurance. These behaviors on the part of family members have been identified as 'family accommodation' (FA), a phenomenon that potentially interferes with OCD patient treatment if ignored. Once FA gained recognition in the literature as a possible predictor of treatment outcome, we examined the prevalence of FA and identified socio-demographic and clinical variables associated with FA in an outpatient sample of 114 patients with OCD and their family members. Two models of multiple linear regression were used: one to evaluate the relation between patient variables and FA, and the other to evaluate family member variables and FA. Results suggested that FA was highly prevalent among family members in this study population. Patient factor positively associated with FA was OCD severity, whereas FA was inversely associated with patient's worst dimension being aggressive obsessions. Family members' characteristics positively associated with FA were OC symptoms on family members and the family member being the spouse. Identifying factors associated with FA may enable clinicians to recognize families at a higher risk to reinforce patients' OC symptoms. The findings from this study may initiate the development of specific family-based interventions for OCD that aim at treating family behaviors that facilitate the OC symptoms.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder; Family Accommodation; predictors; symptoms (dimension).

1. Introduction

Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is a chronic mental disorder that affects both patients' and family members' lives, leading to a significant functional impairment, disability, a reduction in quality of life, an increase in health service use, and societal costs (Bobes et al., 2001; Calvocoressi et al., 1999; Cooper, 1996; Renshaw, Steketee, & Chambless, 2005; Stein et al., 2000; Van Noppen, Himle, & Steketee, 2007). OCD usually begins at the end of adolescence, although the symptoms may develop during childhood (American Psychiatric Association, 2002). It affects 1 in 40 individuals, with the relatives of OCD patients having four times as many chances of developing the disease as the general population (Hettema, Neale, & Kendler, 2001).

The onset of obsessive-compulsive (OC) symptoms is not always noticed, and few family members are able to indicate the exact moment when the person first exhibited these symptoms (Stengler-Wenzke, Trosbach, Dietrich, & Angermeyer, 2004). However, the symptoms may become debilitating, and the OCD patient inadvertently becomes dependent on other people (Cooper, 1996). In addition, OCD often interferes with the family social life and leisure activities, causes impairments in interpersonal relationships, financial problems, and burden on family members. Moreover, it is common for family members to participate in rituals or modify their daily routines to accommodate compulsions and minimize patient anxiety for both adults and children with OCD (Rachman & Hodgson, 1980; Livingston-Van Noppen, Rasmussen, Eisen, & McCartney, 1990; Calvocoressi et al., 1995; Merlo, Lehmkuhl, Geffken, & Storch, 2009; Albert et al., 2010).

The Family Accommodation Scale for Obsessive Compulsive Disorder (FAS) developed by Calvocoressi et al. (1995, 1999) is the gold standard tool for measuring family involvement in patients' obsessions and compulsions. Studies using that scale have found a high degree of accommodation by family members, with prevalence of 88.2% (Calvocoressi et al., 1995), 89%, (Calvocoressi et al., 1999), 90% (Ramos-Cerqueira, Rodrigues Torres, Torresan, Maranhão Negreiros, & Nakano Vitorino, 2008), and 96.9% (Stewart et al., 2008). The most common accommodating behaviors are: providing reassurance and participating in patient's rituals (Calvocoressi et al., 1995; Peris et al., 2008; Stewart et al., 2008; Albert et al., 2010). The scale, originally developed in English, was translated into Portuguese (Gomes et

al., 2010), as well as into a number of other languages and is used in international clinical research.

FA moderately correlates with patients' anxious and depressive symptoms measured by the Beck and Hamilton scales (Ferrão & Florão, 2010), and also positively correlates with the family members' Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) scores (Calvocoressi et al., 1999). Some family members who exhibit their own OC symptoms may be either accommodating or promoting the patients' symptoms as an extension of their own anxiety (Calvocoressi et al., 1999; Peris et al., 2008).

There is a growing body of research on FA, but there are few studies describing correlates of FA, such as OC symptoms in patients and family members. A relationship between accommodation and OC symptoms severity was found in some earlier studies, however, it is not known whether more severe OCD symptoms promote FA or if FA contributes to symptom severity (Calvocoressi et al., 1995; Calvocoressi et al., 1999; Ferrão et al., 2006; Storch et al., 2007; Peris et al., 2008; Ramos-Cerqueira, Rodrigues Torres, Torresan, Maranhão Negreiros, & Nakano Vitorino, 2008; Stewart et al., 2008; Van Noppen & Steketee, 2009). In a novel path analytic study Van Noppen and Steketee (2009) found that FA was the family variable with the largest contribution to the variance in OCD symptoms as measured by the Y-BOCS, suggesting a directional relationship beyond an association.

Other studies concluded that higher FA is associated with less satisfactory results in treatments like Cognitive-Behavioral Group Therapy (CBGT) and/or pharmacotherapy (Chambless & Steketee, 1999; Amir, Freshman, & Foa, 2000; Ferrão et al., 2006; Storch et al., 2007; Van Noppen & Steketee, 2009). In another study, Ferrão et al. (2006) reported that the change in family routine due to the patient's OCD was independently associated to refractoriness to treatment. These findings point to the importance of understanding the role that FA plays in the course of OCD and in treatment outcome.

On one hand, it is well-known that the family members' lives are impaired with the OC symptoms. The burden and the stress can result in a reduced quality of life for those who take care of people with mental illness (Sales, 2003). Burden, as a result of the demands from OCD symptoms, however, may occur due to different demands, as repeated reassurance in relation to routine activities, which can be very distressing for family members (Ramos-Cerqueira, Rodrigues Torres, Torresan,

Maranhão Negreiros, & Nakano Vitorino, 2008). In addition, it is not yet well known if FA fluctuates according to the types of patient OCD symptoms, the severity of OCD, or if family members' OC symptoms may influence accommodation.

Our first hypothesis, based on previous clinical research reports, was that patients' OCD symptoms would be positively correlated with FA. For example, in a recent study, contamination symptoms were significantly positively correlated to FA (Albert, 2010) and we suspected other dimensions would be associated as well. To explore this we used the Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS) with the patients to determine the links between OCD patient symptom subtype and FA.

A second hypothesis is that family members' OCD symptoms would be positively correlated to FA. Calvocoressi et al. (1999) reported that almost 30% of the family members' showed significant OCD symptoms as measured by the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). Indeed, there was a relationship between the family member's highest Y-BOCS score and higher FA, but family members' specific symptoms dimensions were not analyzed. Thus, in our study, including the Obsessive-Compulsive Inventory – Revised (OCI-R) would reveal if family members with OC symptoms accommodate more or less according to their symptoms dimensions. This is an important feature to be explored, since there are no data in the literature to indicate which family members may be particularly suited for family based cognitive-behavioral therapy (CBT) for OCD.

Building upon findings in the literature we designed an exploratory study that aims to: (1) examine the prevalence of FA; (2) identify patient factors associated with FA; and (3) identify family members' factors associated with FA. We expected to find a high percentage of family members accommodating to OC symptoms. Furthermore, we predicted that FA would be positively related to specific demographic and clinical variables, thus, examined demographic variables including gender, age, education level and marital status. We also assessed the potential impact of clinical variables on FA, including dimensions and severity of both patient's and family members' OC symptoms, depressive and anxious symptoms, clinical impairment, and medication compliance.

2. Methods

2.1 Sample

The sample was recruited through lectures, radio and TV interviews, newspaper advertisements, being selected to undergo Cognitive-Behavioral Group Therapy (CBGT) for OCD in a University Hospital (Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA) from 2008 to 2010, which resulted in a sample of 114 patients and their family members. In the initial evaluation, each patient was asked to identify a family member, with whom they lived, to be interviewed, who could be parents, siblings, children, spouses, and other family members².

The inclusion criteria for patients were: (1) DSM-IV diagnostic criteria for OCD; (2) medication-free, or on a stable dose of medication for at least three months before entering the study; (3) aged between 18 and 65 years-old; and (4) presenting Y-BOCS scores ≥ 16 . Exclusion criteria for patients were: (1) presenting major depression with suicidal ideation; (2) severe personality disorders (e.g., borderline or schizotypal); (3) mental retardation and dementia; (4) lack of motivation for treatment or lack of time to attend the sessions; and (5) refusal to participate in the group treatment. For the family members, the inclusion criteria was living with the patient and being at least 18 years-old.

The present study was approved by the HCPA Ethics Board (n.º 08-566). The family members were invited to participate only if the patient gave informed consent.

2.2 Procedure

Instruments were administered individually and separately to patients and his/her family member before beginning CBGT treatment. Measures were obtained by independent psychiatrists and independent psychologists who were trained in data collection procedures and had experience in working with OCD patients.

In an evaluation interview with the patients and the family members individually, socio-demographic and clinical factors were assessed. For patients, obsessions and compulsions were assessed according to the symptoms dimensions, along with general functioning. Depressive and anxious symptoms were identified,

² Family member is understood here as any significant other, not only to people with whom patients have a blood relationship.

besides comorbidities of other disorders and medical compliance. The accommodation level on the part of the family members and their possible OC symptoms were also assessed at this point.

An array of standardized instruments was administered orally by an interviewer, mainly due to the great variability in the educational level of the sample. Each instrument has been translated and back translated to Portuguese and extensively used by Brazilian authors (Miguel et al., 2008).

2.3 Variables and Measures

Below we identify the instruments applied with the patients and how each one was assessed:

2.3.1 Socio-demographic and clinical factors were assessed with a clinical data sheet. The interviewer asked directly for gender, age, education level, and marital status information. Then, the interviewer orally rated the patient using the scales below to assess OC symptoms, dimensions, severity, and intensity, along with depression and anxiety levels and possible comorbidities.

2.3.2 Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, clinical version (SCID-I): the gold standard rating scale to assess psychiatric diagnosis (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997).

2.3.3 Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): scale created by Rosario-Campos et al. (2006), divided into six dimensions with the following contents: 1) aggression; 2) sexual/religious; 3) symmetry, ordering, and arranging; 4) contamination and cleaning; 5) hoarding, and 6) other content dimensions. The evaluated features in every dimension are time spent, discomfort, and disability by that provided dimension, ranging from 0 to 5 in every question. The impairment clinical evaluation score is performed by the interviewer and ranges from 0 to 15. Eventually, it is possible to obtain the total score that evaluates the global severity of OC symptoms along with the impairment degree rated by the interviewer (0-30).

2.3.4 Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS): developed by Goodman et al. (1989), this scale evaluates the severity and intensity of OCD symptoms. It includes 10 questions, five related to obsessions and five to compulsions. Every question can be rated from 0 (no symptoms) to 4 (obsessions and compulsions' extreme severity), with score ranging from 0 to 40.

2.3.5 Clinical Global Impressions Scale (CGI, Guy, 1976): global disease severity was measured with the CGI. The ratings include 1 = normal/not ill, 2 = cutoff for mental illness, 3 = mildly ill, 4 = moderately ill, 5 = markedly ill, 6 = severely ill, 7 = extremely severe mental illness.

2.3.6 Beck Depression (BDI) and Anxiety (BAI) Inventories: depression and anxiety were examined with the Beck Depression (BDI) and Anxiety (BAI) Inventories, developed by Aaron Beck et al. in 1961 and 1988, respectively. Both contain 21 questions with ratings from 0 to 3 each, with maximal rating of 63 points in each scale.

Below we identify the instruments applied with the family members and how each one was assessed:

2.3.7 Socio-demographic factors were assessed with the data sheet. The interviewer asked directly for gender, age, education level, and marital status information. Then, the interviewer orally rated the family member using the scales below to assess OC symptoms and their severity, as well as family accommodation evaluation.

2.3.8 Obsessive-Compulsive Inventory – Revised (OCI-R) (Foa et al., 1998): it is a self-reported questionnaire, composed of 18 questions and six subscales (checking, hoarding, neutralizing, obsessing, ordering, and washing) administered to identify the family members' own OC symptoms.

2.3.9 Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS): administered with the intent of measuring family members' OC symptoms.

2.3.10 The Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder: Interviewer-Rated (FAS-IR, Calvocoressi et al., 1999): instrument used to evaluate the frequency of family members' participation in patients' symptoms. It is a semi-structured interview that consists of two stages: first, the interviewer evaluates the types of symptoms the patient has, and then evaluates FA with 12 questions that examine, among other items, reassurance provided by family members, participation in patient rituals, and modification of family routines. These behaviors are rated on a 5-point scale that measures the frequency or extent of family involvement – i.e., 0 (none/not at all) to 4 (every day/extreme). Item scores are summed to yield a total accommodation score ranging from 0 to 48.

In this study, for assessment of FA prevalence, a family member who engaged in any accommodating behavior with a score of 1 (e.g., once a week/mild modification of routine) was included. We defined daily/extreme prevalence as having a score of 4 on at least one FA behavior.

2.4 Statistical Analytic Approach

The quantitative variables were described through mean and standard deviation calculation (symmetric distribution) or median and interquartile range (asymmetric distribution) calculation. The qualitative variables were described through absolute and relative frequencies.

Because of the asymmetry of FAS-IR total scores, non parametric tests were used to evaluate the associations between this scale and clinical and socio-demographic variables. To evaluate the association with the continuous or ordinal variables, we used the Spearman correlation coefficient. For nominal variables, we used Mann-Whitney tests and Kruskal-Wallis tests.

A linear regression multivariate analysis was employed to control for confounding factors and to evaluate factors independently associated with FAS-IR accommodation levels. In order to distinguish the factors related to the patients from the ones related to the family members, we used two models.

For this purpose, we used a square root transformation of FAS-IR scores to make the distribution symmetric. We included all variables associated with FAS scores at $p < .20$ in the bivariate analysis in the multivariate model. Criterion of extraction from the final model: stepwise. The significance level adopted was $p < .05$

(2-sided), and the analyses were performed using SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) program, 17.0 version (Wagner, 2009).

3. Results

3.1 Patients and Family Members' Demographic and Clinical Data

The sample consisted of 114 pairs of patients and their respective family members. The patients' age ranged from 18 to 65 years-old. The age at the onset of the symptoms was, in average, 13.1 (± 8.4), with duration of illness 27.4 years (± 12.8). In Table 1, we present the main patients' and families' demographic and clinical characteristics, as well as the frequency of OCD symptoms' dimensions as measured by the DY-BOCS, and Y-BOCS, BAI, BDI, and CGI mean scores. The most prevalent subscale on the patients DY-BOCS, considering the minimum score of 1 point in the scale, was symmetry ($n=109$; 95.6%), followed by miscellaneous ($n=105$; 92.1%), contamination ($n=95$; 83.3%), aggression ($n=75$; 65.8%), hoarding ($n=75$; 65.8%), and sexual/religious ($n=73$; 64%).

Most family members were spouses of patients ($n=58$; 50.9%), followed by mother ($n=24$; 21.1%), child ($n=17$; 14.9%), father ($n=7$; 6.1%), sibling ($n=4$; 3.5%), others ($n=4$; 3.5%). Among family members, 28.1% ($n=32$) received a total Y-BOCS score of ≥ 16 , which represents OC symptoms in a clinically significant range. The most prevalent subscale on the family members OCI-R was ordering ($n=81$; 71%), followed by hoarding ($n=59$; 52%), obsessing ($n=58$; 51%), checking ($n=45$; 40%), washing ($n=36$; 32%), and neutralizing ($n=25$; 22%).

Table 1 – Demographic and clinical characteristics from the patients and family members' sample

Variables	Patients n=114	Family members n=114
Demographic characteristics		
Age (years) – Mean ± S.D.	40.5 ± 13.9	44.6 ± 13.8
Female – n(%)	71 (62.3)	73 (64.0)
With partner – n(%)	67 (58.8)	85 (74.6)
Caucasian – n(%)	108 (94.7)	108 (94.7)
Education level (years) - Mean ± S.D.	13.6 ± 4.2	13.7 ± 4.2
Incomplete/complete elementary school	9 (7.9)	15 (13.2)
Incomplete/complete high school	39 (34.2)	39 (34.2)
Incomplete/complete graduation/post-graduation	66 (57.9)	60 (52.6)
With occupation - n(%)	81 (71.1)	94 (82.5)
Clinical characteristics		
Y-BOCS – mean ± S.D.		
Obsessions	13.1 ± 3.2	4.10 ± 4.21
Compulsions	13.8 ± 3.3	4.56 ± 4.81
Total	26.9 ± 5.7	8.61 ± 8.36
BAI – Mean ± S.D.	18.3 ± 9.8	-
BDI – Mean ± S.D.	17.9 ± 8.8	-
CGI – Mean ± S.D.	5.0 ± .9	-
Impairment clinical evaluation – Mean ± S.D.	11.2 ± 2.4	-
Worst dimension on DY-BOCS – n (%)		
Aggression	12 (10.5)	-
Sexual/religious	9 (7.9)	-
Symmetry	35 (30.7)	-
Contamination	34 (29.8)	-
Hoarding	7 (6.1)	-
Miscellaneous	17 (14.9)	-
OCI-R – mean ± S.D.		
Hoarding	-	1,79 ± 2.52
Checking	-	1.34 ± 2.19
Ordering	-	2.51 ± 2.58
Neutralizing	-	.42 ± 1.00
Obsessing	-	1.62 ± 2.33
Washing	-	.90 ± 1.77
Total	-	8.59 ± 9.08

SD: Standard deviation; Y-BOCS: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; BAI: Beck Anxiety Inventory; BDI: Beck Depression Inventory; CGI: Clinical Global Impressions Scale; DY-BOCS: Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; and OCI-R: Obsessive-Compulsive Inventory – Revised.

3.2 Family Accommodation Scale Scores

The most common forms of FA were 'tolerating OCD behaviors' (86%), 'providing reassurance' (65.8%), and 'modifying the family routine' (63.2%). Most of the family members in this study accommodated patients' symptoms at times (98.2%), and the prevalence of daily/extreme accommodation was still high at 69.3% (Table 2).

Table 2 – Family Accommodation Scale (FAS-IR) Scores

Questions	Prevalence* n (%)	Daily/Extreme Prevalence n(%)
Providing reassurance	75 (65.8)	38 (33.3)
Watching the rituals	33 (28.9)	16 (14.0)
Waiting for the patient	55 (48.2)	20 (17.5)
Refraining from not saying or doing things	66 (57.9)	30 (26.3)
Participating in compulsions	61 (53.5)	31 (27.2)
Facilitating compulsions	59 (51.8)	35 (30.7)
Facilitating avoidance	29 (25.4)	13 (11.4)
Tolerating OCD behaviors	98 (86.0)	10 (8.8)
Helping in the activities	51 (44.7)	17 (14.9)
Taking on patient' responsibilities	40 (35.1)	7 (6.1)
Modifying your personal routine	64 (56.1)	4 (3.5)
Modifying the family routine	72 (63.2)	7 (6.1)
Total	112 (98.2)	79 (69.3)

* Considerated if the person rated at least 1 point in any family accommodation behavior.
OCD: Obsessive Compulsive Disorder

3.3 Family Accommodation and Associated Variables

There was a positive association between the FAS-IR and DY-BOCS total scores and obsession, compulsion, and Y-BOCS total scores, CGI, impairment clinical evaluation and patient's BAI scores. FA was higher when the patient's OC and anxiety symptoms were higher. Moreover, family members with higher rates on the OCI-R hoarding subscale tended to engage in more accommodation of patients' symptoms. These scores are depicted on Table 3.

Table 3 – Association of the continuous variables with family accommodation (Spearman correlation coefficient (r_s)).

Variables	FAS-IR	
	r_s	Value-p
Patient		
DY-BOCS		
Aggression	-.132	.163
Sexual/religious	-.078	.408
Symmetry	.090	.342
Contamination	.148	.115
Hoarding	-.041	.666
Miscellaneous	.165	.078
Total	.257	.006
Y-BOCS		
Obsession	.282	.002
Compulsion	.259	.005
Total	.298	.001
CGI – severity	.341	<.001
DY-BOCS Impairment clinical evaluation	.305	.001
BAI	.232	.014
BDI	.162	.090
Age	-.096	.309
Education level	-.115	.222
Nº of children	-.018	.849
Age of onset	-.087	.360
Time of disease	.013	.888
Family member		
Education level	-.134	.154
OCI-R		
Hoarding	.192	.041
Checking	.164	.082
Ordering	.067	.479
Neutralizing	.061	.517
Obsessing	.171	.069
Washing	.077	.416
Total	.174	.064
Y-BOCS		
Obsession	.134	.155
Compulsion	.133	.159
Total	.141	.134

FAS-IR: Family Accommodation Scale; DY-BOCS: Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; Y-BOCS: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; CGI: Clinical Global Impressions Scale; BAI: Beck Anxiety Inventory; BDI: Beck Depression Inventory; and OCI-R: Obsessive-Compulsive Inventory – Revised.

There was a significant difference on FAS-IR total scores between the patients who identified Aggression as the most severe dimension (median=7; P25=4.3; P75=15.5) and those who rated other dimensions of the scale as more severe (median=16; P25=9; P75=24). The patients who considered Aggression as the most severe dimension had significantly lower levels of family accommodation (Mann-

Whitney test; $p=.015$). Family members who were patients' partners presented higher FA scores (median=17; P25=9.8; P75=24.5) than those who weren't (median=10; P25=5.3; P75=21.8), with $p=.030$.

Fifty-six patients (49.1%) were taking medication. There was no statistically significant difference on family members' FA levels of patients taking medications (median=12; p25=6; p75=22) to those who were not (median=17; p25=9; p75=25) ($p=.110$). The most prevalent comorbid diagnoses were: Depression ($n = 49$; 43%), Panic ($n= 38$; 33.3%), Post-traumatic stress ($n= 31$; 27.2), Social phobia ($n= 24$; 21.1), Bipolar Disorder ($n= 21$; 18.4%). There was also no association between the FA levels and the SCID-I comorbidities.

3.4 Multiple Linear Regression Analysis

The patients' and family members' factors that held statistically significant association with FA levels are shown in Table 4. These models whose variables were statistically significant ($F_{[2;107]}=10.1$; $p<.001$, and $F_{[2;111]}=6.0$; $p=.003$) predict 15.9% and 9.8%, respectively, of the variability of FA levels. Criterion of extraction from the final model: stepwise.

Table 4 – Multiple Linear Regression Analysis

Variables	Beta (standardized regression coefficient)	p	R ² (coefficient of determination)
Patient			15.9%
CGI – severity	.325	<.001	
Worst dimension aggression	-.208	.021	
Family member			9.8%
Total OCI-R	.258	.005	
Being the patient's spouse	.213	.021	

CGI: Clinical Global Impressions Scale; DY-BOCS: Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; and OCI-R: Obsessive-Compulsive Inventory – Revised.

4. Discussion

The aims of the present study were to (1) examine the prevalence of FA; (2) identify patient factors such as OC symptoms and their severity and other clinical variables associated with FA; and (3) identify family member factors such as

demographic variables and OC symptoms associated with FA in a sample of 114 adult patients with OCD and their family members. The accommodation behaviors were highly prevalent among the family members who participated in the study, with 'providing reassurance' (65.8%) and 'tolerating OCD behaviors' (86%) identified as the most frequent practices. The most common accommodating behaviors provided on a daily basis were 'providing reassurance' (33.3%), 'participating in compulsions' (27.2%), and 'facilitating compulsions' (30.7%). These results are similar to those of previous studies (Calvocoressi et al., 1995; Calvocoressi et al., 1999; Stewart et al., 2008; Peris et al., 2008; Albert et al., 2010) and confirm that many family members engage in some form of daily accommodation to the patients' OCD symptoms.

Family accommodation may contribute to OC symptom aggravation, facilitating avoidance and compulsions, an assumption that is consistent with Van Noppen and Steketee (2003) and Peris et al.'s findings (2008). According to the results we obtained, FA occurs independently of patient's or family member's age or sex, which replicates findings from other researchers (Calvocoressi et al., 1999; Albert et al., 2010). However, after the adjustment by the multiple linear regression model for the family members, we found a higher FA in family members who were patients' spouses. Our finding is not consistent with Albert and colleagues' (2010) observation that recently showed that the patient marital status was not associated with family accommodation.

Our findings show that the higher the scores on family member total OCI-R scale are, the higher the accommodation. The OCI-R scale identifies OC symptoms presented by the person. Calvocoressi et al. (1999) e Peris et al. (2008) found similar results, but through the Y-BOCS scale. A possible explanation is that some family members who exhibit their own OC symptoms are more likely to accommodate the patient as a natural outgrowth of their own symptoms and anxiety, a hypothesis requiring further study.

As expected, OCD symptom type and severity (Y-BOCS, DY-BOCS), global disease (CGI), and anxiety (BAI) severities were positively associated with FA on bivariate analysis. The results of the multiple linear regression analysis indicate that, higher patient CGI scores were correlated with greater FA. Our research findings suggest that the severity of OCD may be an important ingredient in the relationship between OCD patients and family members.

The significant correlation between FA and the patients' OC symptoms severity has been demonstrated in other studies, the most recent being by Van Noppen and Steketee (2009), Albert et al. (2010), and Ferrão and Florão (2010). A possible explanation for such accommodation could be related to the family members' difficulty in enduring the distress presented by OCD patients towards the difficulty in dealing with OC symptoms. Also, Van Noppen and Steketee (2009) suggest that the attributions that family members make about the patient's ability to control their behavior or not may play a role in family member's responses, such as accommodation. That is if a family member believes the OCD patient should be in control of their compulsions, they may accommodate less. According to Calvocoressi et al. (1999), most OCD patient's family members employed accommodation specifically in an effort to diminish the patient's anger or distress and as an attempt to reduce the time spent on rituals, even though the family member has admitted that accommodation did not successfully achieve these intended results. Another possibility may be attributed to the family member's weariness from living in troublesome and stressful conditions imposed upon them due to OC symptoms, therefore yielding to accommodation.

The question of whether high FA is the result of more severe OCD symptoms warrants further study; yet it seems likely that FA may be a mediator of OCD symptom severity as demonstrated in the path analytic model proposed by Van Noppen and Steketee (2009). Thus, a major and original finding from this study was that FA scores are negatively associated with the worst patient dimension being Aggression on DY-BOCS. This dimension refers to thoughts/obsessions with of an aggressive nature rarely observed through rituals or avoidant behaviors. These thoughts are rarely divulged by patients, perhaps due to guilt or shame, and can be overlooked, misunderstood or unknown by family members. Fullana et al. (2009) conducted a study about the prevalence of obsessions and compulsions in a community sample and assumed that they weren't able to detect the exact content of 'shameful' thoughts, which include obsessions perceived as unacceptable or embarrassing, due to reluctance of a number of participants in reporting such symptoms, what could have resulted in a sub-register of some symptoms. It could also be suggested that maybe these family members accommodate less because they don't tolerate the dysfunction since they don't understand it and think the OCD

patient does not have a problem since most aggressive obsessions result in covert, mental rituals, but this speculation requires more study.

In contrast to our study, Ferrão and Florão (2010) found higher scores of FA when the patient presented higher scores on the dimension Aggression. However, their sample was small and all patients had already been receiving previous treatments. These contrasting results indicate need for further research and considerations for family cognitive behavioral interventions to provide psychoeducation and strategies to reduce family accommodation for the OC symptom subtypes which seem to have higher associations with FA, like washing/contamination (Albert et al. 2010). Knowledge about which OCD symptoms are positively correlated with higher levels of FA may enable clinicians to identify patients who could be at greater risk for poorer treatment outcome and who may benefit from receiving family CBT as part of their care.

Ferrão et al. (2006) suggest that family members, whenever they are trying to diminish the patient's anxiety level through FA, may interfere with a positive response to cognitive-behavioral therapy because accommodation is contrary to exposure. Future research is needed to clarify which family members' behaviors are associated with poorer CBT outcomes so that we can begin to identify those patients who could benefit from family interventions.

The cross-sectional nature of the study, the absence of a control-group, and the small sample size in every DY-BOCS dimension are limitations in our study. Another issue was the absence of an evaluation about any psychiatric disorder in the family members that could affect the results. Studies with larger samples validating our findings and future research examining family factors associated to FA before and after CBT interventions must be further performed.

5. Conclusions

In conclusion, the present study examines FA in such a large sample and confirms the high prevalence of FA in OCD patients. The mental health professional needs to be aware of this since accommodating behaviors may reinforce and, thereby, contribute to maintaining the patient's symptoms. Our study identifies some patient and family factors that are associated with FA, such as OCD severity,

patient's worst dimension being Aggression, family members' OC symptoms, and the family member being the spouse. These are important findings that further our understanding of those families that may require more focused intervention aimed at reducing FA and thereby improve treatment outcomes that may be more durable.

References

- Albert, U., Bogetto, F., Maina, F., Saracco, P., Brunatto, C., & Mataix-Cols, D. (2010). Family accommodation in obsessive–compulsive disorder: Relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics. *Psychiatry Research, 179*, 204-11.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. DSM - IV- TR. 4.ed. rev. Porto Alegre: Artmed.
- Amir, N., Freshman, M., & Foa, E. B. (2000). Family distress and involvement in relatives of obsessive–compulsive disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders, 14*, 209-17.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 12(4)*, 561-71.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56(6)*, 893-7.
- Bobes, J., Gonzalez, M. P., Bascaran, M. T., Arango, C., Saiz, P. A., & Bousoño, M. (2001). Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry, 16*, 239-245.
- Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., Trufan, S. J., Goodman, W. K., McDougle, C. J., & Price, L. H. (1995). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 152*, 441-43.
- Calvocoressi, L., Mazure, C. M., Kasl, S. V., Skolnick, J., Fisk, D., Vesgo, S. J., et al. (1999). Reliability and validity of the family accommodation scale for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disorders, 187*, 636-42.
- Chambless, D. L., & Steketee, G. (1999). Expressed emotion and behaviour therapy outcome: a prospective study with obsessive–compulsive and agoraphobic outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67 (5)*, 658-65.

- Cooper, M. (1996). Obsessive-compulsive disorder: effects on family members. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 296-304.
- Ferrão, Y. A., & Florão, M. S. (2010). Acomodação familiar e criticismo percebido em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(1), 34-43.
- Ferrão, Y. A., Shavitt, R. G., Bedin, N. R., Mathis, M. E. de, Lopes, A. C., Fontenelle, L. F., et al. (2006). Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 94, 199-209.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I disorders: clinical version (SCID-CV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Salkovskis, P. M., et al. (1998). The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: the obsessive-compulsive inventory. *Psychological Assessment*, 10, 206-14.
- Fullana, M. A., Mataix-Cols, D., Caspi, A., Harrington, H., Grisham, J. R., Moffitt, T. E., & Poulton, R. (2009). Obsessions and Compulsions in the Community: Prevalence, Interference, Help-Seeking, Developmental Stability, and Co-Occurring Psychiatric Conditions. *American Journal of Psychiatry*, 166, 329-36.
- Gomes, J. B., Calvocoressi, L., Van Noppen, B., Pato, M., Meyer, E., Braga, D. T., et al. (2010). Translation and adaptation into Brazilian Portuguese of the Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive disorder: Interviewer-Rated (FAS-IR). *Revista Psiquiátrica do Rio Grande do Sul*, 32(3), 102-12.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill C. L., et al. (1989). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-11.
- Guy, W. (1976). Clinical global impression. In ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Alcohol Drug Abuse and Mental Health Administration, NIMH psychopharmacology Research Branch. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Hettema, J. M., Neale, M. C., Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158 (10), 1568-78.

- Livingston-Van Noppen, B., Rasmussen, S. A., Eisen, J., & McCartney, L. (1990). Family function and treatment in obsessive-compulsive disorder. In M. Jenike, L. Baer, & W. E. Minichiello (Eds.), *Obsessive Compulsive Disorder: Theory and Management* (2nd edn) (pp. 325–340). Chicago: Year Book Medical Publishers.
- Merlo, L. J., Lehmkuhl, H. D., Geffken, G. R., & Storch, E. A. (2009). Decreased family accommodation associated with improved therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 355-60.
- Miguel, E. C., Ferrão, Y. A., Rosario, M., de Mathis, M. E., Torres, A. R., Fontenelle, L. F., et al. (2008). Brazilian Research Consortium on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders. The Brazilian Research Consortium on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders: recruitment, assessment instruments, methods for the development of multicenter collaborative studies and preliminary results. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 30*, 185-196.
- Peris, T. S., Bergman, R. L., Langley, A., Chang, S., McCracken, J. T., & Piacentini, J. (2008). Correlates of accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder: parent, child, and family characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47* (10), 1-9.
- Rachman, S., & Hodgson, R. (1980). *Obsessions and Compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Ramos-Cerqueira, A. T., Rodrigues Torres, A., Torresan, R. C., Maranhão Negreiros, A. P., Nakano Vitorino, C. (2008). Emotional burden in caregivers of patients with obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety, 25*, 1020-27.
- Renshaw, K. D., Steketee, G., & Chambless, D. L. (2005). Involving family members in the treatment of OCD. *Cognitive Behaviour Therapy, 34*, 164-175.
- Rosario-Campos, M. C., Miguel, E. C., Quatrano, S., Chacon, P., Ferrão, Y., Findley, D., et al. (2006). The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Molecular Psychiatry, 11*(5), 495-504.
- Sales, E. (2003). Family burden and quality of life. *Quality of Life Research, 12*, 33-41.

- Stein, D. J., Allen, A. J., Bobes, J., Figuera, M. L., Iikura, Y., Koran, L. M., & Hollander, E. (2000). Quality of life in obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectrum, 5*, 37-39.
- Stengler-Wenzke, K., Trosbach, J., Dietrich, S., Angermeyer, M. C. (2004). Subjective burden and coping strategies of relatives of patients with OCD. *Journal of Advanced Nursing, 48*, 35- 42.
- Stewart, S. E., Beresin, C., Haddad, S., Egan Stack, D., Fama, J., & Jenike, M. (2008). Predictors of family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Annals of Clinical Psychiatry, 20* (2), 65-70.
- Storch, E. A., Geffken, G. R., Merlo, L. J., Jacob, M. L., Murphy, T. K., Goodman, W. K., Larson, M. J., Fernandez, M., & Grabbill, K. (2007). Family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 36* (2), 207-16.
- Van Noppen, B., Himle, J., & Steketee, G. (2007). Obsessive Compulsive Disorder. In B. A. Thyer & J. Wodarsky (Eds.) *Social work in mental health: an evidence based approach*. John Wiley, New York, 377-400.
- Van Noppen, B., & Steketee, G. (2003). Family responses and multi-family behavioral treatment (MFBT) for obsessive compulsive disorder (OCD). *Brief Treatment and Crisis Intervention, 3*, 231-247.
- Van Noppen, B., & Steketee, G. (2009). Testing a conceptual model of patient and family predictors of obsessive compulsive disorder (OCD) symptoms. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 18-25.
- Wagner, William E., III. (2009). *Using SPSS for Social Statistics and Research Methods*. 2^a ed. Thousand Oaks, CA: Pine Forge. 128p.

7. CONCLUSÕES

O presente estudo teve como objetivos gerais: traduzir e adaptar para o português do Brasil a Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder: Interviewer-rated (FAS-IR) e verificar se variáveis sociodemográficas e clínicas estão ou não associadas à AF.

Verificou-se que:

1. A FAS-IR na versão em português mostrou ser um instrumento que já está adaptado para avaliar o envolvimento dos familiares com os sintomas OC do paciente na população a que se destina.
2. A AF é altamente prevalente em familiares de portadores do TOC.
3. Os escores de AF mais elevados foram apresentados pelos familiares de pacientes com maior gravidade do TOC.
4. Familiares que apresentavam sintomas OC tiveram níveis mais elevados na FAS-IR.
5. Familiares que eram cônjuges dos pacientes obtiveram pontuações mais elevadas na FAS-IR.
6. As pontuações na FAS-IR foram menores quando a dimensão mais grave do paciente era a de agressão.
7. Os resultados deste estudo indicam que o instrumento FAS-IR é útil para avaliar os níveis de AF em familiares de portadores do TOC.

A AF é muito comum nas famílias de portadores do TOC, mas ainda são pouco conhecidas as razões que levam os familiares a mudarem seu comportamento. É importante estar atento a esse fato, pois tais comportamentos de acomodação podem servir de reforço aos sintomas do paciente e, conseqüentemente, contribuir para sua manutenção. Dessa forma, é recomendado que se tenha a participação do familiar no tratamento, para que seja orientado sobre o manejo correto em relação aos sintomas OC.

A partir dos resultados encontrados, percebe-se a importância de verificar essa associação das variáveis estudadas com a AF nos pacientes em tratamento. Ou seja, o próximo passo será avaliar a AF antes e depois da TCC para TOC.

8. APRESENTAÇÃO PARCIAL DOS RESULTADOS

1. GOMES, J. B.; KRISTENSEN, C. H.; CORDIOLI, A. V. Tradução e Adaptação para o Português da Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder: Interviewer-rated (FAS-IR). Apresentação oral. VII C-TOC Consórcio Brasileiro de Pesquisas sobre o Transtorno Obsessivo-Compulsivo do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 30 de novembro e 01 de dezembro de 2007.
2. GOMES, J. B.; BRAGA, D. T.; SILVA, E. M.; RAMOS, L. S.; BORTONCELLO, C. F.; CORDIOLI, A. V. Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo no Transtorno Obsessivo-Compulsivo e a Acomodação Familiar. In: XXVII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, São Paulo. Suplemento Pôster da Revista Brasileira de Psiquiatria-especial congresso, 2009, v. 31.
3. GOMES, J. B.; SILVA, E. M.; BRAGA, D. T.; KRISTENSEN, C. H.; CORDIOLI, A. V. Tradução e Adaptação para o Português do Brasil da Family Accommodation Scale for Obsessive Compulsive Disorder: Interviewer-rated (FAS-IR). Pôster. XXVII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, São Paulo, 2009.
4. GOMES, J. B.; BRAGA, D. T.; SILVA, E. M.; RAMOS, L. S.; BORTONCELLO, C. F.; CORDIOLI, A. V. Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo no Transtorno Obsessivo-Compulsivo e a Acomodação Familiar. Pôster. XXVII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, São Paulo, 2009.
5. GOMES, J. B.; SILVA, E. M.; BRAGA, D. T.; KRISTENSEN, C. H.; CORDIOLI, A. V. Translation and adaptation to the Brazilian Portuguese of Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder: Interviewer-Rated (FAS-IR). Pôster. Symposium Obsessive-Compulsive Spectrum Disorder and their relationship with mood disorders and schizophrenia. Institute of Psychiatry – Hospital of Clinics – University of São Paulo School of Medicine, 2009.
6. GOMES, J. B.; BRAGA, D. T.; SILVA, E. M.; RAMOS, L. S.; BORTONCELLO, C. F.; CORDIOLI, A. V. Cognitive-Behavioral Group Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder and Family Accommodation. Pôster. Symposium Obsessive-Compulsive Spectrum Disorder and their relationship with mood disorders and schizophrenia. Institute of Psychiatry – Hospital of Clinics – University of São Paulo School of Medicine, 2009.

7. GOMES, J. B.; BRAGA, D. T.; SILVA, E. M.; RAMOS, L. S.; BORTONCELLO, C. F.; CORDIOLI, A. V. Cognitive-Behavioral Group Therapy for Obsessive-Compulsive disorder and Family Accommodation. Pôster. 6th World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies (WCBCT), Boston, USA, 2010.

ANEXOS

Anexo 1*Autorização para tradução da FAS-IR*

De:"Lisa Calvocoress1" lisa.calvocoressi@yale.edu

Para:"ju_gomes" ju_gomes@terra.com.br

Data:Mon, 01 Oct 2007 15:59:10 -0400

Assunto:Re: FAS (BRAZIL)

Dear Juliana,

Attached is the most recent version of the FAS, along with a general information sheet and a scoring sheet. On your translated version, please list us as the authors of the instrument and you and your colleagues as the translators. I would greatly appreciate it if you would send me an electronic copy of your translated version. Please let me know if I can be of further help.

Lisa

--

Lisa Calvocoressi, Ph.D.

Associate Research Scientist Department of Epidemiology and Public Health

Yale University School of Medicine

200 College St.

New Haven, CT 06510

TELEPHONE: (203)764-8422

FAX: (203)764-7010

E-MAIL: lisa.calvocoressi@yale.edu

Anexo 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O PACIENTE

Prezado(a) participante:

Antes de participar deste estudo, gostaríamos que você tomasse conhecimento do que ele envolve. Damos abaixo alguns esclarecimentos sobre dúvidas que você possa ter. Em caso de qualquer outra dúvida quanto ao estudo e sobre os seus direitos, você deverá contatar a pesquisadora Juliana Braga Gomes pelo telefone (51) 98089708.

Está é uma pesquisa realizada sob supervisão do professor Aristides Volpato Cordioli, cujo objetivo é avaliar os tipos de acomodação dos familiares de pacientes com Transtorno Obsessivo Compulsivo frente aos sintomas.

A família do portador do TOC pode ter uma forte influência sobre os resultados do tratamento. Ao estudar a maneira que essa família se comporta frente a doença, poderá se encontrar melhores maneiras de intervenção para cada caso, objetivando melhores resultados no tratamento.

Sua participação será em autorizar meu contato com seus familiares, para eu lhes falar da pesquisa. Caso eles aceitem em participar, terão que responder a um questionário, que terá como duração aproximada 40 minutos.

A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar, tem absoluta liberdade de fazê-lo, não acarretando nenhum prejuízo em relação ao seu tratamento.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a) ou identificar o seu familiar. As tarefas a serem realizadas para a realização desse projeto não possuem riscos para o paciente ou seu familiar. O único inconveniente é o tempo de duração das entrevistas, por vezes demorada.

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em autorizar o contato com seus familiares.

O (a) pesquisador(a) certificou-me de que as informações por mim fornecidas e pelos meus familiares terão caráter confidencial e no caso de divulgação serão sem identificação e unicamente para fins de pesquisa.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pelo pesquisador responsável: Aristides Volpato Cordioli- fone: (51) 32316255 ou pela pesquisadora: Juliana Braga Gomes- fone: (51) 9808.9708, ou pela entidade responsável – Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador(a): _____

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Nome e telefone dos familiares autorizados:

1.->.....

2.->.....

Nome do Paciente: _____

Assinatura do Paciente: _____

Porto Alegre, de de

Anexo 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O FAMILIAR

Prezado(a) participante:

Antes de participar deste estudo, gostaríamos que você tomasse conhecimento do que ele envolve. Damos abaixo alguns esclarecimentos sobre dúvidas que você possa ter. Em caso de qualquer outra dúvida quanto ao estudo e sobre os seus direitos, você deverá contatar a pesquisadora Juliana Braga Gomes pelo telefone (51) 98089708.

Esta é uma pesquisa realizada sob supervisão do professor Aristides Volpato Cordioli, cujo objetivo é avaliar os tipos de acomodação dos familiares de pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo frente aos sintomas.

A família do portador do TOC pode ter uma forte influência sobre os resultados do tratamento. Ao estudar a maneira como essa família se comporta frente à doença, poderão ser encontradas melhores maneiras de intervenção para cada caso, objetivando melhores resultados no tratamento.

Sua participação será em responder um questionário, que terá como duração aproximada 40 minutos.

A participação nesse estudo é voluntária e, se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo, não acarretando nenhum prejuízo em relação ao tratamento do seu familiar.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a) ou identificar o seu familiar.

As tarefas a serem realizadas para a realização desse projeto não possuem riscos para o paciente ou seu familiar. O único inconveniente é o tempo de duração das entrevistas, por vezes demoradas.

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo, assim como a qualquer momento durante o encontro.

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

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pelo pesquisador responsável: Aristides Volpato Cordioli - fone: (51) 32316255 ou pela pesquisadora: Juliana Braga Gomes - fone: (51) 9808.9708, ou pela entidade responsável – Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador(a): _____

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Nome do familiar: _____

Assinatura do Familiar: _____

Porto Alegre, de de