



**Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Processos Psicológicos Básicos
Pós-graduação em Ciências do Comportamento**

Parâmetros Psicométricos do Tratamento Cognitivo- Comportamental do Transtorno Obsessivo-Compulsivo

Amílcar Vidica Barcelos

**Brasília – DF
2012**



**Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Processos Psicológicos Básicos
Pós-graduação em Ciências do Comportamento**

Parâmetros Psicométricos do Tratamento Cognitivo-Comportamental do Transtorno Obsessivo-Compulsivo

Amílcar Vidica Barcelos

Tese apresentada ao Departamento de Processos Psicológicos Básicos, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciências do Comportamento (Área de Concentração: Cognição e Neurociências do Comportamento).

Orientador: Prof. Dr. Antônio Pedro de Mello Cruz

**Brasília - DF
2012**

DEDICATÓRIA

Este trabalho é apenas um sinal dos meus passos nessa humilde trajetória e, quando penso nesses passos, tenho a certeza de que nada faria sentido em minha vida, nada teria prazer e eu, realmente, seria nada se minha esposa, Maria Magdalena (Madá), e meus filhos, Filipe e Raul, não estivessem comigo por onde eu andasse. Assim, dedico-lhes este sinal com muito carinho e gratidão, pelo incentivo e por estarem sempre comigo.

AGRADECIMENTOS

A Deus e a meus pais, Nilsa e Jair, pela oportunidade da vida!

Ao Prof^o. Dr. Antônio Pedro de Mello Cruz – sem seu apoio, este trabalho nem se iniciaria. Obrigado pelo conhecimento científico e pela receptividade!

Aos pacientes do Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (CAEP), que permitiram que os dados relativos às suas vidas pudessem ser estudados.

À Técnica Administrativa, Soemes, Prof^o. Dr. Ileno Izídio, Prof^a. Dr^a. Elizabeth Queiroz, além dos psicólogos, outros funcionários e estagiários administrativos do CAEP, pela atenção e respeito ao meu trabalho.

Ao Prof^o. Ms. Márcio Barreto da PUC-GO, meu Mestre e amigo, dentro e fora do meio acadêmico, obrigado pelas orientações, há mais de 20 anos!

À Prof^a. PhD. Suely Sales Guimarães da UnB – Pelo modelo de pesquisadora e terapeuta. Boa parte deste trabalho tem seus ensinamentos!

Aos Membros da Banca de Qualificação: Prof^o. Dr. Áderson Luiz C. Júnior e Prof^o Dr. Francisco Dyonísio C. Mendes – pelas valiosas sugestões no projeto!

Ao doutorando, Ms. Felipe Valentini, do PST - pelo suporte em estatística!

Aos que trabalham no Departamento de Processos Psicológicos Básicos: Técnicos Administrativos Joyce, pelas orientações impagáveis, além de Keules e Amanda, sempre atenciosos.

À Prof^a. Dr^a. Wânia Cristina de Souza, coordenadora do PPG-CdC, pela seriedade no cumprimento das normas do PPG e disposição para ajudar!

Ao prof^o. Dr^o. Vítor Mota, do PPG-CdC, pelo apoio e incentivo constantes!

Ao Técnico Administrativo da UnB, Raimundo Nonato, pela atenção e respeito, propiciando espaço, quando possível, para meu refazimento de energia e repouso!

Às colegas, doutoranda Isabelle Chariglione e mestranda Sarah Cassimiro, pela convivência, amizade e troca de conhecimentos!

À minha sogra, D. Maria Aparecida Teodoro, pelo incentivo e motivação para enfrentar os desafios!

Aos colegas do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) - Obrigado pelo apoio!

Aos colegas da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, na CODEP, especialmente representados pela psicóloga Teresa, por terem me recebido tão bem em minha transferência de trabalho para Brasília!

Às muitas outras pessoas, que ajudaram na realização deste trabalho, por menor que tenha sido o apoio, muito obrigado!

ÍNDICE

DEDICATÓRIA.....	iii
AGRADECIMENTOS	iv
ÍNDICE.....	vi
LISTA DE QUADROS	ix
LISTA DE TABELAS	x
LISTA DE FIGURAS	xiii
LISTA DE SIGLAS	xiv
RESUMO	xv
ABSTRACT	xvi
O Comportamento de Medo e a Ansiedade	1
Transtornos de Ansiedade	2
Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)	3
Causas do TOC	6
Comorbidade e TOC	7
As Bases Biológicas do TOC	8
TOC e Percepção de Dor.....	12
TOC e Depressão	14
TOC, Estresse e Qualidade de Vida.....	16
TOC e Personalidade.....	22
TOC e Atenção.....	23
Funcionamento Neuropsicológico e TOC: Memória Operacional e Habilidade Visuoespacial.....	25
O Tratamento do TOC	28
Terapia Cognitiva e Comportamental em Grupo (TCCG).....	38
A Psicofarmacoterapia	41
OBJETIVO GERAL.....	43
OBJETIVOS ESPECIFÍCIOS	44
MÉTODO	45
Recrutamento e Seleção da Amostra.....	45
Contexto das Avaliações e Tratamento.....	45
Participantes	45
<i>Critérios de Inclusão</i>	46
<i>Critérios de Exclusão</i>	46
<i>Controle do Uso da Medicação</i>	47
Material e Instrumentos.....	47
Procedimentos	54
<i>Primeira Coleta – passo a passo</i>	54
<i>Formação dos Grupos de Tratamento Psicoterápico</i>	59
<i>Segunda Coleta – passo a passo</i>	61
<i>O Protocolo de Tratamento Psicoterápico Grupal</i>	64
<i>Análise Estatística</i>	75

RESULTADOS	76
Variáveis Sócio-Demográficas e Epidemiológicas	76
<i>Sociais</i>	76
<i>Cuidados com a Saúde</i>	77
<i>Dados Epidemiológicos Específicos ao TOC</i>	80
Desempenho e Respostas nos Instrumentos Psicométricos: Testes e Escalas ...	82
<i>Níveis de TOC</i>	82
<i>Subtestes da Escala Wechsler: WAIS III</i>	83
<i>Teste d2 de Atenção Concentrada</i>	84
<i>Inventário Fatorial de Personalidade</i>	86
<i>Escalas Beck de Ansiedade (BAI), de Depressão (BDI) e Lista de</i>	
<i>Distorções Cognitivas de Beck</i>	87
<i>Inventário de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL)</i>	89
<i>Qualidade de Vida (QV) avaliada pelo WHOQOL-100</i>	90
Comparação de Desempenho e Respostas nos Instrumentos Psicométricos com	
Frequência de Dados Sócio-Demográficos e Epidemiológicos	93
<i>Comparação de Desempenho e Respostas nos testes e Escalas com a</i>	
<i>Idade dos Participantes</i>	93
<i>Comparação de Respostas no WHOQOL-100 sobre Qualidade de</i>	
<i>Vida com a Idade dos Participantes</i>	97
<i>Comparação das Respostas no WHOQOL-100 sobre Qualidade de</i>	
<i>Vida com a Idade de Início do TOC</i>	100
<i>Comparação da Desempenho e Respostas nos Instrumentos</i>	
<i>Psicométricos (Testes e Escalas) com o Tempo de Sofrimento com</i>	
<i>TOC</i>	102
<i>Comparação do Desempenho e Respostas nos testes e Escalas com o</i>	
<i>Gênero dos Participantes</i>	105
<i>Comparação do Desempenho e respostas nos testes e Escalas com</i>	
<i>Comportamento de Usar ou Não Usar Medicamento dos Participantes</i> ..	106
<i>Comparação das Respostas no WHOQOL-100 sobre Qualidade de</i>	
<i>Vida com o Comportamento de Usar ou Não Medicamentos dos</i>	
<i>Participantes</i>	114
<i>Comparação do Desempenho e respostas nos testes e Escalas com</i>	
<i>comorbidade em Depressão(TD), Ansiedade Generalizada (TAG) e</i>	
<i>Fobia Social(FS)</i>	117
<i>Depressão</i>	117
<i>Ansiedade Generalizada</i>	120
<i>Fobia Social</i>	123
Dados Para Análise Qualitativa	126
<i>Níveis de Estresse</i>	127
<i>Níveis de TOC</i>	128
<i>Níveis de Ansiedade</i>	129
<i>Níveis de Depressão</i>	130
DISCUSSÃO	131
Comparações Sócio-Demográficas	131

A Eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental Grupal (TCCG) no tratamento do TOC.....	132
Especificidades da psicoterapia que a tornaram o diferencial de eficácia na diminuição das dificuldades dos pacientes	133
<i>Aumento da flexibilidade no pensamento e mais eficiência do processamento cognitivo</i>	134
<i>A Psicoterapia grupal</i>	137
<i>Número de sessões com Biblioterapia</i>	139
<i>Cuidados com a qualidade de vida</i>	140
<i>Possível mudança bioquímica do cérebro a partir da TCCG</i>	143
A Importância da Idade no TOC.....	149
Adequação dos Instrumentos Usados.....	151
Unidade e Característica Comum Evidenciada pelos Resultados.....	154
Limitações	156
Sugestões de Novos Estudos.....	156
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	157

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Comparativo das Classificações de Transtornos Ansiosos: CID-10 e DSM IV	3
Quadro 2: Domínios e Facetas do WHOQOL-100.....	53
Quadro 3: Disposição dos pacientes por grupos de tratamento e gênero Durante 13 sessões: M – Masculino; F – Feminino	61
Quadro 4: Disposição dos passos dos candidatos para as duas coletas de dados	63
Quadro 5: Distribuição dos percentis dos fatores do IFP, Intração e Denegação, dos 23 participantes separados por Medicados e Não Medicados, com suas respectivas Médias, antes e após o tratamento	109
Quadro 6: Distribuição dos valores de BAI, BDI e Distorções Cognitivas, dos 23 participantes separados por Medicados e Não Medicados, com suas respectivas Médias, antes e após o tratamento	112
Quadro 7: Distribuição dos percentis dos ISSL dos 23 participantes separados por Medicados e Não Medicados, com suas respectivas Médias, antes e após o tratamento	114
Quadro 8: Comparação de frequência de sintomas de TOC de outros estudos com o atual.....	131

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Frequência e porcentagem em variáveis sócio-demográficas	77
Tabela 2: Dados epidemiológicos deste estudo e comparação com outros estudos ..	79
Tabela 2.1: Tipo de medicação usada e tempo de uso antes de iniciar o tratamento ...	80
Tabela 3: Idade de início e tipo de sintomas do TOC por participante	81
Tabela 4: Frequência absoluta de tipos de obsessões e compulsões, antes e depois de 13 semanas de tratamento e o nível significância da diferença	82
Tabela 5: Variação dos escores médios, desvios-padrão (DP), moda (MO) e mediana (MD) de TOC antes e após 13 semanas de tratamento	82
Tabela 6: Diferenças entre as médias dos escores de TOC antes e após o tratamento, por grupos de tratamento	83
Tabela 7: Variação dos escores médios, desvios-padrão (DP), moda (MO) e mediana (MD) de testes de WAIS e memória operacional antes e após 13 semanas de tratamento	84
Tabela 8: Diferenças entre as médias dos escores ponderados e percentis no WAIS antes e depois do tratamento, por grupos	84
Tabela 9: Variação dos escores médios, desvios-padrão (DP), moda (MO) e mediana (MD), no d2, antes e após 13 semanas de tratamento	85
Tabela 10: Diferenças entre as médias dos escores nos testes d2 antes e após o tratamento por grupos com níveis de significância	86
Tabela 11: Variação dos escores médios, desvios-padrão (DP), moda (MO) e mediana (MD), no IFP, antes e após tratamento	86
Tabela 12: Diferenças entre as médias dos percentis no IFP antes e após o tratamento, por grupos	87
Tabela 13: Variação dos escores médios, desvios-padrão (DP), moda (MO) e mediana (MD), no BAI, BDI e distorções cognitivas, antes e após o tratamento	87
Tabela 14: Diferenças entre as médias dos escores no BAI, BDI e número de distorções cognitivas, antes e após o tratamento, por grupos	88
Tabela 15: Variação dos escores médios, desvios-padrão (DP), moda (MO) e mediana (MD), no ISSL, antes e após o tratamento	89
Tabela 16: Diferenças entre as médias dos percentis no ISSL, antes e depois do tratamento, por grupos	90
Tabela 17: Comparação da variação das médias e desvios-padrão (DP) por Facetas de qualidade de vida no WHOQOL-100 antes e após o tratamento	91
Tabela 18: Comparação das médias e desvios-padrão (DP) dos domínios de qualidade de vida por no WHOQOL-100 antes e após o tratamento	92
Tabela 19: Comparação da variação das médias e desvios-padrão (DP) dos desempenhos nos testes e respostas nas escalas, antes e após o tratamento, com a idade dos participantes	95

Tabela 20: Comparação da variação das médias e desvios-padrão de Respostas na escala Y-BOCS, antes e após tratamento, com a idade dos participantes	96
Tabela 21: Comparação da variação das médias e desvios-padrão (DP) dos desempenho no d2, antes e após tratamento, com a idade dos participantes	97
Tabela 22: Comparação da variação das médias e desvios-padrão (DP) de respostas no BAI, BDI e distorções cognitivas, antes e após tratamento, com a idade dos participantes	97
Tabela 23: Comparação das diferenças das médias e desvios-padrão (DP) das facetas de QV no WHOQOL-100, antes e após tratamento, com idade dos participantes	99
Tabela 24: Comparação das diferenças médias dos domínios de QV, antes e após tratamento, com a idade dos participantes	100
Tabela 25: Comparação das diferenças das médias e desvios-padrão (DP) das Facetas de QV no WHOQOL-100, antes e após tratamento, com idade de início do TOC	101
Tabela 26: Comparação das diferenças médias e desvio-padrão (DP) dos domínios de QV, antes e após tratamento, com a idade de início do TOC	102
Tabela 27: Comparação das diferenças do desempenho e respostas em todos os instrumentos, antes e após tratamento, com o tempo de sofrimento em TOC, por níveis de significância	103
Tabela 28: Comparação das diferenças das respostas na Y-BOCS, antes e após tratamento, com o tempo de sofrimento em TOC, por níveis de significância	104
Tabela 29: Comparação das diferenças de respostas no ISSL antes e após tratamento, com o tempo de sofrimento com TOC, por níveis de significância	105
Tabela 30- Comparação das diferenças dos desempenho nos testes e respostas nas escalas, antes e após tratamento, com o gênero dos participantes	106
Tabela 31: Comparação das diferenças dos desempenhos nos testes e respostas nas escalas, antes e após tratamento, com uso ou não de medicamentos pelos participantes	107
Tabela 32: Comparação das diferenças das respostas na escala Y-BOCS, antes e após tratamento, com uso ou não de medicamentos pelos participantes	108
Tabela 33- Comparação das diferenças nas respostas do IFP, antes e após tratamento, com uso ou não de medicamentos pelos participantes	110
Tabela 34: Comparação das diferenças dos desempenho no teste d2, antes e após tratamento, com uso ou não de medicamentos pelos participantes	110
Tabela 35: Comparação das diferenças nas respostas no BAI, BDI e número dist cognitivas, antes e após tratamento, com uso ou não de medicamentos pelos participantes	111
Tabela 36: Comparação das diferenças nas respostas do ISSL, antes e após tratamento, com uso ou não de medicamentos pelos participantes	113

Tabela 37: Comparação das diferenças das respostas nas facetas de QV no WHOQOL-100, antes e após tratamento, com uso ou não de Medicamentos pelos participantes.....	116
Tabela 38: Comparação das diferenças dos domínios de QV, antes e após tratamento, com uso ou não de medicamentos pelos participantes.....	117
Tabela 39: Comparação das diferenças dos desempenho nos testes e respostas nas escalas, antes e após tratamento, com diagnóstico de depressão.....	118
Tabela 40: Comparação das diferenças dos escores médios e desvios Padrão (DP) nas facetas de QV no WHOQOL-100, antes e após tratamento, com diagnóstico de depressão	119
Tabela 41: Comparação das diferenças dos escores médios e desvios Padrão(DP) dos domínios de QV, antes e após tratamento, com diagnóstico de depressão.....	120
Tabela 42: Comparação das diferenças dos desempenho nos testes e respostas nas escalas, antes e após tratamento, com diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada (TAG)	121
Tabela 43: Comparação das diferenças dos escores médios e desvios Padrão(DP) das facetas de QV no WHOQOL-100, antes e Após tratamento, com transtorno de ansiedade generalizada (TAG)	122
Tabela 44: Comparação das diferenças dos escores médios e desvios Padrão (DP) dos domínios de QV, antes e após tratamento, com transtorno de ansiedade generalizada (TAG)	123
Tabela 45: Comparação das diferenças dos desempenho nos testes e respostas nas escalas, antes e após tratamento, com diagnóstico de fobia social.....	124
Tabela 46: Comparação das diferenças dos escores médios e desvios Padrão (DP) das facetas de QV no WHOQOL-100, antes e após tratamento, com fobia social.....	125
Tabela 47: Comparação das diferenças dos escores médios e desvios Padrão (DP) dos domínios de QV, antes e após tratamento, com Fobia social.....	126
Tabela 48: Mudança qualitativa dos níveis de estresse de cada paciente, após o tratamento com TCCG.....	127
Tabela 49: Mudança qualitativa dos níveis de TOC pela Y-BOCS entre antes e após o tratamento com TCCG	128
Tabela 50: Mudança qualitativa dos níveis de ansiedade pelo BAI entre antes e após o tratamento com TCCG	129
Tabela 51: Mudança qualitativa dos níveis de depressão pelo BDI, antes e após o tratamento com TCCG.....	130

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	Comparação dos percentis médios no D2 antes e depois de 13 semanas de tratamento.....	85
Figura 2:	Escores médios do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI); Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Número de Distorções Cognitivas antes e após o tratamento com TCCG	88
Figura 3:	Percentis médios de Estresse Físico e Psicológico medidos pelo ISSL, antes e após o tratamento com TCCG	89
Figura 4:	Escores Médios nas Facetas de Qualidade de Vida (QV) mensuradas pelo WHOQOL-100, antes e após o tratamento com TCCG	92
Figura 5:	Escores Médios nos Domínios de Qualidade de Vida (QV) mensurados pelo WHOQOL-100, antes e após o tratamento com TCCG.....	93

LISTA DE SIGLAS

BAI	Inventário Beck de Ansiedade
BDI	Inventário Beck de Depressão
CAEP	Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos
CID-10	Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição
DSM IV	Manual Diagnóstico e Estatístico para Transtornos Mentais – 4ª edição
IFP	Inventário Fatorial de Personalidade
IRS	Inibidor de Recaptação de Serotonina
ISRS	Inibidor Seletivo de Recaptação de Serotonina
ISSL	Inventário de Sintomas de Estresse de Lipp
TCCG	Terapia Cognitivo-Comportamental Grupal
TOC	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
Y-BOCS	Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale – para avaliar o nível TOC
WAIS III	Wechsler Adult Intelligence Test III
WHOQOL-100	World Health Organization Quality Of Life – 100 – para avaliação de qualidade de vida

RESUMO

Ainda que primariamente classificado como um transtorno de ansiedade, o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) parece também afetar outros processos psicológicos, como percepção viso-espacial, atenção e memória, bem como prejudicar o estado de humor e a qualidade de vida. O presente estudo teve dois objetivos: (1) avaliar, por meio de testes psicométricos, essas funções psicológicas em pacientes diagnosticados com TOC; (2) investigar possíveis alterações desses parâmetros psicométricos como efeito da psicoterapia cognitivo-comportamental grupal (TCCG). Vinte e três pacientes com TOC foram submetidos aos testes: subtestes do WAIS III: Aritmética, Dígitos, Sequência de Números e Letras e Cubos; escala Y-BOCS; Inventário Fatorial de Personalidade (IFP); as escalas de Beck para depressão (BDI) e ansiedade (BAI); o teste de atenção concentrada d2 e o Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL). Os resultados indicaram que os escores nos subtestes da WAIS III e quase todos os fatores do IFP não sofreram alteração, enquanto aqueles para BDI, BAI, d2, ISSL e no fator Denegação do IFP se alteraram após 13 semanas de tratamento com TCCG, confirmando estudos anteriores sobre a eficácia da TCCG, além de realçarem a importância da associação da TCCG com uso concomitante de medicamento.

Palavras-chave: Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), comorbidade, funções cognitivas, Psicoterapia Cognitivo-Comportamental em grupo, Neuropsicofarmacologia.

ABSTRACT

Although primarily classified as an anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder (OCD) also seems to affect other physiological processes, such as visual-spatial perception, attention and memory, as well as dampen the mood and quality of life. This study had two objectives: (1) assess, through psychometric tests, these psychological functions in patients diagnosed with OCD, (2) investigate possible changes of psychometric parameters as the effect of cognitive-behavioral group therapy (CBGT). Twenty-three patients with OCD were tested: the WAIS III subtests: Arithmetic, Digit, Sequence Numbers and Letters and Cubes; Y-BOCS scale; Factor Personality Inventory (IFP); the Beck scales for depression (BDI) and anxiety (BAI); the concentrated attention test d2 and the Inventory of Stress Symptoms of Lipp (ISSL). The results indicated that scores on the subtests of the WAIS III and almost all factors of the IFP does not change, while those for BDI, BAI, d2, and factor ISSL Denial of IFP changed after 13 weeks of treatment with CBGT, confirming studies earlier on the effectiveness of CBGT, and enhance the importance of the association of CBGT with concomitant medication.

Keywords: Obsessive Compulsive Disorder (OCD), comorbidity, cognitive function, cognitive-behavioral psychotherapy group, Neuropsychopharmacology.

O Comportamento de Medo e a Ansiedade

O comportamento emocional tem sido estudado desde 1872, quando Darwin abordou em sua obra “A expressão das emoções no homem e animais” a origem e o desenvolvimento, no homem e em outros animais, dos principais comportamentos emocionais (Brandão, 1995). As definições de emoção, em geral, referem-se a alterações neurovegetativas que acompanham respostas do organismo a algum estímulo ambiental.

Dentre os comportamentos emocionais mais estudados, cita-se o comportamento de medo. Tal comportamento pode ser filogeneticamente determinado, podendo ser caracterizado por respostas reflexas simples, como a dilatação da pupila no homem diante de um animal feroz, ou mais complexas, denominadas padrões fixos de ação, como quando uma codorna se abaixa diante da sombra de um predador, um gavião por exemplo, que sobrevoa os céus. Todavia, tal comportamento pode ser aprendido por Condicionamento Respondente, Clássico, ou Pavloviano (Ledoux, 2004; Baum, 1999; Catania, 1999).

Após a interação do organismo com os estímulos eliciadores de medo, os estímulos sensoriais chegam ao tálamo, podendo seguir dois caminhos, simultaneamente: uma via tálamo-amígdala, que é curta e rápida; e a outra via, que passa pelo córtex, tornando-se mais longa e mais elaborada. A primeira via produz respostas rápidas. Ao identificar o estímulo (inato ou aprendido) como ameaçador, a amígdala, além da sensação de medo, automaticamente dispara uma reação de alarme, via duas estruturas cerebrais, o hipotálamo e a matéria cinzenta periaquedutal. O hipotálamo transmite impulsos nervosos para as glândulas supra-renais, ativando o sistema nervoso

autônomo simpático, que desencadeia as manifestações imediatas de medo, tais como hiperventilação, taquicardia, sudorese, boca seca, pupilas dilatadas, tremores etc.

O segundo caminho percorrido pelos estímulos sensoriais caracteriza-se por estes serem integrados, identificados e dotados de significados pelo córtex pré-frontal, antes de serem repassados à amígdala. O hipocampo participa, exercendo a função de comparar a experiência atual com experiências passadas, dentre outras funções.

Segundo Joseph LeDoux (citado por Brandão, 1999) e explicitado por Cruz e Landeira-Fernandez (2001), a função da amígdala nos circuitos cerebrais do medo é a de desempenhar um papel de interface entre o sistema de inibição comportamental e o sistema cerebral aversivo; ou seja, sintetizar os vários inputs de estímulos vindos do meio ambiente, sinalizando para a matéria cinzenta periaquedutal e para o hipotálamo o grau de perigo que representam.

Os mesmos circuitos cerebrais do medo acontecem na ansiedade patológica no ser humano. O medo difere da ansiedade na medida em que é uma resposta a uma ameaça conhecida, externa, definida. A ansiedade pode ser definida como um estado subjetivo de apreensão ou tensão, difuso ou vago, freqüentemente acompanhado por uma ou mais sensações físicas, como taquicardia, hiperventilação, sudorese, tremores etc, desencadeados pela expectativa de perigo, dor ou necessidade de esforço extra (Lent, 2004; Dalgarrondo, 2000; Brandão, 1999; Graeff & Brandão, 1993).

Transtornos de Ansiedade

Existem, atualmente, no mundo, duas classificações principais para os transtornos ansiosos, a *Classificação Internacional de Doenças* em sua décima edição – CID 10, produzido pela organização Mundial de Saúde (Organização Mundial da Saúde, 1993),

e o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* em sua quarta edição – DSM IV, produzido pela Associação Psiquiátrica Americana em 1994 (APA, 2002). A seguir, apresenta-se um quadro comparativo das mesmas.

CID-10	DSM IV
<i>F 40 Transtornos fóbico-ansiosos</i>	
<i>F40.0 Agorafobia</i> <i>Agorafobia sem transtorno do pânico</i> <i>Agorafobia com transtorno do pânico</i>	<i>Agorafobia sem história de transtorno do pânico</i> <i>Transtorno do pânico com agorafobia</i>
<i>F40.1 Fobias sociais</i>	<i>Fobia social</i>
<i>F40.2 Fobias específicas (isoladas)</i>	<i>Fobia simples</i>
<i>F4 Outros transtornos ansiosos</i>	
<i>F41.0 Transtorno do pânico</i>	<i>Transtorno do pânico sem agorafobia</i>
<i>F41.1 Ansiedade generalizada</i>	<i>Ansiedade generalizada</i>
<i>F41.2 Transtorno misto ansioso e depressivo</i>	
<i>F42 Transtorno obsessivo-compulsivo</i>	<i>Transtorno obsessivo-compulsivo</i>
<i>F43 Reações ao estresse grave e transtornos de adaptação</i>	
<i>F43.0 Reação aguda ao estresse</i>	
<i>F43.1 Estado de estresse pós-traumático</i>	<i>Transtorno por estresse pós-traumático</i>
<i>F43.2 Transtorno de adaptação</i>	<i>Transtorno de ajustamento com humor ansioso</i>

Quadro 1: Comparativo das Classificações de Transtornos Ansiosos: CID-10 e DSM IV.

Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é um quadro ansioso crônico que acomete cerca de 2,5 % da população adulta, independente de sexo, raça ou nível sócio-econômico (APA, 2002), ou de 2 a 3% da população (Kaplan, 2002) e, atualmente, ocupa a quarta colocação entre os diagnósticos psiquiátricos mais frequentes (Karno & Golding, 1991, citado por Ito, 1998), sendo superado apenas por depressão, dependências químicas e fobias (Abramowitz, 1996).

Embora a Associação Psiquiátrica Americana (2002) classifique o TOC como Transtorno ansioso, segundo Gentil (1996), o TOC enquadra-se em tipos de transtornos que não apresentam a ansiedade como sua manifestação principal, nem é uma “psiconeurose” que surge de conflitos desenvolvimentais no indivíduo e, ainda, apresenta semelhanças com a psicose em testes neuropsicológicos, apesar de não ser uma psicose. Reforçando tais argumentos, Andrade e cols. (1996) ressaltam que o TOC aparece na CID-10, como uma categoria independente, não especificamente um transtorno ansioso, mas com características que se superpõem aos transtornos ansiosos e depressivos, além de transtornos como a síndrome de Gilles da La Tourette, esquizofrenia e transtornos de personalidade.

A sintomatologia do TOC é caracterizada pela presença de obsessões e compulsões, embora De Araújo (1998) afirme que em cerca de 10 a 15 % dos casos de TOC, as obsessões e as compulsões aparecem isoladamente.

As obsessões são descritas como pensamentos, idéias ou imagens repetidas e indesejadas que adquirem característica de inflexibilidade na discriminação de eventos com os quais o indivíduo interage. Manifestando-se por preocupações, blasfêmias, impulsos para emissão de comportamentos indesejáveis, obscenidades, idéias repugnantes ou combinações dessas, que influem no fluxo normal do pensamento ou atividade do momento (De Araújo, 1998), causam sensação de desconforto ou ansiedade e levam a pessoa a realizar determinadas compulsões (APA, 2002).

As compulsões são comportamentos repetitivos e intencionais realizados mentalmente ou através de ações motoras, emitidos com o objetivo de reduzir o incômodo e a ansiedade causados pelas obsessões, de forma padronizada ou estereotipada (APA, 2002). São exemplos a manutenção do alinhamento simétrico de

objetos em lugar específico; rituais de limpeza e lavagem; e rituais de checagem e verificação (De Araújo, 1998).

A frequência de ocorrência do tipo de Obsessões é a seguinte: Contaminação (45%), dúvidas patológicas (42%), sintomas somáticos (36%), necessidade de simetria (31%), agressividade (28%), sexual (26%) e outros (13%). Quanto às compulsões, a frequência de ocorrência das formas clássicas é: verificação (63%), lavagem (50%), contagem (36%), a necessidade de pedir ou confessar algo a alguém (31%), a simetria e a precisão (28%) e acumulação (18%) (Sasson, Zohar, Chopra, Lustig, Iancu, Hendler, 1997; Rasmussen & Eisen, 1994, 1992).

Em termos de prognóstico, o estudo de de Skoog e Skoog (1999) demonstra que o TOC de início precoce foi associado com menos capacidade de recuperação dos sintomas. Geller (2005) informa que, em uma revisão de 11 casos clínicos de TOC pediátrico, encontrou a idade média de início de 10 anos e que isso difere bastante de registros de amostras de adultos, em que a idade média de início era de 21 anos. Portanto, ele chama a atenção para o fato de que o TOC pode constituir um transtorno com picos bimodais de incidência e, ainda, que diferenças na prevalência por sexos entre crianças e adultos podem refletir maior gravidade e menor idade de início em meninos. Finalmente, sugere que pacientes com início precoce representariam um grupo etiologicamente distinto (Maia, Cooney & Petterson, 2008).

Eisen e cols. (1999, conforme citado por Ferrão, 2004) dá relevância para a precocidade na melhora dos sintomas, pois, se esta for logo no início da incidência, maior a chance de ocorrer remissão completa e isso independe da idade de início do TOC.

King (2005) afirma que, durante 47 anos de acompanhamento de indivíduos com TOC, descobriu-se que, ao menos para homens, o início antes dos 20 anos tinha mau

prognóstico; apenas 28% desses homens se recuperaram e 44% se mantiveram inalterados ou deterioraram sua condição.

Em um estudo sobre pacientes de TOC refratários, Ferrão (2004) afirma que, mesmo havendo outros estudos concluindo que o TOC de início precoce (até 10 anos de idade) tem um prognóstico pior, seus achados não confirmaram esta conclusão e, ainda, cita outros estudos que concordam com seus resultados, como os de Thomsen (1995). Finalmente, sugere que novos estudos, que integrem neurobiologia e tratamento do TOC, verifiquem se a presença de sintomas do TOC com início precoce seria um fator preditor de um subtipo do transtorno com gravidade maior.

Causas do TOC

O TOC é um transtorno cuja causa pode estar relacionada a uma série de fatores que, necessariamente, não acontecem em conjunto.

Pode ter causa genética porque estudos verificam que ocorre mais entre gêmeos idênticos e tem quatro vezes mais chance de ocorrer em uma família, quando um dos entes apresentam o problema (Cordioli, 2002). Rasmussen e Tsuang (1986) e Mercadante (2004), afirmam que estudos em gêmeos apresentam uma concordância para monozigóticos de 53 a 87% e para dizigóticos de 22 a 47%, portanto, tais achados reforçam a determinação genética para o TOC.

Alguns estudos dão relevância para a idade de início dos sintomas, havendo um consenso de que quando o início é precoce, por volta dos 10 anos de idade, aumenta o risco de sintomas e a comorbidade para os familiares (Geller, 2005; Mercadante, 2004).

O fato de crianças acometidas de inflamações das amígdalas, com infecções causadas pela bactéria *Streptococo Beta Hemolítico do grupo A (EBHGA)*,

apresentarem sintomas de TOC no período da infecção, apresenta-se como possível causa para o aparecimento do TOC (Braga, 2004).

A febre reumática, da Coréia de Sydenham, apresentou em 70% de casos, sintomas de TOC em crianças 2 meses depois da febre, enquanto que em crianças sem a Coréia tais sintomas não ocorreram (Braga, 2004).

Têm sido aventadas explicações comportamentais com aprendizagem de comportamentos inadequados diante de situações aversivas, com comportamentos substitutivos de fuga e esquiva, fundamentadas na teoria de Mowrer (1947, conforme citada por diversos autores, Rangé, Asbahar, Moritz & Ito, 2001; Ito, 1998), que afirma haver inicialmente, por processos de condicionamento pavloviano, a associação de estímulos neutros (facas, fezes, poeira etc) com estímulos ou situações aversivos. Em seguida, tais estímulos condicionados aversivos, por processos de generalização (violência, sujeira, ordem etc) desencadeariam medo e ansiedade em situações do dia-a-dia que, para outras pessoas não seriam ameaçadoras, quando o indivíduo emitiria comportamentos exagerados e ritualizados para diminuir a ansiedade desencadeada por estes estímulos aversivos.

Além de explicações comportamentais, há argumentos que concebe ser as obsessões intensificações de funções cognitivas, como as crenças disfuncionais para a tendência ao exagero da responsabilidade e a necessidade de ter certeza das coisas e ao exagerado poder da força do pensamento (Braga, 2004; Salkovskis, Kirk & Clark, 1997).

Comorbidade e TOC

Em relação ao desconforto experimentado pelos pacientes portadores de TOC, Ito (1998) afirma que o paciente experimenta uma sensação de mal-estar, sendo a mais

comum a ansiedade, que pode ser leve ou muito intensa, chegando a ocorrerem ataques de pânico. O TOC pode aparecer com comorbidade a outros transtornos, como depressão e outros transtornos de ansiedade (APA, 2002; Rangé, Asbahr, Moritz & Ito, 2001; Riggs & Foa, 1999).

O TOC em si já é considerado pelo DSM IV (APA, 2002) um transtorno de ansiedade e pacientes de TOC chegam a experimentar episódios de intensa ansiedade, como verdadeiros ataques de pânico e em crianças e adolescentes a comorbidade do TOC com depressão pode chegar a 73 % . Além disso, outros transtornos de ansiedade aparecem em comorbidade com TOC, como Fobia simples (22%), Fobia social (18%) e Transtorno do pânico (12%) (Rasmussen & Eisen, 1992).

Em uma revisão em que considera vários estudos epidemiológicos do TOC, Petribú (2001) conclui que, em relação ao tratamento do TOC, as comorbidades devem ser, também, tratadas, por isso torna os tratamentos mais prolongados, sobretudo a terapia cogniti-comportamental. Informa que, em muitas vezes, é difícil determinar se é o TOC ou outro transtorno com o qual o paciente apresenta comorbidade, que deve ser tratado primeiro, mas, a escolha deve sempre se pautar na gravidade e na interferência sobre o funcionamento do indivíduo.

As Bases Biológicas do TOC

As principais estruturas cerebrais envolvidas no TOC parecem ser os núcleos da base e o lobo frontal. Em relação aos núcleos da base, fundamentam este argumento o fato de haver alta incidência de TOC em transtornos com conhecido comprometimento neurológico, como a coréia de Sydenham, a Síndrome de Gilles de La Tourette e encefalite letárgica. Em relação ao lobo frontal, a fundamentação está no fato de haver

sintomas obsessivo-compulsivos na epilepsia parcial dos lobos frontais e na eficácia terapêutica de interrupção cirúrgica das vias fronto-estriatais e das técnicas da capsulotomia e a cingulotomia (Aouizerate, Guehl, Cuny, Rougier, Bioula, Tignol & Burbaud, 2004; Bush, Vogt, Holme, Dale, Greve, Jenike, Rosen, 2002; Kaplan, 2002; Rangé & cols., 2001; Paus, 2001; Bush, Luu & Posner, 2000; Riggs & Foa, 1999; Schwartz, 1999, 1998; Piazza & Le Moal, 1997, 1996; Koob & Le Moal, 1997; Gorenstein, Bernick & Gentil, 1996; Devinsky, Morrel, Vogt, 1995).

No TOC, então, há uma hiperatividade dos componentes do circuito neural orbitofrontal, cingular, caudado, pálido e talâmico durante os sintomas do TOC e, segundo Gorenstein, Bernick e Gentil (1996), as aferências da amígdala e do hipocampo até o estriado ventral, do estriado ventral ao núcleo dorsal do tálamo e de volta ao córtex pré-frontal e giro do cíngulo, formando um circuito que é a base neurofisiológica para a sintomatologia do TOC.

Os Gânglios da Base (GB), uma região muito rica em neurotransmissores e multireceptores, têm uma posição muito estratégica no encéfalo, pois, suas diferentes porções recebem projeções do córtex cerebral, modulando e influenciando o seu funcionamento, tendo em vista que o processamento e a filtragem da informação que chega de volta ao córtex, passando pelo tálamo, dependem deles. Os GB são o Estriado, que é constituído pelo Putamen e pelo Núcleo Caudado, o Globo Pálido, a Substância negra e os Núcleos Subtalâmicos, todos estes interconectados entre si. Segundo Cordoli (2002) os GB são associados com aspectos mais sofisticados do comportamento, como o controle do início do movimento, sua modulação, o planejamento da sequência do movimento, a aprendizagem por ensaio e erro e, finalmente, o direcionamento cognitivo e motivacional.

O fato de pacientes de TOC terem pensamentos negativos exacerbados faz com que estes sejam repetidos intensamente, gerando tanto rebaixamento no humor quanto insegurança e ansiedade. O que desencadeia tal repetição, que pode ser de conteúdo negativo, com a permanência de distorções cognitivas, pode se dizer que, em grande parte é a dificuldade no funcionamento neurofisiológico do paciente. Existe um circuito fechado denominado circuito-fronto-córtico-estriato-tálamo-cortical. Neste circuito, o Núcleo Caudado, uma porção do estriado, teria o papel de interromper este circuito toda vez que houvesse uma hiperexcitação do mesmo, todavia, isso não acontece e o comportamento relacionado a ativação do circuito não é interrompido. Como exemplo, pode-se citar uma estimulação que acarreta uma resposta cortical, que deveria ser “filtrada” pelos gânglios da base, como o núcleo caudado, porém, não filtrando desencadeará uma excitação exacerbada do tálamo e esta excitação iria atingir o córtex orbito-frontal, que participa da manutenção do foco da atenção em determinado estímulo. Tal circuito deixa claro porque certos pacientes não conseguem tirar de seus pensamentos as obsessões, as idéias fixas e suas intransigências (Mercadante, 2004). Este processo de funcionamento, também, relaciona o TOC à depressão a nível cognitivo, pois, as distorções cognitivas podem ter este caráter de intransigência e permanência em um só estímulo.

Segundo Graeff (2001) a fisiopatogenia do TOC tem a ver com a produção e liberação de serotonina, desde o mesencéfalo aos núcleos (gânglios) da base no estriado, em especial o núcleo caudado. O trajeto da serotonina é, então, partindo dos núcleos dorsais da rafe (NDR) no mesencéfalo, sendo encaminhada pela via mesoestriatal até o núcleo caudado (do estriado) e o núcleo caudado iria inibir a estimulação que vem do córtex frontal. Todavia, no TOC, o núcleo caudado não cumpre adequadamente seu

papel de inibir os impulsos do córtex frontal, que gera a estimulação do circuito estriado – tálamo-frontal. Então, o que leva o núcleo caudado a não cumprir seu papel? A baixa concentração de serotonina no estriado, onde está o núcleo caudado. Sabe-se disso porque os receptores serotoninérgicos pré-sinápticos 5HT 1B/1D estão seletivamente concentrados no estriado. A função dos receptores 5HT 1B/1D é limitar, inibir a liberação de serotonina na fenda sináptica, quando esta está em níveis elevados. Ora, se estes receptores 5HT 1B/1D estão muito sensíveis (ativados), haverá menor liberação de serotonina na fenda sináptica e, no caso do TOC, será no estriado, onde existe alta concentração destes receptores 5HT 1B/1D. Tais mecanismos são evidenciados quando se administra o agonista de receptores 5 HT 1B/1D, denominado sumatriptan e verifica-se o agravamento de sintomas em pacientes de TOC.

Conforme explicação anterior, se o paciente recebe tratamento para aumentar a concentração de serotonina no estriado, especificamente no núcleo caudado, logicamente, haverá retomada do papel do caudado no estriado e a diminuição da estimulação, que estava exacerbada no tálamo e, conseqüentemente no córtex frontal, interrompendo o circuito do TOC: fronto-estriado-tálamo-frontal. Os medicamentos Clomipramina e os Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina, que aumentam a concentração de serotonina em tratamentos prolongados, têm mostrado efeito significativo no tratamento do TOC, diminuindo a ocorrência e de sintomas e aumentando a capacidade de controle dos mesmos pelos pacientes.

Não obstante, Cordioli (2002) lembra que os benefícios do tratamento a base de Serotonina não provam necessariamente que a disfunção serotoninérgica é a causa do TOC, pois, há determinados pacientes de TOC que não melhoram com o tratamento a base de serotonina, que têm comorbidade com outros transtornos, como transtorno de

tiques, síndrome de Tourette, personalidade esquizotípica etc, e que melhoram com neuroléticos, medicamentos que envolvem a Dopamina e não a Serotonina, o que indica que a Dopamina, também, pode participar da neurotransmissão e patogenia do TOC.

Estudos correlacionam o papel do neurotransmissor serotonina (5-HT) na ansiedade e no transtorno do pânico. Usando como modelo animal de ansiedade e pânico, o labirinto em T-elevado, e procedimentos experimentais geradores de ansiedade e pânico em pacientes com transtorno de pânico e sadios, Graeff (2003) demonstra que a serotonina (5-HT) facilita a ansiedade e inibe o pânico.

Portanto, o envolvimento da serotonina no TOC tem sido amplamente demonstrado. Dessa forma, os medicamentos que atuam como agonistas indiretos mais seletivos para serotonina se mostram mais eficazes, excetuando-se a Clomipramina, um antidepressivo tricíclico que atua como agonista indireto de serotnina e noradrenalina (Kaplan, 2002; Gorenstein, Bernick & Gentil, 1996; Goodman, Price, Delgado, Palumbo, Krystal, Nagy, Rasmussen, Heninger & Charney, 1990).

A boa eficácia da Clomipramina no tratamento do TOC não se deve à concentração de seu principal metabólito, mas, a melhora se deve, também, à redução dos níveis do ácido 5-hidroxi-indolacético (5HIAA), que é um metabólito da serotonina no líquido (Gorenstein, Bernick & Gentil, 1996).

TOC e Percepção de Dor

Alguns estudos descrevem comorbidade de TOC com transtornos somatoformes, em que há muita queixa de dor (Kolada, 1994; Yaryura, 2000, conforme citados por Petribú, 1996).

Além de inibir o pânico, o medo é, também capaz de inibir a dor (Burke & cols., 2006; Grimes & cols.,2004; Cruz e Landeira-Fernandez, 2001), mesmo que a dor seja

desencadeada por lesões apenas potenciais e não reais. Os mecanismos pelos quais tal inibição ocorre são mediados por sistema opióide endógeno, que modula ou bloqueia o processamento de informações dolorosas que chegariam até o córtex cerebral (Lent, 2004).

Segundo Melzack e Wall (1965, citados por Graeff & Brandão, 1993), a sensação efetivamente percebida de dor depende da soma dos fatores sensorial- discriminativo, que depende das características específicas do estímulo, e de fatores emocionais, cognitivos e atentos. Os sinais dolorosos, portanto, podem ser radicalmente modificados e mesmo bloqueados nos estágios iniciais da transmissão dos impulsos nociceptivos, quando eles penetram no sistema nervoso central. Este modelo, da influência inibitória do cérebro sobre a entrada sensorial na medula, que depende de características da personalidade, da experiência passada, da cultura e de fatores cognitivos do indivíduo; é conhecido como teoria da comporta.

A dor pode ser classificada como crônica e aguda. Na aguda existe uma causa bem definida, com um curso temporal característico e a dor desaparece tão logo ocorre a cura da injúria. Na dor crônica há a persistência de impulsos anormais no cérebro de pequena magnitude por tempo mais extenso (Melzack, citado por Graeff & Brandão, 1993). Guimarães (1999) afirma que a dor crônica pode ter duração de seis meses a vários anos e acrescenta aos tipos aguda e crônica a dor recorrente, como um tipo de dor aguda, de curta duração, que se repete ao longo de vários meses.

Em um estudo comparando medidas de base neuropsicológica, como memória espacial e verbal, funções visuoestrutivas e funções executivas, em pacientes portadores de TOC e pacientes portadores de dor crônica, foi possível observar resultados equivalentes para os dois grupos (Lepow, Murphy & Nutzinger, 2002).

TOC e Depressão

Considerando o aspecto comportamental no desenvolvimento de ansiedade e depressão, Seligman (1977) em seus estudos sobre Desamparo Aprendido, afirma que quando um rato, cão, ou homem experimentam um trauma inescapável, de início lutam intensamente, o medo é a emoção dominante que acompanha esse estado de atividade frenética, que acontece pela falta de controle do trauma que os animais experimentam. Se o trauma inescapável se mantiver, a atividade frenética será substituída por depressão. Tanto a emoção de medo quanto a incontrollabilidade e a atividade frenética, podem ser correlacionados ao desencadeamento de Transtornos de Ansiedade no homem.

A relação de TOC e depressão é tanta que Henry Maudsley sugeria que o TOC fosse uma das variações da depressão, denominando-a *religious melancholia*, assim como fazia Morel, que se baseava na periodicidade dos estados obsessivos (Lotufo-Neto & cols., 1996). Rasmussen e Tsuang (1986) afirmam que em estudos sobre comorbidade, ao longo da vida de pacientes com TOC, até 75% destes foram diagnosticados com depressão maior. Segundo Rangé, Asbahr, Moritz e Ito (2001), a distinção entre pacientes obsessivo-compulsivos que apresentam sintomas depressivos coadjuvantes e pacientes diagnosticados com depressão, que apresentam sintomas obsessivo-compulsivos, pode ser extremamente difícil.

A patofisiologia dos processos mediados por obsessões específicas bem como ansiedade específica e preocupações podem tornar os neurocircuitos mais vulneráveis ao desenvolvimento de transtorno depressivo maior (Besiroglu & cols., 2006).

Em estudo recente, Alonso e cols. (2009) concluem que o suicídio não é um comportamento muito comum no TOC, mas não deve ser desconsiderado,

especialmente em pacientes solteiros com comorbidade com depressão e sintomas de obsessões e compulsões por ordem e simetria, que podem apresentar alto risco de suicídio.

A Psicoterapia Cognitiva enfatiza que o modo como uma pessoa interpreta a realidade, suas percepções dos eventos e suas crenças sobre o mundo e sobre si mesmo é influenciado pelo conteúdo de suas cognições e que os transtornos psíquicos são decorrentes da disfunção destas cognições, influenciando as emoções do indivíduo, seu comportamento e, até mesmo, seu funcionamento orgânico (Teixeira, 2004; Falcone, 2001; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997).

A Terapia Cognitiva identifica três níveis de pensamento: o pensamento automático, as crenças intermediárias e as crenças centrais. Os pensamentos automáticos, acontecem no decorrer do dia, aparecem repentinamente, num nível pré-consciente, vindo espontaneamente à nossa consciência. Os pensamentos automáticos podem vir acompanhados de distorções cognitivas, promovendo uma desadaptação do indivíduo em seu meio ambiente (Falcone, 2001).

As Distorções Cognitivas são inadequações na percepção e interpretação de eventos da realidade, ora exacerbando a intensidade do evento, ora diminuindo-a, tendo como consequência comportamentos e emoções incongruentes com aqueles exigidos na realidade. Na verdade, os pensamentos distorcidos não causam os problemas emocionais, pois, o contrário pode ocorrer, ou seja, um indivíduo pode ter uma distorção cognitiva por estar estressado (Silva, 2004; Falcone, 2001).

Segundo Rangé (1998), os tipos de Distorções Cognitivas, que dão suporte às patologias, podem ser identificadas pela análise dos pensamentos automáticos.

Alguns exemplos de Distorções Cognitivas, listados por Aaron Beck e citados por Judith Beck (1997) são:

- 1 – Pensamento do tipo tudo-ou-nada (também chamado pensamento preto-e-branco, polarizado ou dicotômico):

Você vê uma situação em apenas duas categorias em vez de um contínuo.

Exemplo: “Se eu não for um sucesso total, eu sou um fracasso”.

- 2 – Catastrofizando (também denominado adivinhação):

Você prevê o futuro negativamente sem considerar outros resultados mais prováveis.

Exemplo: “Eu ficarei tão aborrecida que não serei capaz de agir direito.”

- 3 – Desqualificando ou desconsiderando o positivo:

Você irrazoavelmente diz para si mesmo que experiências, atos ou qualidades positivos não contam.

Exemplo: “Eu fiz bem aquele projeto, mas isso não significa que eu seja competente; eu apenas tive sorte.”

Ellis (1998, citado por Rangé, 2001) em sua Terapia Racional Emotiva, afirma que as Distorções Cognitivas decorrem sempre dos “devos”, citando onze crenças irracionais que representam o foco central do tratamento.

TOC, Estresse e Qualidade de Vida

Estudos sugerem que a qualidade de vida (QV) dos pacientes de TOC é muito importante na determinação do TOC, do tipo de sintoma de TOC (Albert, Maina, Bogetto, Chiarle & Mataix-Cols, 2010; Stengler-Wenzke, Kroll, Matschinger & Angermeyer, 2006). Eisen, Mancebo, Pinto, Coles, Pagano, Stout e Rasmussen (2006)

concluem em seu estudo que aspectos da qualidade de vida estão marcadamente afetados nos portadores de TOC e estão, também, associados à gravidade do TOC.

Segundo Lipp (2000), o estresse é uma resposta do organismo, quando se depara com uma situação que represente um desafio maior. Esta resposta apresenta-se com características físicas e emocionais.

Há 4 fases para o estresse: Alerta, após o aumento da produção de adrenalina e a realização de alguma atividade ou trabalho, o indivíduo mantém a saúde do organismo e tem uma sensação de alívio com posterior refazimento; Resistência, quando o estresse é continuado, o organismo se cansa excessivamente e há um desgaste maior, aparecendo cansaço generalizado e dificuldades com a memória. Se o estresse ainda continua, a pessoa passa para uma fase pior, a de Quase-exaustão, quando se inicia um processo de adoecimento e órgãos que apresentam maior vulnerabilidade começam a apresentar algum prejuízo. Finalmente, na fase de Exaustão, se não há medidas para que o indivíduo se sinta aliviado, o desgaste é ainda maior e o organismo pode desenvolver transtornos mentais e do comportamento, como os de Ansiedade e Depressão, e fisiológicos, como a gastrite, enfarte, psoríase e outros.

A avaliação da qualidade de vida do paciente, o conhecimento e a conscientização do mesmo sobre a imprescindível necessidade de manter a Homeostase como um dos fundamentos primordiais de seu bem-estar são cuidados, também, imprescindíveis para o enfrentamento do TOC.

A idéia de equilíbrio no funcionamento do organismo não é nova e é vastamente demonstrada em milhares de estudos relativos a Homeostase, que se define como a capacidade que o organismo humano possui de se manter em equilíbrio dinâmico, como um conjunto de processos regulatórios para manter constantes as condições de seu meio

interno (Malnic, 1991). Dentre tais processos destacam-se os sistemas de controle e regulação e, também, de importância significativa para a psicoterapia comportamental, os ritmos biológicos.

Ritmos Biológicos - Segundo Malnic (1991), existem no organismo os chamados osciladores endógenos, marcapassos ou relógios biológicos, que têm a propriedade de poderem ser sincronizados por fatores cíclicos ambientais. Esses fatores cíclicos ambientais, denominados agentes sincronizadores, regulam o período e a fase dos osciladores endógenos. O principal sincronizador ambiental é a alternância claro-escuro do dia e da noite. É importante ressaltar que muitas evidências científicas demonstram que a sincronização com o ambiente e a ordem temporal interna são necessárias para a manutenção da funcionalidade normal de todos os organismos, uni ou pluricelulares. A ruptura desta sincronidade com o meio e a ordem temporal interna provocará, inevitavelmente, dano à integridade do organismo, uma inadequação em suas interações com fatores ambientais, sejam quais forem, e, até mesmo, poderá reduzir sua expectativa de vida. Praticamente, todas as variáveis fisiológicas apresentam, ao longo de 24 horas, uma intensidade que segue uma regularidade e uma periodicidade e, ainda, além de haver uma regularidade na variação da quantidade da variável fisiológica, em diferentes horas do dia, os sistemas fisiológicos respondem de forma diferente a um mesmo estímulo. Filogeneticamente, o organismo está antecipadamente preparado para enfrentar as alterações e estimulações ambientais relacionadas com as flutuações do dia e da noite. Realmente, nem o psicoterapeuta, nem o paciente ou seus familiares, jamais poderiam negligenciar a importância de se cuidar do bom funcionamento dos relógios biológicos.

Os processos homeostáticos e a importância da manutenção do equilíbrio interno do organismo, independentemente do meio, foram primeiro citados pelo fisiologista

Claude Bernard, em 1879. Posteriormente, em 1939, Cannon denominou Homeostase a necessidade que o organismo apresenta de se manter em equilíbrio para sua sobrevivência (Lipp & Malagris, 1998).

Independentemente de fatores genéticos predisponentes a qualquer transtorno mental ou do comportamento, a Homeostasia tende a se fazer presente e haverá processos persistentes no organismo para que ele atinja seu estado de equilíbrio dinâmico, caso contrário adoece, desenvolvendo os transtornos que decorrem de disfunções de seus mecanismos regulatórios. Para pacientes de Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) não seria diferente, ou seja, mesmo que tais pessoas sejam portadoras de um código genético que as predisponha ao TOC, desde sua formação embrionária, seus organismos apresentam mecanismos homeostáticos regulatórios, que promovem seu equilíbrio interno.

Após a conscientização do paciente de TOC sobre seu transtorno e a orientação teórico-prática em relação a estratégias de autocontrole, o terapeuta, sempre numa relação de parceria com o paciente, contando com sua adesão ao tratamento, deve iniciar procedimentos de avaliação, informação e estabelecimento de um repertório comportamental que garantam os níveis de uma vida saudável, conforme os princípios de respeito à Homeostase do organismo. Para tal, usa de recursos que possam avaliar o nível de estresse, como o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp – ISSL (Lipp, 2000), ou o instrumento WHOQOL-100, ou abreviado, produzido pela Organização Mundial de Saúde-OMS, para avaliar a Qualidade de Vida (Fleck, Fachel, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 1999).

A Homeostase e a Qualidade de vida estão estreitamente relacionadas e a sua não manutenção poderia dar origem, no comportamento do paciente, a um estado de

vulnerabilidade, condição que poderia desencadear ou agravar os sintomas do TOC (Lipp & Malagris, 1998). Se o terapeuta não dá atenção a esses temas, corre o risco de ineficácia do tratamento, pois, a vulnerabilidade é fator de manutenção de estresse e, conseqüentemente, sintomas de ansiedade, impulsividade, compulsividade e depressão.

O estudo bastante recente de Albert, Maina, Bogetto, Chiarle e Mataix-Cols (2010) confirma que a qualidade de vida em pacientes de TOC está severamente prejudicada e os autores concluem que a identificação de preditores de qualidade de vida no TOC pode ajudar os profissionais a adaptarem os protocolos de tratamento para atender as necessidades individuais de seus pacientes.

Fontenelle, Fontenelle, Borges, Prazeres, Rangé, Mendlowicz e Versiani (2009) em um estudo que avaliou o impacto das diferentes dimensões de sintomas obsessivo e compulsivos, de comorbidade de sintomas depressivos e ansiosos, e de características sociodemográficas sobre a qualidade de vida dos pacientes com TOC, concluíram que a severidade dos sintomas depressivos e de ansiedade parece ser poderoso determinante do nível de qualidade de vida destes pacientes.

Dar atenção à qualidade de vida, em relação aos pacientes de TOC, torna-se uma atitude imprescindível por parte dos terapeutas, tendo como parâmetro que o TOC afeta não somente a qualidade de vida do próprio paciente, mas, também, a de seus familiares. Em uma pesquisa realizada em Leipzig, na Alemanha, Utilizando o WHOQOL-BRIEF, questionário produzido pela Organização Mundial de Saúde, comparou-se a qualidade de vida de familiares de pacientes portadores de TOC com a da população em geral e foi possível verificar que tais familiares estão envolvidos nos rituais dos pacientes. Os resultados demonstram que a qualidade de vida dos familiares de pacientes com TOC foi significativamente menor que a da população geral, nos

domínios psicológico, bem-estar físico e relacionamento social, sugerindo que os profissionais devem se preocupar em tratar não apenas com os pacientes com TOC, mas, também, seus familiares, a fim de que atinjam níveis adequados de qualidade de vida (Stengler-Wenzke & cols., 2006).

Outro estudo verificou a correlação entre níveis de gravidade de TOC e qualidade de vida. Foi possível constatar que todos os aspectos da qualidade de vida de pacientes com TOC são afetados de forma acentuada e estes estão associados com o nível de gravidade de TOC, com uma severidade particularmente obsessiva e, ainda, sua qualidade de vida está associada à gravidade da depressão. Os resultados, ainda, sugerem que a qualidade de vida e o funcionamento psicossocial começam a ser mais afetados significativamente nas pontuações em que a escala Y-BOCS é superior a 20 (Eisen & cols., 2006).

Portanto, a Homeostase e a qualidade de vida devem ser alvo dos primeiros cuidados do terapeuta em relação à saúde do paciente com TOC e sua avaliação, informação ao paciente sobre a importância e os meios de mantê-la e o estabelecimento de um repertório comportamental que a garanta ao paciente e a seus familiares, devem ser empreendidos no início do tratamento, antes mesmo que os sintomas de TOC sejam enfrentados especificamente.

Bullinger (1993, conforme citado por Fleck & cols., 1999), estudando a qualidade de vida, assegura existir de forma abstrata uma qualidade de vida independente da cultura de diferentes nações, de modo que sentir-se bem, universalmente, inclui estar bem psicologicamente, fisicamente, socialmente e estar funcionando bem, ou seja, sendo capaz de desenvolver suas habilidades com competência.

Por não haver um conceito universal de qualidade de vida, o desenvolvimento dos aspectos descritos por *experts* de diferentes culturas, como subjetividade, multidimensionalidade e presença de dimensões positivas, como mobilidade, e negativas, como dor; culminou no conceito de qualidade de vida como “a percepção que o indivíduo possui em relação a si mesmo, considerando a posição que ocupa na vida que ele vive como um todo, inserido num contexto cultural, com sistema de valores e, sem desconsiderar seus objetivos, suas preocupações, seus princípios e expectativas (Fleck & cols., 1999).

Segundo Pedroso, Pilatti e Reis (2009), O WHOQOL-100 para a língua portuguesa foi desenvolvido pelo Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina (FAMED), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O estudo de validação do instrumento para o português foi coordenado por Fleck e cols.(1999).

TOC e Personalidade

Segundo Okasha (2005) não há evidências científicas de que personalidade obsessivo-compulsiva (anancástica) e TOC estejam altamente correlacionados, todavia, afirma que há o TOC ocorre juntamente com os outros tipos de transtorno de personalidade. Reforçando tal argumento, Jenike (1990, citado por Lotufo-Neto e cols., 1996), em 140 casos de TOC estudados, encontrou apenas 8 casos com personalidade pré-mórbida obsessiva. Ainda, neste estudo, o transtorno de personalidade mais freqüente foi o de personalidade evitativa.

Torres e Del Porto (1995), comparando pacientes de TOC com um grupo-controle, relatam que os pacientes de TOC apresentam 70% maior ocorrência de

transtornos de personalidade que no grupo-controle. Ainda neste estudo, a frequência de aparecimento de outros transtornos de personalidade no grupo de TOC foi: personalidade evitativa (52,5 %), dependente (40%), histriônica (20%), paranóide (20%), obsessivo-compulsiva (17,5%), narcisista (7,5%), esquizotípica (5%), passivo-agressiva (5%) e derrotista (5%). Bejerot (1998), em estudo sobre a co-morbidade entre TOC e transtornos de personalidade, 75% dos pacientes de TOC apresentavam transtorno de personalidade, segundo critérios do DSM III e 36% apresentava transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva. Em outros dois estudos, Okasha (1996, 1996) encontrou que o transtorno de personalidade que mais prevaleceu foi o tipo “sem outra especificação” e, em seguida, vieram “borderline”, compulsiva, evitativa e histriônica.

Em relação à resposta ao tratamento, em um estudo em que 55 pacientes de TOC foram tratados com terapia comportamental e terapia multimodal cognitiva, Fricke, Moritz, Andresen, Jacobsen, Kloss, Rufer e Hand (2005) concluíram que uma grande porcentagem dos pacientes se beneficiaram do tratamento, independentemente da presença de transtorno de personalidade e foram capazes de manter sua melhora no follow-up. Todavia, os pacientes com traços esquizotípicos e passivo-agressivos tiveram seu tratamento fracassado.

TOC e Atenção

Daniel Geller e colaboradores (1996, citados por Brown, 2007), descobriram que um terço das crianças acompanhadas por eles e diagnosticadas com TOC, também, preenchiam os critérios para transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Normalmente, o TDAH ocorria mais cedo, mais de dois anos antes dos sintomas de TOC terem se desenvolvido e, finalmente, as crianças que tinham os dois diagnósticos

tendiam a ter um funcionamento diário bem pior em relação a aquelas com apresentavam apenas um dos transtornos. Posteriormente, em 2002, estes mesmos estudiosos, estudando um grupo de crianças diagnosticadas com TDAH, descobriram que mais da metade tinha também alguma forma de TOC.

Schwartz (2005) chama a atenção para o uso da técnica de Atenção Focada como suporte para a Exposição e Prevenção de Respostas no tratamento do TOC. Esta técnica, resumidamente, fundamenta-se em quatro passos: rerrotular, reatribuir, refocar e revalorizar e, à medida que o paciente desenvolve em seu repertório tais estratégias, é capaz de perceber os pensamentos e sensações intrusivos, além dos comportamentos ritualísticos, como sintomas de um transtorno e a compreender que pode substituí-los por respostas novas e adaptativas. A Atenção Focada é também chamada de Consciência Atenta e capacita o paciente a observar as próprias sensações e pensamentos com calma e a clareza de um observador externo. Esses dados reforçam a importância de se relacionar a habilidade de atenção ao TOC.

Os problemas atencionais e as dúvidas crônicas são levantados como possíveis fatores de determinação para a origem da lentidão de pacientes com TOC (Taub, D'Alcante, Batistuzzo & Fontenelle, 2008).

Pleva e Wade (2002) analisaram a importância relativa de responsabilidade e atenção na previsão de níveis de obsessão em estudantes australianos universitários não clínicos. Usaram o Inventário Maudsley de Obsessões e Compulsões, a Escala de Atitudes de Responsabilidade (RAS) e o Teste de Atenção Diária, ou *Test of Everyday Attention (TEA)*, juntamente com medidas de ansiedade-traço e depressão. Resultados altos no Inventários Maudsley de obsessões e Compulsões exibiram uma maior percepção de responsabilidade e índices mais baixos em atenção total que aqueles com resultados baixos do Inventário

Maudsley. Estas diferenças permaneceram significativas após o controle da ansiedade-traço e da depressão. Correlações entre responsabilidade e subtestes de atenção seletiva visual (TEA) mantiveram-se significantes após o controle das obsessões. Concluíram que tais achados sugerem que medidas de atenção, particularmente medidas de atenção seletiva visual, podem ser confundidas com atitudes de responsabilidade, salientando a importância do controle de variáveis meta-cognitivas como a responsabilidade, quando se investiga a atenção em TOC.

Estudando a evidência de que pacientes de TOC apresentam um viés para preocupação relacionada a materiais e, fundamentados no fato de que em estudos anteriores não conseguiram detectar um viés atencional neste tipo de pacientes, Moritz, Von Mühlénen, Randjbar, Fricke e Jelinek (2009) conduziram um estudo comparando o desempenho de 42 pacientes de TOC e 31 controles na percepção de estímulos visuais que sugeriam necessidades de checagem (conferência) e limpeza. Ao final do estudo Concluíram que os pacientes com TOC responderam significativamente mais lentos para alvos que foram precedidos por uma sugestão TOC-relevante (checagem e limpeza). Os resultados apoiam a alegação de que pacientes com TOC compartilham uma anormalidade de processamento de preocupação relacionada com material visual.

Funcionamento Neuropsicológico e TOC: Memória Operacional e Habilidade Visuoespacial

O TOC está relacionado com déficits neuropsicológicos (Cottraux & Gerard, 1998, citado por Aouizerate, 2004; Purcell, Maruff, Pantelis, 1998), como anormalidades na coordenação motora fina, movimentos involuntários e função visuoespacial, que podem ocorrer por alterações estruturais ou neuroquímicas e

poderiam explicar as obsessões ou ser secundários aos sintomas do TOC. Portanto, a abordagem neuropsicológica é uma ferramenta útil para avaliar as funções de diferentes regiões do cérebro no desenvolvimento do TOC.

Abramovitch, Dari, Schweiger e Hermesh (2011), utilizando uma bateria neuropsicológica computadorizada, a fim de eliminar a ansiedade entre examinando e examinador e na tentativa de obterem resultados mais objetivos, avaliaram 30 pacientes de TOC, compararam seus desempenhos com um grupo controle e verificaram que os pacientes de TOC apresentaram disfunções em todos os domínios neuropsicológicos comparados aos controles. Concluíram que a gravidade do TOC está relacionada com o desempenho de composição, funções executivas e índices de domínio verbal e, ainda, estes resultados não mudam após o controle da gravidade da depressão. Os autores reforçam o uso de sistema computadorizado para eliminar as variáveis intervenientes na avaliação dos examinandos e consideram que a bateria pode ter contribuído para a associação dos prejuízos neuropsicológicos e os sintomas obsessivos.

Os déficits de memória, incluindo desempenho de execução e memória recente não-verbal, são as principais disfunções e as anormalidades mais relatadas em pacientes com TOC (Christensen, Kim, Dysken & Hoover, 1992).

Entre as regiões corticais posteriores, o córtex parietal inferior esquerdo e a junção parieto-occipital estão envolvidas em tarefas cognitivas relacionadas à aparência visual. A hipoatividade destas regiões poderia explicar os déficits de processamento visuoespacial e de memória visual observados em pacientes de TOC (Purcell & cols., 1998; Zielinski, Taylor, & Juzwin, 1991), pois, esses pacientes têm dificuldades com as tarefas mais complexas que exigem tratamento espacial, integrado à manipulação de informação geográfica (Head , Bolton & Hymas, 1989).

Segundo Rangé (2001), o papel dos lobos frontal e temporal, primeiramente do lobo temporal direito, é reforçado nos estudos neuropsicológicos relativos ao TOC.

Segundo Taub e cols. (2008), os estudos que se voltam para o entendimento do funcionamento neuropsicológico do TOC abordam três funções cognitivas: as funções executivas, a memória e as funções visuoespaciais. “Funções executivas são as habilidades que permitem gerar e selecionar respostas, planejar e regular ações adaptadas e dirigidas a uma meta” (Taub & cols., 2008, p.305). Dentre as funções executivas, a Memória Operacional tem papel fundamental, pois está relacionada ao planejamento antecipatório, a tomada de decisões e a resolução de problemas. Tais funções dependem da integridade das áreas frontais. Vários tipos de dificuldades nas funções executivas têm sido identificados em portadores de TOC.

Na avaliação neuropsicológica das funções executivas, os testes que devem ser utilizados são aqueles do tipo “resolução de problemas”, que requeiram planejamento, pensamento abstrato, auto-regulação, automonitorização e, ainda, a inibição de respostas. (Taub & cols., 2008).

Dois sistemas neuropsicológicos estariam relacionados às funções cognitivas comprometidas do TOC: O circuito Pré-Frontal Dorsolateral (CPFDL) e o circuito Pré-Frontal Orbitomedial (CPFOM). A maioria dos estudos neuropsicológicos do TOC sugere disfunções de um destes sistemas e um destes estudos demonstra o comprometimento da memória operacional, avaliada com o *Self Ordering Pointing Task* e com o *Spatial Working Memory* (Taub & cols., 2008).

Diversos estudos têm mostrado que pacientes com TOC têm dificuldade no desempenho de testes que exigem habilidade visuoespacial. Dentre tais testes, o subteste Cubos do WAIS está incluído. (Taub & cols., 2008).

O estudo de Moritz e Wendt (2006) usou a figura complexa de Rey como instrumento para avaliar a habilidade visuo-espacial de pacientes de TOC, considerando se o processamento visuo-espacial nestes pacientes para aspectos locais é mais eficiente para aspectos de uma gestalt global.

Em estudo recente, Jaafari, Rigalleau, Rachid, Delamillieure, Millet, Olié, Gil, Rotge e Vibert (2011) fizeram uma revisão crítica da contribuição do registro dos movimentos dos olhos para a neuropsicologia do TOC, comparando pacientes de TOC com pacientes de Esquizofrenia e Autismo, mas, não encontraram déficits significativos nos pacientes de TOC nesta habilidade. No presente estudo, utilizou-se os subtestes do WAIS III para avaliar o Índice de Memória Operacional e a habilidade visuoespacial com o teste Cubos.

O Tratamento do TOC

Riggs e Foa (1999) afirmam que, somente a partir do advento dos tratamentos com a terapia comportamental e do desenvolvimento dos medicamentos à base de serotonina o houve eficácia nas intervenções técnicas para o TOC, antes disso, com os tratamentos psicodinâmicos e com os psicotrópicos tradicionais, não se conseguia o alívio dos sintomas obsessivos e compulsivos.

Cordioli (2000) é mais específico em relação ao tratamento do TOC, assegurando que o tratamento de primeira linha é a farmacoterapia e a terapia comportamental e que, devido à resposta parcial a um ou outro, ou seja, ou não espondem bem a um ou não respondem bem a outro desses tipos de tratamento, a maioria dos profissionais de saúde recomenda a associação destas duas formas de terapia simultaneamente. Todavia, informa que, em geral, os passos para o tratamento do TOC devem ser os seguintes: “1)

monoterapia com inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) ou clomipramina; 2) aumento da dose; 3) troca de medicamento; 4) potencialização com outras drogas; 5) combinações não usuais, ECT e clomipramina EV; 6) neurocirurgia” (Cordioli, 2000, p. 285).

Em relação à psicocirurgia, Chiocca e Martuza (1990, conforme citado por Rangé, Asbahr, Moritz & Ito, 2001), a leucotomia límbica, dentro os procedimentos estereotáxicos principais para o TOC, tem atingido sucesso para diminuir sintomas de obsessões e compulsões em 89 % dos casos que receberam este tipo de intervenção. Todavia, a indicação de cirurgias para o TOC, segundo os estudiosos do assunto, deve ser a última escolha dentre os tratamentos existentes. Mais especificamente, é recomendada após as tentativas sem sucesso com terapia comportamental, farmacoterapia diversa e, ainda, se o caso for crônico e grave, com TOC incapacitante ou suicidas (Cordioli, 2000).

A técnica de melhor eficácia na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) do TOC é a Exposição e Prevenção de Respostas (EPR) (Foa & Franklin, 2005). Inicialmente, terapeuta e paciente fazem uma lista de situações desencadeadoras de obsessões e/ou compulsões, posteriormente é feita uma hierarquia dessas situações; antes da exposição às situações desencadeadoras, o terapeuta pode ensinar exercícios de relaxamento ao paciente ou não e a exposição pode ser feita *in vivo* ou na imaginação, até que, finalmente, venha colocar o indivíduo na situação desencadeadora da ansiedade, partindo da situação de menor ansiedade para a de maior ansiedade, ou utilizando-se da técnica de *flooding*, quando o paciente é colocado, conforme sua capacidade de tolerância e interesse do paciente, nas situações que desencadeiam maior nível de ansiedade. Em qualquer das formas de exposição, partindo de menor nível de

ansiedade para a de maior ou vice versa, o paciente será mantido na mesma até que os sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos diminuam de intensidade pelo princípio da habituação. Devido ao número de repetições da exposição a resposta à situação diminuirá sua intensidade de ocorrência. A prevenção de resposta se caracteriza pela auto-observação do comportamento do indivíduo em que este evita a emissão dos rituais, por compreender que eles aliviam a ansiedade desencadeada pelas obsessões. Todavia, outras técnicas cognitivas e comportamentais podem ser utilizadas como coadjuvantes no tratamento (Ito, 1998), tais como o Registro de Pensamentos Disfuncionais automáticos, a Decatastrofização, Treinamento em Auto-instruções e Questionamento de Crenças Irracionais.

Os efeitos terapêuticos da terapia comportamental têm sido associados a mudanças funcionais nas interações entre o córtex límbico (incluindo o córtex orbital e o giro do cíngulo anterior) e os gânglios da base, que são extremamente importantes para redirecionar o fluxo de informações para a integração dos novos eventos ambientais, comportamentalmente significativos, durante o aprendizado. Esta função pode ser central na aquisição de padrões de comportamento mais adaptados durante a terapia cognitivo-comportamental (Schwartz, 1999,1998).

Baxter e cols.(1992), estudando as mudanças neurofisiológicas, por técnicas de neuroimagem em pacientes de TOC, observou que as alterações verificadas em pacientes que receberam tratamento medicamento com fluoxetina, inibidor seletivo de recaptção de serotonina (ISRS), foram equiparadas às verificadas após 10 semanas de terapia cognitivo-comportamental. A região cerebral que foi destacada pelas técnicas de neuroimagem foi o núcleo caudado do hemisfério direito dos pacientes, que, após as intervenções farmacológica e psicoterápica, tiveram seu funcionamento restabelecido,

ou seja, o estado exacerbadamente ativado destas regiões, voltou a um estado de equilíbrio funcional. Os resultados foram, também, comparados com um grupo controle, em que não se verificou as alterações dos outros dois grupos que receberam tratamento.

Cruz e Landera-Fernandes (2007), ao citarem os estudos de Baxter e cols. (1992), reforçam a possibilidade de mudanças neurofisiológicas por intermédio da psicoterapia e citam, ainda, outros estudos que fundamentam tais argumentos, como os de Nakatani e cols. (2003) e Schwartz e cols. (1996).

Para o estabelecimento de um repertório comportamental saudável, o terapeuta usa de técnicas comportamentais diversas, com base em condicionamento respondente: Relaxamento, Dessensibilização Sistemática, Intenção paradoxal (Brown, 1999; Ito, 1998; Salkovskis, 1997), ou condicionamento operante: Reforçamento Positivo, Parada de Pensamento, Modelação, Controle de Estímulos (Ito, 1998; Salkovskis, 1997) e, também, técnicas cognitivas: Resolução/Solução de problemas, Avaliação Cognitiva, Auto-instruções (Santos & Alvarenga, 2004; Salkovskis, 1997).

As Técnicas de reatribuição, com Reestruturação Cognitiva de conceitos e responsabilidades são muito importantes, tanto para os sintomas obsessivos do TOC, quanto para os sintomas de depressão, já que a depressão está presente em torno de 70% dos casos de TOC (Petribú, 2001). As técnicas de Reatribuição, segundo Beck (1997), é usada quando o paciente irrealisticamente atribui ocorrências adversas a uma deficiência pessoal, como falta de habilidade, ou força de vontade. O terapeuta ajuda o paciente a revisar eventos relevantes, aplicando princípios racionais, lógicos, às informações disponíveis. O objetivo não é destituir o paciente de responsabilidades, mas, definir e adequar variáveis aos eventos que contribuem para uma experiência adversa. O paciente, então tira de si mesmo o peso da auto-incriminação, buscando novas formas

de lidar com os eventos, prevenindo-se contra interpretações negativas disfuncionais e distorções cognitivas (Rangé & cols., 2001).

A Biblioterapia refere-se ao emprego de materiais escritos , como livros de auto-ajuda, a fim de que esses possam auxiliar os pacientes a modificar seus comportamentos, seus pensamentos e/ou seus sentimentos. Para sua eficácia, o usuário deve apresentar capacidade de leitura e entendimento do material escrito e as seguintes habilidades de autocontrole: a) autodiagnóstico, b) capacidade de auto-registro do comportamento para auto-avaliação do mesmo, c) rearranjar incentivos, para novas habilidades, d) Habilidade para novos passos, quando tiver ganhos positivos , e) Capacidade de solução de problemas, se a estratégia de leitura não funciona e, finalmente, f) habilidade para generalizar e manter as mudanças atingidas com a biblioterapia (Caballo & Buela-Casal, 1996).

Keeley, Williams e Shapiro (2002) fizeram um levantamento com 265 terapeutas cognitivo-comportamentais do Reino Unido sobre a atitude deles em relação ao uso de materiais estruturados de auto-ajuda e, dentre as conclusões, cita-se algumas: a) Materiais de auto-ajuda são usados por 88,7 % deles como um complemento para a terapia individual, b) os materiais de auto-ajuda foram mais frequentemente utilizados para pacientes com depressão, ansiedade e TOC, c) A maioria dos materiais usados eram da abordagem da terapia Cognitivo-comportamental e d) apenas 36,2% dos terapeutas foram treinados em como usar tratamentos de auto-ajuda e aqueles que haviam recebido treinamento indicavam mais e recomendavam mais, por semana, como abordagem útil para a terapia.

Em recente estudo, Redding, Herbert, Forman e Gaudiano (2008) chegaram a algumas conclusões e deixam as seguintes recomendações aos terapeutas que pretendem

usar a biblioterapia como recurso de intervenção: a) o livro de auto-ajuda não deve ser indicado, a menos e até que a intervenção com ele demonstre, de forma convincente, as condições em que ele pode ser útil, b) os autores devem abordar questões relacionadas com diagnóstico diferencial, curso de auto-avaliação, prevenção de recaídas, e quando procurar ajuda profissional, c) os autores devem fornecer informações claras, de fácil utilização, diretrizes para a implementação de técnicas de auto-ajuda e, finalmente, d) tanto quanto possível, os autores devem fundamentar suas abordagens nas melhores evidências científicas disponíveis.

Moritz e Jelinek (2011) conduziram um estudo com 46 pacientes diagnosticados com TOC em que, após prescreverem um romance de auto-ajuda intitulado *association splitting* (AS), que visa a redução de obsessões, avaliaram a eficácia do mesmo para a redução de sintomas de TOC e depressão. O tratamento consistiu de um auto-estudo de um manual enviado por e-mail. Após o estabelecimento da linha de base, quatro semanas mais tarde os sintomas foram avaliados online usando as versões de auto-relato da Y-BOCS, do BDI e do inventário Revisado Obsessivo-Compulsivo (OCI-R). Os autores afirmam que os resultados indicam que a leitura do AS é uma abordagem viável para conduzir um declínio de sintomas de aproximadamente vinte e cinco por cento nos escores da Y-BOCS e, ainda, que a técnica exerceu efeitos positivos sobre a depressão, avaliada pelo BDI e sobre a subescala de pensamentos obsessivos do OCI-R. Os autores, finalmente, concluem que estudos em andamento pretendem explorar se os efeitos em curto prazo são mantidos ao longo do tempo e se este tipo de terapia, guiada pelo terapeuta, pode reforçar a eficácia do livro.

O Relaxamento Muscular Progressivo é baseado na técnica de Jacobson, embora existam outros tipos. No relaxamento progressivo, o principal mecanismo envolvido é a

aprendizagem por discriminação progressiva do estado tensional e distensional pelo próprio indivíduo que o utiliza, e é desenvolvido através de exercícios sistemáticos de contração e descontração de grupos musculares sucessivamente em determinada ordem, de modo a atingir um estado de relaxamento cada vez mais amplo e profundo de seu organismo (Vera & Vila, 1996).

O Registro de Pensamentos Disfuncionais é uma técnica que, segundo Beck (1997), é uma forma de começar a examinar, avaliar e modificar as cognições disfuncionais. O paciente recebe do terapeuta a orientação para que registre seus pensamentos automáticos em uma coluna e, em seguida, registre ao lado desta pensamentos razoáveis de confrontação de idéias que têm lhe causado desconforto, além das situações em que tais pensamentos ocorrem, as emoções a eles associadas e a intensidade destas emoções. Obviamente, o terapeuta somente deve indicar o registro dos pensamentos disfuncionais depois que o paciente compreendeu o que são e qual a relação dos mesmos com o desencadeamento das emoções desconfortáveis de medo, ansiedade ou outras.

O Treino em Solução de Problemas é um processo em que o indivíduo, utilizando-se de diversas funções cognitivas, consegue compreender a natureza de seus problemas relacionados à vida de ação e interação e movimentar-se no sentido de dirigir seus objetivos em direção à modificação do desconforto provocado pela situação (Nezu & Nezu, 1996). Tais problemas apresentam-se de forma ambígua, com exigências contrapostas, ou falta de recursos ou, ainda, por novidades. O processo do uso da técnica inclui: a) orientação para o problema, b) definição e formulação do problema, c) levantamento de alternativas, d) tomada de decisões e e) prática da solução e verificação.

Pelo fato de que todo paciente de TOC tem medo de errar e que, por isso, emite seus rituais de reassuramento, conferência etc para não cometer erros, ele deve ser submetido a um treino sobre a compreensão da cadeia de comportamentos, em termos de identificação das contingências que envolvem cada resposta e a manutenção do foco no momento atual como momento precioso para uma resposta de qualidade apenas uma vez, mesmo que no início tenha que exercitar sua atenção.

O Encadeamento Comportamental acontece em toda ação do ser humano sobre o ambiente, principalmente se há uma complexidade maior da resposta, ou para um repertório que somente será reforçado a longo prazo. Como o próprio nome sugere, há a presença de uma cadeia de respostas (R), que se unem por estímulos discriminativos (SDs), até que seja apresentado ao organismo um reforçador final na última resposta da cadeia. Na verdade, cada resposta no meio da cadeia deve ser reforçada, até que o organismo receba o reforçador final, após a última resposta da cadeia. Os reforçadores intermediários da resposta anterior funcionam como SDs para a resposta seguinte da cadeia e, assim sucessivamente, até o reforçador final que é o alvo da cadeia comportamental (Martin & Pear, 2009; Baum, 1999).

Martin e Pear (2009) descrevem 3 métodos para se ensinar uma cadeia comportamental: *Apresentação da tarefa total*, *Encadeamento de trás para frente ou reverso* e *Encadeamento para frente*. A estratégia mais adequada ao TOC, talvez, seja a *Apresentação da tarefa total*, haja vista que os outros dois métodos incorreriam no detalhamento muito preciso de etapas intermediárias, o que poderia reforçar dificuldades específicas do paciente de TOC, que ficaria “preso” nestas respostas do meio da cadeia comportamental, tornando-as mais um ritual.

Na apresentação da tarefa total, todos os passos da cadeia comportamental são treinados até o final da cadeia com a obtenção do reforço almejado e isso é feito com várias repetições, até que o paciente, no caso do tratamento do TOC, tenha o domínio de todas as etapas. Por exemplo, para o caso de um paciente de TOC que apresenta o seguinte ritual: ao fechar uma porta, gira e volta girar a chave por 5 vezes e confere se a porta está trancada, também, por 5 vezes. A este paciente é apresentada a tarefa total, a fim de que aprenda a desenvolver o comportamento adequado de fechar uma porta, girando a chave até o final apenas uma vez e, também, conferindo se está trancada apenas uma vez. Os passos de cada resposta e respectivos reforços/SDs para as respostas seguintes, dependerão de outros aspectos que considerarão, inclusive, pensamentos disfuncionais (obsessões) que ocorrerão no meio da cadeia comportamental, além de exercícios respiratórios e respostas de relaxamento dos músculos, até a última resposta da cadeia, conclusiva do ato de fechar adequadamente uma porta, obtendo como reforços auto-elogios do próprio paciente, ou elogios de outros, como o terapeuta ou familiares, a sensação de adequação comportamental e a segurança de que tem domínio sobre seus rituais e obsessões.

A técnica da Modelação é apresentação do modelo ao paciente por parte do terapeuta, ou seja, o terapeuta apresenta ao paciente exatamente o comportamento que gostaria que este desempenhasse. Salkovskis (1997) afirma que a modelação é útil em dois aspectos: em primeiro lugar, possibilita clareza na demonstração dos comportamentos a serem desempenhados pelo paciente durante a Exposição com Prevenção de Resposta (EPR); em segundo, a modelação melhora a adesão do paciente à Exposição nas sessões de tratamento e nos exercícios de casa (Riggs & Foa, 1999).

Todavia, a Modelação somente deve ser usada no início do tratamento, a fim de não ser usada como reconforto.

Estritamente ligada à Conscientização e ao autocontrole do comportamento, coloca-se em relevância a Confrontação das Avaliações Negativas, em seguida à Modelação, tendo em vista que, a partir do momento em que o paciente irá sozinho desempenhar o comportamento, mesmo que tenha recebido um modelo, poderá apresentar comportamentos de insegurança sobre se conseguirá emitir adequadamente o comportamento, quando terá sua ansiedade aumentada porque vários pensamentos intrusivos que poderão interferir em seu repertório cognitivo e comportamental no momento em que se comporta, quando, inclusive, poderá apresentar dificuldades em manter sua atenção e concentração no comportamento presente. Neste momento, respostas condicionadas poderão ser eliciadas, de conteúdo emocional, como rebaixamento do humor, ou ansiedade, ou raiva e, até mesmo, respostas que se tornaram simplesmente automáticas, tendo em vista o grande número de vezes em que já foram emitidas em situações semelhantes, tanto em níveis de comportamentos encobertos quanto públicos.

Devido às possíveis respostas condicionadas de ansiedade, algumas técnicas podem ser úteis para o auxílio no controle da ansiedade, como técnicas de relaxamento e exercícios respiratórios. Todavia, a Dessensibilização Sistemática como abordagem de tratamento para o TOC reduzia os sintomas em apenas 30% dos pacientes (Cooper, Gelder & Marks, 1965, citados por Riggs & Foa, 1999; Beech & Vaughn, 1978).

Ao nível cognitivo, as obsessões apresentam-se como imagens, pensamentos ou impulsos (anseios), de conteúdo nitidamente negativo e irracional, percebidas conscientemente desse modo pelo paciente. É neste momento que o paciente deve ser

treinado a identificá-las e registrá-las (Registro de Pensamentos Disfuncionais Automáticos). Em seguida, o paciente deverá fazer a Confrontação da Avaliação Negativa. Tal procedimento reduzirá a ansiedade no TOC (Salkovskis, 1985, citado por Rangé, Asbahar, Moritz & Ito, 2001). A Habituação é a estratégia com a qual as obsessões são tratadas, de forma que sejam apresentadas repetidamente ao paciente até que diminuam seu potencial de evocação de ansiedade. O procedimento é feito primeiro para estímulos cognitivos previsíveis, depois para imprevisíveis (Salkovskis, 1997). A habituação pode ser usada, também, como recurso para combater obsessões. Se determinadas obsessões forem repetidas continuamente em gravações, com a voz ininterrupta do próprio paciente, verifica-se que há diminuição da aversividade da obsessão (Cruz, 1993, citado por Rangé & cols., 2001).

Durante o processo da Exposição com Prevenção de Respostas, ao lidar com a situação desencadeadora, assim como com as obsessões e Compulsões, o terapeuta deve enfatizar ao paciente a focalização do comportamento presente, tanto para conseguir a Habituação aos estímulos ansiogênicos (situacionais, cognitivos, fisiológicos, ou comportamentais), quanto para desenvolver o comportamento de autocontrole em relação ao TOC. Somente se o paciente conseguir se autobservar comportando com calma, segurança, emitindo adequadamente respostas eficazes, suficientes para um desempenho individual e social saudável, sem repetições irracionais de comportamentos, poderá sentir-se livre dos problemas inerentes ao TOC.

Terapia Cognitiva e Comportamental em Grupo (TCCG)

Estudos sugerem que a terapia cognitivo-comportamental em grupo é eficaz para o tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo (Cordioli, Heldt, Bochi, Margis, Sousa,

Tonello, Teruchkin & Kapczinski, 2002; Himle, Rassi, Haghghatgou, Krone, Nesse, & Abelson, 2001; McLean, Whittal, Thordarson, Taylor, Söchting, Koch et. al., 2001). Braga, Cordioli, Niederauer e Manfro (2005) descrevem que a eficácia da terapia cognitivo-comportamental em grupo é mantida após um ano de follow-up.

Dentre as vantagens da terapia de EPR em grupo comparada à individual, encontram-se a modelagem de exercícios de terapia cognitivo-comportamental, reforçamento e cumprimento de tarefas de casa, desestigmatização de sintomas de TOC, generalização dos ganhos do tratamento com EPR, satisfação que os membros dos grupos experimentam por ajudar os outros pacientes e a ajuda no desenvolvimento das tarefas com EPR, formação de suporte informal durante a terapia, redução de custos econômicos para o paciente e redução do tempo de terapia (Himle, Etten & Fischer, 2003; Falcone, 1998).

Cordioli e cols. (2002) relatam que pacientes de TOC tratados com terapia cognitivo-comportamental em grupo apresentam boa adesão ao tratamento, devido a fatores como o compartilhamento de conhecimento, a descoberta da universalidade dos temas, a esperança por observar a melhora de outros pacientes, o desenvolvimento de altruísmo e o desejo de ajudar outras pessoas, a correção de erros e atribuições pela observação do comportamento de outros e a coesão do grupo proporcionaria diferentes tipos de aprendizagem.

Entretanto, Morrison (2001) em uma revisão sobre quais as vantagens da psicoterapia cognitivo-comportamental grupal em relação à individual, sugere que há poucas diferenças na eficácia entre terapias grupais e individuais, embora haja alguma evidência de que os resultados da psicoterapia grupal, para alguns tipos de pacientes, possam ser desapontadores, se estes estiverem mais severamente prejudicados, ou mais

deprimidos. Finalmente, conclui que pode ser que o melhor benefício da terapia em grupo em relação à individual, em termos de custo-efetividade, é em larga escala a didática psicoeducacional da terapia de grupo.

Van Noppen, Pato, Marsland e Rasmussen (1998), em um estudo com 90 pacientes, usando psicoterapia cognitivo-comportamental em grupo, durante 10 sessões, conseguiram reduzir o nível médio da Y-BOCS, significativamente, de 21,8 que indica um nível de TOC moderado, para 16,6 que indica um nível ainda moderado, mas, beirando a leve. Relatam que os elementos mais importantes para o tratamento foram: a resposta à técnica Exposição com Prevenção de Respostas, a atuação do terapeuta, a modelagem oferecida pelos participantes do grupos e a técnica da reestruturação cognitiva.

Em relação ao número de participantes por grupo em psicoterapia cognitivo-comportamental para TOC, vários estudos utilizam números variados de participantes por grupo: 16, 6, ou 30 pacientes (Epsie, 1986, conforme citados por Van Noppen & cols., 1998; Marks & cols., 1975; Hand & Tichatzky, 1979) e todos eles demonstraram a eficácia da TCCG.

Em relação aos preditores de resposta aos tratamentos com TCCG, Braga (2004) em uma revisão, afirma que a maioria dos estudos em relação ao tema apresenta respostas controversas e não conclusivas e que conhecer os tipos de pacientes que se beneficiem de TCCG, quais fatores estão relacionado aos ganhos a curto e longo prazo e quais os pacientes que podem apresentar maior ou menor risco de recaídas, são questões ainda a espera de solução.

Guimarães (2002) desenvolveu um programa de tratamento em grupo para TOC no Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos da UnB com base, principalmente, na

técnica Exposição com Prevenção de Respostas, embora tenha utilizado, também, de técnicas de Relaxamento, Biblioterapia, aula expositiva, registro de comportamentos e entrevista com familiares. Tal programa serviu de modelo para a intervenção terapêutica do presente estudo.

A Psicofarmacoterapia

Marques (2001) afirma, que somente há 30 anos o TOC era um transtorno considerado de má resposta ao tratamento farmacológico e que somente com o advento dos medicamentos serotoninérgicos é que essa visão passou a mudar (Riggs & Foa) e acrescenta, ainda, que, atualmente, 60% dos pacientes de TOC que usam medicação com ação no sistema serotoninérgico apresentam melhoras, embora o tratamento seja crônico (Marques, 2001; Rangé, Asbahr, Moritz & Ito, 2001; Cordioli, 2000; Ito, 1998).

Na teoria de Deakin e Graef (1991) o medo é capaz de inibir o pânico. Tais autores afirmam que o transtorno do pânico poderia acontecer como uma ativação espontânea do sistema de defesa do organismo, mediado pela ausência da serotonina na matéria cinzenta periaquedutal. Assim, demonstram que drogas facilitadoras da ação da serotonina (5-HT), as quais agravam o quadro de ansiedade em pessoas saudáveis, parecem diminuir os ataques de pânico.

Segundo Schatzberg, Cole e DeBattista (2004), a Clomipramina, um medicamento antidepressivo Tricíclico Inibidor de Recaptação de Serotonina (IRS) e Noradrenalia (NA) foi notado como eficaz para o tratamento do TOC em 1968 e, de lá para cá, outras drogas serotoninérgicas têm sido testadas e demonstrados seus efeitos positivos para o controle dos sintomas do TOC, como os antidepressivos Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS). Em geral, tanto os IRSs quanto os ISRSs, somente têm

eficácia em tratamentos de tempo prolongado, em torno de 1 ano (Cordioli, 2000; Ito, 1998) e 10% dos pacientes que tomam Clomipramina abandonam o tratamento devido aos efeitos colaterais, pois, as doses são altas, variando de 75 a 300 mg/dia. Também, segundo Schatzberg e cols. (2004), os ISRSs devem ser prescritos em doses mais altas que as que são prescritas para depressão.

Os sintomas de depressão não necessitam estar necessariamente presentes para que os pacientes melhorem dos sintomas obsessivos e compulsivos (SOC). (Mavissakalian e cols., 1983, conforme citado por Ito, 1998).

A *Food and Drug Administration (FDA)*, instituição dos Estados Unidos que controla a liberação e regulamentação de drogas para tratamentos, segundo Schatzberg e cols. (2004) indica, dentre os ISRSs, a Fluvoxamina, a Fluoxetina, a Sertralina e a Paroxetina, embora todos os ISRSs tenham eficácia demonstrada para o tratamento do TOC.

Tanto os IRSs quanto os ISRSs, aumentam a disponibilidade do neurotransmissor serotonina nas sinapses neuronais e tal fato é um dos fortes indícios de que o TOC tenha suas bases neurofisiológicas numa disfunção serotoninérgica (Graeff, 2001; Rangé & cols., 2001).

Segundo Cordioli (2000), tanto para os IRSs quanto para os ISRS, a resposta terapêutica do paciente pode demorar até 12 semanas, 3 meses, e usualmente ela é gradual e progressiva, sendo que o tempo de 12 semanas ainda pode não ser suficiente para uma resposta completa à droga. Por isso, o médico deve tomar alguns cuidados, antes de mudar o medicamento, ou o paciente abandoná-lo, tais como a clareza do diagnóstico, a comorbidade com o TOC, pois, outros transtornos psiquiátricos podem

estar presentes e se o profissional conduziu adequadamente o ensaio clínico, com dose, resposta e tempo adequados ao caso do paciente.

Outras drogas podem ser prescritas para alguns casos de TOC, que apresentem comorbidade com transtorno de tiques ou de Tourette, por exemplo. Estes casos, costumam responder menos aos tratamentos com IRSs e ISRSs, quando são acrescentados ao tratamento os neurolépticos (antipsicóticos) que têm seu mecanismo de ação antagonizando a ação da Dopamina, outro neurotransmissor (Cordioli, 2000).

Fundamentado nestes argumentos, pretende-se confirmar a hipótese de que pacientes portadores de TOC, após tratamento com terapia cognitivo-comportamental em grupo, diminuam suas dificuldades específicas do transtorno, seus sintomas obsessivos e compulsivos, seus níveis de ansiedade, estresse, depressão e dificuldades relativas a sua personalidade, caso existam e, também, além de diminuir a intensidade do TOC e o número de sintomas, melhorem seu desempenho nas capacidades cognitivas de atenção, memória e habilidade visuoespacial.

OBJETIVO GERAL

O objetivo deste estudo foi comparar os escores psicométricos obtidos antes e após o tratamento com psicoterapia grupal, associada ou não à medicação, para os níveis de TOC, ansiedade, de depressão, de estresse, da qualidade de vida, das capacidades de atenção, de memória operacional, de habilidade viso-espacial e o número e intensidade de sintomas obsessivos e compulsivos, medidos por auto-relato em escalas e testes validados para o Brasil.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Ao final do estudo com TCCG para o TOC, pretendeu-se responder às seguintes perguntas:

- 1) Os escores psicométricos em testes para avaliação de habilidades cognitivas: atenção concentrada, Índice de Memória Operacional (IMO) e habilidade viso-espacial sofrem alteração após a intervenção com TCCG?
- 2) Os escores psicométricos em inventários para ansiedade, depressão, estresse e fatores da personalidade sofrem alteração após a intervenção com TCCG?
- 3) Os escores psicométricos na escala *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS), além do número de sintomas Obsessivos e Compulsivos do *Checklist* da escala Y-BOCS e do número de Distorções Cognitivas, sofrem alteração após a intervenção com TCCG?
- 4) Há alteração nas mensurações relativas à qualidade de vida, após a intervenção com TCCG?
- 5) Existe diferença significativa entre as mensurações de pacientes medicados e não medicados, obtidas antes e depois da TCCG, para os escores nos testes, inventários e escalas?
- 6) Os pacientes que apresentaram comorbidade com depressão e outros transtornos de ansiedade apresentam alterações nestes sintomas, após a TCCG?
- 7) A idade cronológica, a idade de início de TOC, ou o tempo de padecimento com TOC influenciam os escores psicométricos obtidos pelos pacientes, após intervenção com TCCG?

MÉTODO

Recrutamento e Seleção da Amostra

Inicialmente, foi feita divulgação na imprensa, escrita e falada, da cidade de Brasília e entorno, referentes a inscrições para seleção de pacientes com sintomatologia de TOC, preferencialmente aqueles já diagnosticados. Todavia, não ter sido diagnosticado com antecedência, não impediria que a pessoa interessada se inscrevesse para o programa.

As inscrições foram feitas no Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (CAEP), do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, onde os candidatos foram avaliados para verificação de seu atual nível de TOC, ansiedade e outros transtornos, caso houvesse comorbidade com TOC.

Contexto das Avaliações e Tratamento

Todas as avaliações e sessões de psicoterapia foram realizadas no CAEP, utilizando para avaliações salas para atendimento individual e grupal. Para o tratamento, utilizou-se consultório para atendimento grupal. Todas as avaliações e sessões foram conduzidas e realizadas pelo psicoterapeuta pesquisador, sem auxílio de qualquer assistente. Todos os atendimentos psicoterapêuticos ocorreram, do início ao término do tratamento, na mesma sala em que se iniciaram, excetuando-se o caso de um dos grupos, que teve 2 sessões em uma sala, mas, por necessidades da Instituição, manteve todos os outros atendimentos em sala diferente daquela em que se iniciou.

Participante

Participou do estudo com seguimento naturalístico, uma amostra não randômica de 23 pessoas diagnosticadas com TOC, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, sendo

10 do sexo masculino e 13 do sexo feminino, alfabetizados e de diferentes níveis sócio-econômicos, em tratamento farmacoterápico ou não, e com escore ≥ 16 na escala Y-BOCS, que avalia o nível de TOC.

Critérios de inclusão

- 1 – Ser alfabetizado, pois o estudo exigiu registros por escrito sobre a experiência e desempenho durante o tratamento.
- 2 - Satisfazer os critérios diagnósticos para TOC, descritos no manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais DSM-IV da Associação Psiquiátrica Americana (2002).
- 3 - O portador de TOC poderia apresentar comorbidade com outros transtornos, excetuando-se os descritos nos critérios de exclusão.

Critérios de exclusão

Foram excluídos da amostra os candidatos que:

- 1 - Apresentaram comorbidade com dependência de substâncias psicoativas, sintomas psicóticos, como alucinações e delírios, transtorno depressivo maior com risco de suicídio e transtorno de personalidade grave, segundo os critérios diagnósticos do DSM IV da Associação Psiquiátrica Americana (2002);
- 2 - Apresentaram Y-BOCS < 16 ;
- 3 - Estivessem em outro tratamento psicoterapêutico. O paciente, após ter sido selecionado, teve a opção de escolher o tratamento grupal para TOC no

CAEP, mas, na condição de que interrompesse o outro tratamento, mesmo que provisoriamente. Os dois tratamentos, simultaneamente, não era uma condição permitida devido a necessidade de controle de variáveis.

Controle do uso de medicação

Todos os participantes foram interrogados quanto ao uso de medicamentos na primeira entrevista avaliativa e em questionários respondidos pelos mesmos, antes e durante o tratamento. Para controle desta variável, foi pedido aos pacientes que se mantivessem como iniciaram o tratamento, ou seja, se iniciaram medicados, que se mantivessem medicados, com as mesmas drogas e dosagens até o final da última sessão, todavia, caso tivessem orientação médica para a mudança no tipo ou dosagem, que a seguissem e informassem ao psicólogo/pesquisador. Para confirmação, durante o tratamento, foi pedido aos pacientes que completassem em casa o Formulário para auto-registro diário do uso de medicamentos. Da mesma forma, aos pacientes que iniciaram o tratamento sem uso de medicamento, foi solicitado que assim se mantivessem até o final, exceto nos casos de exigência médica específica, ou se apresentassem condição que, nitidamente, necessitasse de intervenção medicamentosa e que não pudesse ser aliviada apenas com a psicoterapia.

Material e instrumentos

Os materiais utilizados nos atendimentos constituíram-se de mesa, cadeiras estofadas, DVDs, computador e data-show, além de caneta, lápis e borracha . Os instrumentos constituíram-se de:

- 1 - Formulário para auto-registro diário do uso de medicamentos.

Trata-se de um formulário que tem por objetivo o registro do uso de medicamento diário pelo paciente, afim de que o terapeuta tenha reais noções do comportamento de tomada da medicação por parte do paciente.

- 2 - Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido.
- 3 - Formulário de Inscrição para o tratamento do TOC no CAEP.
- 4 - A versão brasileira do Mini International Neuropsychiatric Interview (Amorim, 2000).

O MINI é um questionário diagnóstico simples e breve, destinado, principalmente, à utilização em cuidados primários e em ensaios clínicos. Foi desenvolvido por pesquisadores do Hospital Pitié-Salpêtrière de Paris e da Universidade da Flórida . É um questionário breve, que pode perfeitamente ser aplicado numa sessão com duração de 15 a 30 minutos e que é compatível com os critérios do DSM-III-R, DSM IV e CID-10. Compreende 17 transtornos do eixo I do DSM IV, o risco de suicídio e o transtorno da personalidade anti-social.

- 5 - Testes do WAISS III: Cubos, Aritmética, Dígitos e Sequência de Números e Letras.

O WAIS III é a *Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos*, que se constitui em valiosos recursos para a avaliação das habilidades cognitivas, está em sua 3ª. Edição, tendo sido publicada em 1997, nos Estados Unidos da América, seu local de origem. Este conjunto de escalas possibilita ao examinador obter resultados quantitativos de quatro níveis cognitivos: compreensão verbal, memória operacional, organização perceptual e velocidade de processamento. Portanto, torna acessível ao profissional do contexto clínico, educacional ou de pesquisa, medidas destes níveis cognitivos e do Q.I. de adolescentes, acima de 16 anos, e adultos até 89 anos de idade. O WAIS III é

reconhecido no mundo todo e já foi adaptado, validado e houve o estabelecimento de normas para o uso na população brasileira (Wechsler, 1997).

Neste estudo serão utilizados os subtestes necessários para o cálculo Índice de Memória Operacional (IMO): subtestes Aritmética, Dígitos e Sequência de Números e letras. Para avaliação de habilidade visuo-espacial, utilizar-se-há o subteste cubos.

6 - Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) (Cunha, 2001).

O BAI é uma escala de auto-relato, que mede a intensidade de sintomas de ansiedade. O instrumento foi criado originalmente para uso com pacientes psiquiátricos e mostrou-se adequado, também, para a população geral. É um instrumento com fidedignidade e validade amplamente satisfatórios e a versão em português foi aplicada em grupos psiquiátricos e não-psiquiátricos. Embora Beck recomende seu uso com pacientes a partir de 17 anos, outros estudos fundamentam seu uso com pacientes aquém desta idade (Cunha, 2001).

O Inventário é constituído por 21 itens, que são afirmações que descrevem sintomas de ansiedade e que devem ser avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo, na última semana, incluindo o momento presente, numa escala, que conforme o Manual, reflete níveis de gravidade crescente de cada sintoma: 1) “Absolutamente não” ; 2) “Levemente: Não me incomodo muito” ; 3) Moderamente: Foi muito desagradável, mas pude suportar”; 4) “Gravemente: Dificilmente pude suportar” (Cunha, 2001) .

7 - Inventário de Depressão de Beck (BDI) (Cunha, 2001).

O BDI é uma escala construída para a medida da depressão, originalmente criada por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh (1961) e revisado por Beck, Rush, Shaw e Emery (1982/1979) (Cunha, 2001).

É um instrumento com fidedignidade e validade amplamente satisfatórios e a versão em português foi aplicada em grupos psiquiátricos e não-psiquiátricos. (Cunha, 2001).

O BDI é uma escala de auto-relato de 21 itens , cada um com quatro alternativas, subentendendo graus crescentes de gravidade da depressão com escores de 0 a 3, que o sujeito responde com referência à última semana, incluindo o momento presente. Embora Beck recomende seu uso com pacientes de 17 a 80 anos, outros estudam fundamentam seu uso com idades aquém e além destas (Cunha, 2001).

8 - Teste d2 para Atenção Concentrada (Brickenkamp, 2000).

O teste d2 é um instrumento que mede a Atenção Concentrada Visual, foi criado na Alemanha e já foi usado em vários estudos e diversas aplicações, como na seleção profissional, tendo sido validado em outros países da Europa e dos Estados Unidos. O teste possibilita a avaliação do examinando nos aspectos da rapidez – Resultado Bruto (RB), exatidão (% de erros -%E), qualidade da atenção (Resultado Líquido – RL) e a oscilação (Amplitude de Oscilação – AO) de seu desempenho. Assim, pode ser um instrumento útil em diversas áreas, nas organizações, nas escolas e na clínica, permitindo a detecção de distúrbios da atenção e concentração. É um teste que já passou por validação para uso na população brasileira e é amplamente utilizado pelos profissionais de psicologia (Brickenkamp, 2000).

9 - Lista de Distorções Cognitivas de Aaron Beck.

Conforme indica o nome, trata-se de uma lista de distorções cognitivas elaboradas por Aaron Beck e citadas por Judith Beck (1997).

10- Checklist de Sintomas da Y-BOCS (Asbahr, 2000).

Corresponde a lista de sintomas de obsessões e compulsões que é apresentada como coadjuvante na aplicação da escala Y-BOCS, descrita a seguir.

11- Escala Yale–Brown de Obsessões e Compulsões Y-BOCS (Asbahr, 2000).

A Escala de Yale Brown para sintomas obsessivos-compulsivos (Y-BOCS) foi construída como uma medida de gravidade específica para sintomas obsessivo-compulsivos, para ser utilizada em ensaios clínicos. Estudos sugerem que a Y-BOCS apresenta alta validade e confiabilidade. Foi desenvolvida de modo a não ser influenciada pelo número de obsessões e compulsões eventualmente presentes no quadro clínico. Seu eixo principal constitui-se em uma escala de heteroavaliação de 10 itens, cada um variando de 0 (sem sintomas) a 4 (extrema gravidade), com escore máximo de 40. Tanto as obsessões quanto as compulsões são avaliadas de forma semelhante, incluindo para ambas os itens frequência, interferência com funcionamento, desconforto subjetivo, resistência e controle sobre o sintoma. Uma das vantagens da escala é permitir a avaliação dos efeitos do tratamento sobre obsessões e compulsões de forma separada.

Após a definição precisa ao examinando do que são as obsessões e as compulsões, o pesquisador fornece-lhe uma lista de sintomas de obsessões e compulsões, classificados segundo diferentes categorias (lavagem , agressividade, checagem, etc), esta lista é o *Check list de sintomas Obsessivo-compulsivos da Y-BOCS* (Asbahr, 2000).

12- Inventário Fatorial de Personalidade (IFP) (Pasquali, Azevedo & Ghesti, 2011).

O Inventário Fatorial de Personalidade (IFP) é um instrumento que avalia 15 dimensões ou necessidades da personalidade, baseia-se na teoria das necessidades básicas de Henry Murray e foi adaptado para uso na população brasileira a partir do teste original em inglês de Edwards (EPPS). Os fatores avaliados são: Assistência, Intração, Afago, Deferência, Afiliação, Dominância, Denegação, Desempenho,

Exibição, Agressão, Ordem, Persistência, Mudança, Autonomia e Heterossexualidade (Pasquali, Azevedo & Ghesti, 1997).

O IFP é constituído de 155 itens com afirmações sobre coisas que a pessoa pode gostar ou não, sentimentos que pode experimentar ou não e jeitos de ser que pode ter não. O lê examinando lê cada afirmação e responde, segundo uma escala de 1 a 7, o quanto a afirmação é característica da pessoa. O instrumento pode ser aplicado individualmente ou em grupos de qualquer número de sujeitos, não tem limite de tempo, mas, em geral não deve passar de 45 minutos de aplicação.

13- Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) (Lipp, 2000).

O ISSL é um instrumento para medida dos níveis de estresse validado por por Lipp e Guevara em 1994. É um instrumento usado para avaliação de jovens e adultos e permite uma avaliação, tanto de sintomatologia física quanto psicológica, além de dizer em que fase do estresse a pessoa se encontra. Possibilita, assim, ao pesquisador ou clínico um diagnóstico preciso do estresse.

O ISSL pode ser aplicado em um tempo de 10 minutos, possui 37 itens de natureza somática e 19 de psicológica, que se repetem no decorrer do teste, mas que variam de intensidade e seriedade (Lipp, 2000).

14- WHOQOL-10 para Avaliação da Qualidade de Vida, da Organização Mundial de Saúde (Fleck & cols., 1999).

Considerando a multidimensionalidade do conceito de qualidade de vida, o WHOQOL-100 foi desenvolvido com base em 6 domínios, que contêm 24 facetas. Cada faceta é um grupo específico de 4 questões sobre a qualidade de vida do respondente. Estes 6 domínios estão distribuídos no quadro seguinte:

DOMÍNIOS	FACETAS
Domínio I – Físico	1 - Dor e desconforto
	2 - Energia e fadiga
	3 - Sono e repouso
Domínio II – Psicológico	4 - Sentimentos positivos
	5 - Pensar, aprender, memória e concentração
	6 - Auto-estima
	7 - Imagem corporal e aparência
Domínio III – Nível de Independência	8 - Sentimentos negativos
	9 - Mobilidade
	10 - Atividades da vida cotidiana
	11 - Dependência de medicação ou de tratamento
Domínio IV – Relações Sociais	12 - Capacidade de trabalho
	13 - Relações pessoais
	14 - Suporte (Apoio) social
Domínio V – Ambientes	15 - Atividade sexual
	16 - Segurança física e proteção
	17 - Ambiente no lar
	18 - Recursos financeiros
	19 - Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
	20 - Oportunidade de adquirir novas informações habilidades
	21 - Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
	22 - Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
23 - Transporte	
Domínio VI – Aspectos Espirituais/ Religião/Crenças Pessoas	24 - Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais

Quadro 2: Domínios e Facetas do WHOQOL-100.

Fonte: Grupo WHOQOL (1998)

Entretanto, existe uma faceta que não está inserida em nenhum dos 6 domínios, é a faceta “qualidade de vida global e percepção geral da saúde”, quando o respondente faz uma avaliação a satisfação que está tendo em relação a sua vida, sua saúde e sua qualidade de vida (Pedroso & cols., 2009; Fleck & cols., 1999) . No presente estudo, esta faceta em relação à qualidade de vida global na percepção do examinando é avaliada separadamente das outras, também.

15 - Contrato Terapêutico.

16 - Texto sobre o TOC e seu tratamento: “Caminho de Ida”.

17 - Roteiro de Relaxamento Muscular Progressivo fundamento na técnica de Jacobson (Vera & Vila, 1996).

18 - Formulário para Registro de Pensamentos Disfuncionais Automáticos.

Formulário em o paciente registra seus pensamentos considerados disfuncionais, após treino para aprender a identificá-los. Além de registrar os pensamentos, o paciente deverá registrar emoções a eles associados, as situações em que ocorrem, bem como outros pensamentos que servem de confrontação aos irracionais. Será utilizado como tarefa de casa para registro diário e posterior material de discussão no grupo terapêutico.

19 - Protocolo de Registro Diário de Progresso –PRDP (Guimarães, 2002).

É um formulário simples em que será registrado o comportamento do paciente, por ele mesmo, como tarefa de casa, quando submetido à técnica Exposição com Prevenção de Respostas (EPR).

Procedimentos

Todos os procedimentos aconteceram na seguinte sequência de eventos: Primeira Coleta de dados, Formação dos grupos de tratamento psicoterápico grupal e Segunda Coleta dos dados. Algumas características específicas das 2 coletas são:

Primeira Coleta: realizada antes do início do tratamento psicoterápico em grupo; foi composta de 3 sessões avaliativas, sendo 2 individuais e 1 em grupo; foram usados 15 instrumentos para coleta dos dados.

Segunda Coleta: realizada 3 meses após o início do tratamento psicoterápico grupal; foi composta de 2 sessões avaliativas, sendo 1 individual e 1 em grupo; foram usados 13 instrumentos para coleta dos dados.

Primeira coleta – passo a passo

Após a realização da inscrição por parte do candidato, o pesquisador, ou secretária do CAEP, entrava em contato por telefone com o mesmo para agendar entrevista individual. Na data da entrevista, assim que chegava ao CAEP, antes de iniciar a primeira sessão avaliativa, o candidato era solicitado a preencher o formulário de Inscrição Para o Tratamento do TOC.

Na primeira sessão avaliativa, que tinha duração média de 45 minutos, o psicólogo/pesquisador utilizou 2 instrumentos: O próprio formulário de inscrição, que era discutido com o paciente e feitas complementações. Em seguida, o psicólogo/pesquisador utilizava a versão brasileira do Mini International Neuropsychiatric Interview (Amorim, 2000), para facilitação no diagnóstico de TOC e verificação de possíveis comorbidades. Após terminar a aplicação do MINI, o psicólogo/pesquisador, caso verificasse sintomas que, realmente, caracterizassem um caso de TOC e que satisfizesse os critérios de inclusão e exclusão, fazia a ele uma devolução em relação às suas dificuldades: explicava por que se enquadrava em um caso de TOC, quais eram as possíveis comorbidades, comentava sobre o curso de seus problemas e que era um problema com comprovadas possibilidades de controle, com ou sem medicamento e, se estivesse usando medicamento, poderia continuar, contanto que se mantivesse usando-o como iniciou, exceto sob orientação médica de mudança; caso não usasse, mantivesse-se sem o uso até o final. Em seguida, explicava-lhe sobre o tratamento e a pesquisa, que a abordagem seria focal, cognitivo-comportamental, em grupo e informava quais eram os passos a serem seguidos, incluindo avaliações, testes, condições e tempo de tratamento. Finalmente, lia com o paciente o Termo de Consentimento Livre, Informado e Esclarecido, tirava quaisquer dúvidas que tivesse e, finalmente, solicitava sua assinatura em 2 vias idênticas, sendo que uma delas ficava com o paciente e a outra com o psicólogo/pesquisador. Ao término da primeira sessão avaliativa, o psicólogo/pesquisador agendava com o paciente a segunda sessão avaliativa, orientando-o a tomar os cuidados fisiológicos, como sono, alimentação e hidratação, adequados, antes de vir para a avaliação.

A segunda sessão avaliativa tinha duração média de 45 minutos e era constituída da aplicação de três testes do WAIS III: Cubos, Aritmética, Dígitos e Sequência de

Números e Letras. Tais testes eram aplicados nesta mesma ordem, seguindo orientação e instruções do manual técnico do WAIS III, com utilização de cronômetro, lápis e folha de registro das respostas do examinando (Wechsler, 1997). Antes da aplicação dos testes, o psicólogo/pesquisador sempre estabelecia um rapport, a fim de contextualizar o paciente e tranquilizá-lo para a submissão ao exame. Ao término da segunda sessão avaliativa, o paciente era orientado a aguardar o telefonema do CAEP, para agendamento da terceira e última sessão avaliativa. Desde já, o psicólogo/pesquisador informava o paciente de que esta terceira sessão avaliativa seria em grupo, com pessoas com dificuldades semelhantes e que teria um tempo de duração maior, em torno de 2 horas e 40 minutos, embora todos tenham sido orientados a disponibilizarem 3 horas de seu tempo para este encontro e que, ainda, deveriam tomar os cuidados fisiológicos, como alimentação, sono e hidratação adequados, antes de virem para a avaliação.

A terceira sessão avaliativa era, portanto, formada por grupo de pacientes que já haviam passado pelas 2 primeiras sessões avaliativas. Foram disponibilizados diferentes horários para a realização desta sessão, tanto em função do número limitado de pessoas que a sala de teste comportava, que foi estabelecido em 20 para cada grupo, quanto em função da facilidade de organização dos horários disponíveis de cada candidato. Durante 2 horas e 40 minutos em média, os participantes responderam aos instrumentos, todavia, houve permissão de saída da sala para o paciente que necessitasse tomar água, por exemplo, caso houvesse encerrado as respostas de uma escala, que não apresentasse limite de tempo para responder e, ainda, tivesse outro paciente respondendo. Entretanto, houve apenas 3 casos em que os pacientes necessitaram sair, o que foi feito com discrição, no sentido de se evitar interferência no desempenho de quem estava, ainda, respondendo.

Os testes e escalas foram respondidos na seguinte ordem:

- 1°. Inventário Beck de Ansiedade - BAI - O psicólogo/pesquisador distribuía o formulário para cada paciente e lia as instruções que constam no início da página da escala, solicitando que todos acompanhassem a leitura. Em seguida, colocava-se à disposição para quaisquer dúvidas. Esperava que todos terminassem e distribuía o formulário seguinte. O instrumento não apresenta limitação de tempo para resposta.
- 2°. Inventário Beck de Depressão – BDI – O mesmo procedimento do BAI.
- 3°. Teste D2 de Atenção Concentrada – Este teste não foi aplicado no início para evitar que o candidato estivesse displicente, nem após serem aplicados outros instrumentos que pudessem deixá-lo cansado, a fim de serem evitadas interferências no desempenho. Após distribuir as folhas de resposta, o psicólogo/pesquisador lia as instruções constantes do manual de aplicação do teste e, em seguida, procedia com o exame. Este instrumento foi aplicado com uso de cronômetro, necessário ao controle preciso do tempo.
- 4°. Lista de Distorções Cognitivas de Aaron Beck – Após a aplicação do teste D2, o pesquisador distribuía uma folha com uma lista de Distorções Cognitivas, listadas por Aaron Beck em pacientes deprimidos (Beck, 1997), e pedia que os pacientes circulassem o número correspondente à Distorção Cognitiva que tivessem apresentado no último mês, incluindo a última semana, até o dia atual. Este instrumento não exigiu limitação de tempo para ser respondido e, assim que todos terminavam, era distribuído o instrumento seguinte.
- 5°. Checklist de sintomas Comuns de TOC – Quando todos os pacientes estivessem com o instrumento na mão, o pesquisador explicava que o instrumento se tratava de uma lista de sintomas comuns de Obsessões e compulsões e, em seguida,

solicitava que cada um circulasse o sintoma que o tivesse incomodado na última semana, incluindo o dia atual. Este instrumento não apresenta limitação de tempo para ser respondido e, assim que todos terminavam, era distribuído o instrumento seguinte.

- 6°. Escala Yale-Brown Para Transtorno Obsessivo-Compulsivo - Y-BOCS – As instruções de resposta, que constam na parte superior do formulário, eram lidas para os pacientes assim que todos estavam munidos da mesma. Foi solicitado para que todos acompanhassem a leitura e, ao término desta, permitido que tirassem qualquer dúvida. Finalmente, todos começavam a responder. Este instrumento não apresenta limitação de tempo.
- 7°. Inventário Fatorial de Personalidade – IFP – Para cada candidato, foram distribuídos os questionário com as instruções e as folhas de respostas. Depois que todos tinham o instrumento em mãos, solicitava-se que o participante acompanhasse a leitura das instruções, tirava-se as dúvidas que apresentassem e, em seguida, era dada permissão para que comesçassem a responder. Durante todo o procedimento, o pesquisador observava se os candidatos respondiam adequadamente, conforme as instruções. Todos os candidatos responderam ao instrumento em tempo inferior a 50 minutos, como exige o manual de aplicação deste instrumento.
- 8°. Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) – Assim que todos os candidato terminavam de responder o IFP, o pesquisador distribuía os cadernos de aplicação do ISSL e, após explicar como seriam respondidos e ler as instruções que constam em cada página do teste, dando relevância para as diferenças de tempo: 24 horas, última semana e último mês, em cada quadro de sintomas que o candidato pudesse apresentar; solucionava-se

qualquer dúvida que os candidatos tivessem e, em seguida, eram orientados a responder o instrumento. Todos os participantes terminavam de responder em tempo inferior a 10 minutos, conforme cita o manual de aplicação.

- 9°. Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde - WHOQOL-100 - Quando todos os participantes terminavam de responder o ISSL, o pesquisador distribuía para cada um o WHOQOL-100. Como o instrumento é de auto-avaliação e é auto-explicativo, o pesquisador explicava inicialmente do que se tratava o instrumento e enfatizava que as respostas deveriam ser referentes às duas últimas semanas, conforme orientação do manual e negrito no instrumento. Foi pedido que os candidatos lessem a primeira página, solucionou-se as dúvidas que os candidatos tiveram e, em seguida, permitiu-se que respondessem ao instrumento. Todos os cuidados contidos no manual de aplicação foram tomados. Os participantes responderam ao instrumento em tempo médio de 40 minutos.

Formação dos grupos de tratamento psicoterápico

Depois que todos os candidatos passaram pela avaliação inicial, na Primeira Coleta, foram disponibilizados 3 horários, que formariam 3 diferentes grupos, em que poderiam participar do tratamento, mas, teriam que escolher apenas 1 deles. A fim de que todos tivessem opção de participação do tratamento e considerando a disponibilidade de salas da Instituição, por ser uma Clínica escola, os horários foram os seguintes: terça-feira, das 10h às 12h, terça-feira, das 19 às 21h e quarta-feira, das 11 às 13h.

Portanto, os grupos foram formados conforme a escolha dos pacientes pelos horários oferecidos, houve número limite de 10 participantes para cada grupo e não limitação em relação ao número de pessoas do sexo feminino ou masculino. Foram

formados 3 grupos de 10 pessoas, totalizando 30 participantes de ambos os gêneros, sendo 14 do sexo masculino e 16 do sexo feminino.

Dos 30 pacientes, 7 (4 homens e 3 mulheres) não puderam ser avaliados na Segunda Coleta e, destes 7, 3 deles (1 homem e 2 mulheres) apenas iniciaram e tiveram problemas que incompatibilizaram sua participação nos horários oferecidos, devido a horários de escola e dificuldade de acesso ao CAEP; dos outros 4 restantes, 1(homem) participou do tratamento por 2 meses e teve que desistir por motivo de mudança no horário de trabalho e 3(2 homens e 1 mulher) não puderam comparecer nos dias oferecidos para a Segunda Coleta dos dados.

Portanto, os dados que foram submetidos a Análise estatística são de 23 pacientes, 10 do sexo masculino e 13 do sexo feminino, que participaram de todo o tratamento e de todas as sessões avaliativas, na Primeira e na Segunda Coleta.

A evolução no número de participantes nos 3 grupos foi a seguinte:

Grupo 1, de terça-feira, das 10 às 12h - Iniciou-se com 10 participantes, 7 do sexo feminino e 3 do sexo masculino. Terminou com 7 participantes, sendo 6 do sexo feminino e 1 do masculino.

Grupo 2, de terça-feira, das 19 às 21h - Iniciou-se com 10 participantes e na segunda sessão passou a 11, porque após a primeira sessão, um dos participantes do grupo da quarta-feira, das 11 às 13h, somente poderia participar deste grupo das 19 as 21h. Assim, eram 8 do sexo masculino e 3 do sexo feminino. Terminou com 10 participantes, 7 do sexo masculino e 3 do sexo feminino.

Grupo 3, de quarta-feira, das 11 às 13h - Iniciou-se com 10 participantes, 5 do sexo feminino e 5 do sexo masculino. 1 do sexo masculino passou para o grupo da terça, das 19 às 21h, 1 não pode responder ao teste, outro desistiu no início do tratamento e 1 mulher saiu no início. O grupo terminou o tratamento com 6 participantes, 4 do sexo feminino e 2 do sexo masculino.

O quadro a seguir ilustra a disposição dos grupos, com respectivos pacientes que participaram do tratamento do início ao final de 13 sessões.

GRUPO	Paciente	Sexo
Grupo 1 Terça feira 10 às 12h	p1	M
	p2	F
	p3	F
	p4	F
	p5	F
	p6	F
	p7	F
Grupo 2 Terça feira 19 às 21h	p8	F
	p9	M
	p10	M
	p11	M
	p12	F
	p13	M
	p14	M
	p15	M
	p16	F
	p17	M
Grupo 3 Quarta feira 11 às 13h	p18	M
	p19	M
	p20	F
	p21	F
	p22	F
	p23	F

Quadro 3: Disposição dos pacientes por grupos de tratamento e sexo, durante 13 sessões.
M – Masculino; F - Feminino

Segunda Coleta – passo a passo

Assim que cada participante foi submetido a 13 sessões semanais de psicoterapia grupal, foram agendadas apenas 2 sessões avaliativas, diferentemente da Primeira Coleta, que teve 3. A Segunda Coleta teve apenas 2 porque na primeira sessão avaliativa da

Primeira Coleta utilizou-se de entrevista para discussão do Formulário de inscrição e para o preenchimento do MINI, procedimentos que não se justificavam mais na Segunda Coleta. Assim, as 2 sessões avaliativas da Segunda coleta tiveram estrutura e procedimentos respectivamente idênticos aos das 2 últimas sessões avaliativas da Primeira Coleta.

Portanto, na primeira sessão avaliativa da Segunda Coleta, procedeu-se com a aplicação dos instrumentos do WAIS III: Cubos, Aritmética, Dígitos e Sequência de Números e Letras.

Portanto, a segunda sessão avaliativa da Segunda Coleta foi, também, em grupo e os instrumentos avaliados foram os mesmos da terceira sessão avaliativa da Primeira Coleta: BAI, BDI, D2, Lista de Distorções Cognitivas de Beck, Checklist da Y-BOCS, Y-BOCS, IFP, ISSL e WHOQOL-100.

Ressalta-se que, embora os pacientes avaliados na Segunda Coleta fizessem parte de diferentes grupos de tratamento, foi permitido que se misturassem na segunda sessão avaliativa da Segunda Coleta, assim como ocorreu na terceira sessão avaliativa da Primeira Coleta, pois ambas foram em grupo. Essa mistura aconteceu por necessidade manutenção de condições semelhantes nas 2 avaliações e, também, pela facilidade de agendamento de horários para os diferentes pacientes.

Ressalta-se, ainda, que todos os participantes responderam aos instrumentos na Segunda Coleta sem tomarem conhecimento dos resultados da Primeira Coleta, com exceção do Checklist de sintomas de TOC da Y-BOCS, pois, parte do tratamento se deu com o uso deste instrumento respondido na Primeira Coleta. Todos os participantes foram informados, logo no início do tratamento, de que não receberiam os resultados dos instrumentos da Primeira Coleta, a fim de que não houvesse influência destas informações sobre as respostas e desempenho deles na Segunda Coleta, todavia, após a realização desta última, receberiam os resultados das duas.

O quadro 4 descreve os passos seguidos pelos candidatos para as duas coletas de dados, com respectivos instrumentos aplicados, antes e após 13 sessões de tratamento com psicoterapia cognitivo-comportamental grupal.

COLETA	SESSÃO	NÚMERO DE PARTICIPANTES	INSTRUMENTO APLICADO	TEMPO			
PRIMEIRA COLETA	1ª sessão avaliativa	Individual	Formulário de inscrição	15 min			
			MINI	30 min			
	2ª sessão avaliativa	Individual	Cubos Aritmética Dígitos Seq. de Num. e Letras	15 min 10 min 10 min 10 min			
SEGUNDA COLETA	3ª sessão avaliativa	Em grupo: máximo 20 pessoas	BAI	10 min			
			BDI	15 min			
			D2	10 min			
SEGUNDA COLETA	2ª sessão avaliativa	Em grupo: máximo 20 pessoas	Distorções Cognitivas	15 min			
			Checklist de sint de TOC	15 min			
			Y-BOCS	15 min			
			IFP	40 min			
			ISSL	5 min			
			WHOQOL-100	30 a 40 min			
			SEGUNDA COLETA	1ª sessão avaliativa	Individual	Cubo Aritmética	15 min
						Dígitos	10 min
						Seq. de Núm. e Letras	10 min
BAI	10 min						
BDI	15 min						
D2	10 min						
Distorções Cognitivas	15 min						
Checklist de sint de TOC	15 min						
Y-BOCS	15 min						
IFP	40 min						
ISSL	5 min						
WHOQOL-100	30 a 40 min						

Quadro 4: Disposição dos passos dos candidatos para as duas coletas de dados.

O Protocolo de Tratamento Psicoterápico Grupal

O tratamento psicoterápico foi desenvolvido em 13 sessões semanais e cada sessão de psicoterapia teve um número máximo de 11 e mínimo de 6 participantes, tendo sido semi-estruturada e com duração de 120 minutos. Os critérios específicos para participação do tratamento, descritos no Contrato Terapêutico, foram seguidos por todos os participantes e terapeuta durante o tratamento, assegurando que todos os pacientes deveriam estar presentes no CAEP no horário pré-agendado. Caso houvesse necessidade de desmarcar, deveriam avisar com antecedência de, no mínimo, 24 horas do início da sessão. Informava que cada sessão seria grupal e teria duração de 2 horas. O paciente não poderia se atrasar mais que 15 minutos para o início das sessões. Se excedesse esse tempo, não poderia entrar, pois, a interrupção interferiria na dinâmica do grupo terapêutico. Se houvesse, por parte do paciente, 2 faltas seguidas às sessões pré-agendadas, sem aviso e justificativa pela ausência, ou 3 faltas seguidas, mesmo com aviso e justificativa e, ainda, 3 faltas alternadas, mesmo com aviso e justificativa, acarretaria na exclusão do paciente do grupo de tratamento. Cada paciente comprometer-se-ia a manter sigilo absoluto sobre as informações referentes à vida pessoal de seus colegas do grupo de tratamento, cabendo processo judicial ao não cumprimento desse acordo de proteção recíproca. Durante as sessões de tratamento, os celulares seriam desligados. Finalmente, o contrato assegurava que o paciente não poderia participar de outro tratamento Psicoterápico, dentro ou fora do CAEP.

As 13 sessões de psicoterapia Cognitivo-comportamental tiveram procedimentos idênticos para os 3 grupos e apresentaram a seguinte estrutura:

1ª sessão

- Apresentação dos participantes do grupo: cada participante foi incentivado a dizer seu nome, há quanto tempo tinha TOC, se já havia feito tratamento antes e o quanto o TOC o incomoda.
- Informes gerais sobre o tratamento.
- Mesmo neste início, foi dada relevância para os cuidados com a qualidade de vida (QV), definido-a e caracterizando-a , conforme as Facetas e Domínios de QV da Organização Mundial de Saúde (OMS).
- Assinatura do Contrato terapêutico.

2ª sessão

- Palestra em grupo sobre TOC, ministrada pelo psicólogo/pesquisador.
- Foi explicado o que é o TOC, sua epidemiologia e outros tipos de transtornos, incluindo comorbidades, causas e tratamentos.
- Durante a apresentação de slides sobre TOC, cada participante era incentivado a falar sobre suas dificuldades, tirar dúvidas e correlacionar seus sintomas de TOC ao conteúdo da palestra, incluindo aspectos neurofisiológicos e medicação.
- Indicação do filme “Melhor, Impossível” (Brooks, 1997) para assistir em casa, com discussão coordenada pelo psicólogo/pesquisador na próxima sessão.
- Reforçamento dos cuidados com a QV.

3ª sessão

- Projeção e Discussão do filme: “Melhor, Impossível”. Identificação de sintomas de TOC no filme, mudanças comportamentais do personagem que apresentava TOC.

- Foi utilizado data-show com imagens do filme durante a sessão.
- Explanação e correlação, usando cenas do filme, de técnicas cognitivo-comportamentais (Encadeamento de Respostas, Exposição com Prevenção de Respostas, Autocontrole com Auto-observação e Auto-registro, técnicas de controle da ansiedade) e a modificação do comportamento.
- Reforçamento dos cuidados com a QV.

4ª sessão

- Término da discussão do filme: “Melhor, Impossível”.
- Explanação e correlação de técnicas cognitivo-comportamentais (Atenção Focada, Encadeamento de Respostas, Exposição com Prevenção de Respostas, Autocontrole com Auto-observação e Auto-registro, técnicas de controle da ansiedade) com cenas do filme e a modificação do comportamento do personagem principal.
- O terapeuta distribuía cópias do texto “Caminho de Ida” que, após terem sido usadas na sessão, deveriam ser devolvidas ao terapeuta. O paciente não levava para casa.
- Leitura em grupo e comentários sobre o texto a respeito do TOC: “O Caminho de Ida”- Introdução. Neste momento, foi dada relevância para o compromisso do paciente com sua melhora, enfatizando a responsabilidade do paciente para o estabelecimento do controle de suas obsessões e compulsões.
- Reforçamento dos cuidados com a QV.

5ª sessão

- Leitura e discussão do Passo 1- Consciência e Autocontrole, do texto “O Caminho de Ida”.

- Foi dada relevância para a capacidade de entendimento sobre o que acontece com o paciente, a consciência do desencadeamento da ansiedade e, após obter informações sobre o TOC e identificá-las com mais clareza em seu comportamento, cognições e emoções, ser capaz de usar as estratégias no controle de seus problemas.
- O paciente era estimulado a falar de suas dificuldades, questionar sobre sua responsabilidade em estabelecer seu autocontrole em relação aos sintomas.
- Reforçamento dos cuidados com a QV.

6ª sessão

- Leitura e discussão do Passo 2 – “Homeostase e Qualidade de Vida”, do texto “O Caminho de Ida”.
- Cada paciente foi estimulado a falar sobre a qualidade de sua vida, se sentia-se estressado, quais os cuidados com alimentação, repouso, lazer, estabelecimento de intervalos, expressão de afeto e relacionamento familiar e social.
- O terapeuta explicava sobre homeostasia, estresse, distorções cognitivas e relação de cognições e crenças com estabelecimento de estresse, bem como o controle do estresse.
- Em todas as sessões seguintes, a qualidade de vida e o respeito à Homeostase do organismo foi ressaltada.
- Início de técnicas de Relaxamento, exercícios respiratórios para controle de ansiedade e estresse. Foi ensinado apenas parte do relaxamento completo (30%).
- Cada paciente recebeu o Roteiro de Relaxamento Muscular Progressivo, fundamentado na técnica de Jacobson para praticar em casa o relaxamento.

- Tarefa: Foi sugerido para que o paciente treinasse o relaxamento e fizesse, também, com outra pessoa para fazerem o relaxamento juntos, com revezamento.

7ª sessão

- Avaliação da Tarefa : Cada paciente relatou sobre sua experiência com o exercício de relaxamento ensinado na sessão anterior.
- Leitura e discussão do Passo 3 – Encadeamento de Comportamentos, do texto “Caminho de Ida”.
- O terapeuta explicava sobre cadeia de comportamentos, referindo-se a fatores que antecedem, fatores do próprio comportamento e fatores que consequenciam o comportamento. Foi dada relevância para a observação de cada interação com o ambiente, desde o início da vigília pela manhã ao repouso noturno, enfatizando a necessidade de se manter sereno, calmo, sem estresse, no dia a dia, respeitando os limites do organismo, colocando técnicas, como o relaxamento, em prática.
- Este passo 3 foi um preparo para exercícios de auto-observação e autocontrole, fundamentado em qualidade de vida, preparo para a técnica de Registro de Pensamentos Disfuncionais Automáticos.
- Explicação sobre Pensamentos Disfuncionais Automáticos, como confrontá-los e treino no registro destes pensamentos e emoções a eles relacionadas, utilizando o Formulário para Registro de Pensamentos Disfuncionais Automáticos(RPD).
- Explicação e treino de registro de níveis de desconforto. O paciente recebeu papel e lápis e treinou o estabelecimento de uma hierarquia de níveis de

desconforto, escrevendo exemplos de situações em que se sentia ansioso, ou deprimido, a fim de atribuir, como auto-relato, valores às sensações e emoções desconfortáveis, que apresentasse em seu dia-a-dia.

- Cada paciente recebeu um Formulário para registro de pensamentos disfuncionais.
- Tarefa 1: Fazer exercício de relaxamento muscular completo 1 vez ao dia, em horário escolhido pelo paciente.
- Tarefa 2: Fazer o Registro de Pensamentos Automáticos Disfuncionais, das emoções e das confrontações.

8ª sessão

- Avaliação da Tarefa 1: Cada paciente relatou sobre sua experiência com o exercício de relaxamento ensinado na sessão anterior.
- Avaliação da Tarefa 2: cada paciente relatou sua experiência com o registro de pensamentos automáticos, emoções, confrontações destes pensamentos e o controle de sintomas de ansiedade, depressão ou outro.
- O terapeuta deu relevância para a técnica do relaxamento, a reatribuição de significados ao comportamento presente, no sentido de reforçar a capacidade do paciente de se manter sereno, calmo, a fim de treinar comportamentos de enfrentamento das obsessões e das compulsões. Esta estratégia é um preparo para a próxima técnica, principal no tratamento do TOC: A Exposição com Prevenção de Respostas (EPR).
- Tarefa 1: Fazer o registro de Pensamentos Automáticos Disfuncionais, das emoções e das confrontações, em situações em que estes aparecessem em seu dia-a-dia.

- Tarefa 2: Foi distribuído o Formulário para auto-registro diário do uso de medicamentos aos pacientes medicados, para que registrassem seu comportamento de uso de do medicamento que estivesse usando e trouxessem na próxima sessão.

9ª sessão

- Avaliação da Tarefa 1: cada paciente relatou sua experiência com o registro de pensamentos automáticos, emoções, confrontações destes pensamentos e o controle de sintomas de ansiedade, depressão ou outro. Foi reforçada com cada paciente a modelagem de comportamentos de controle de ansiedade, depressão etc, utilizando a atenção focada ao comportamento presente, observando o encadeamento comportamental, os exercícios respiratórios e musculares e confrontação de pensamentos disfuncionais, além de estabelecer controle adequado de estímulos ambientais.
- Avaliação da Tarefa 2: Recolhimento do Formulário para auto-registro diário do uso de medicamentos, que foi entregue aos pacientes medicados.
- Revisão dos 3 Passos lidos e discutidos sobre texto “Caminho de Ida”.
- Leitura e discussão do Passo 4 – Exposição e Prevenção de Respostas, do texto “Caminho de Ida”.
- Explicação da técnica Exposição e Prevenção de Respostas.
- Tarefa: Fazer o registro de Pensamentos Automáticos Disfuncionais, das emoções e das confrontações, em situações em que estes aparecessem em seu dia-a-dia, treinando o controle das emoções, pensamentos e comportamentos disfuncionais.

10ª sessão

- Avaliação da Tarefa: cada paciente relatou sua experiência com o registro de pensamentos automáticos, emoções, confrontações destes pensamentos e o controle de sintomas de ansiedade, depressão ou outro. Foi reforçada com cada paciente a modelagem de comportamentos de controle de ansiedade, depressão etc, utilizando a atenção focada ao comportamento presente, observando o encadeamento comportamental, os exercícios respiratórios e musculares e confrontação de pensamentos disfuncionais, além de estabelecer controle adequado de estímulos ambientais.
- Devolução ao paciente do Checklist de Sintomas Comuns de TOC, respondido na terceira sessão avaliativa da Primeira Coleta.
- Munido do Checklist, o paciente fazia uma hierarquia de sintomas Obsessivos e Compulsivos, a fim de que iniciasse a Exposição e Prevenção dos comportamentos disfuncionais específicos do TOC. Aquelas obsessões e/ou compulsões que não incomodassem mais, no momento, deveriam ser negligenciadas para a construção da hierarquia de dificuldades.
- Explicação do Protocolo de Registro Diário de Progresso – PRDP, para registro da Exposição com Prevenção de Respostas (EPR).
- O paciente elegia um comportamento, preferencialmente uma compulsão, a fim de que a submetesse à EPR no decorrer da semana. É importante ressaltar que a EPR era feita da compulsão de menor dificuldade para a de maior dificuldade. Portanto a compulsão escolhida para enfrentamento não poderia ser de maior dificuldade na hierarquia estabelecida no Checklist.

- Se a dificuldade maior fosse uma obsessão e não houvesse uma compulsão, elegia-se a obsessão de menor dificuldade e o enfrentamento era feito com técnicas cognitivas, como interrupção do pensamento e o uso de confrontações cognitivas, treinadas com o uso de RPD; ou o uso da Habituação, a fim de que sejam repetidas até perderam a capacidade de evocação de ansiedade. Todavia, o paciente era sempre incentivado a não ficar preso à situação, mesmo que a “prisão” fosse devida a um pensamento e não a uma compulsão, devendo tentar seguir seu “Caminho de Ida”.
- Tarefa: Fazer o registro da EPR no PRDP, usando registro de níveis de desconforto para cada situação e trazer na próxima sessão. A ansiedade deveria ser registrada antes da EPR e 2 horas após a EPR. Esperava-se que diminuísse.
- O paciente era incentivado a usar todos os recursos treinados anteriormente, para controle de sua ansiedade, das obsessões e da compulsão específica, mantendo-se calmo e sereno, focado no comportamento presente e procedendo com a prevenção de seu comportamento disfuncional.
- Foi ressaltado ao paciente o motivo do treino e estudo das orientações do texto “Caminho de Ida”, a fim de que não se sentisse preso a uma obsessão e/ou compulsão, mas, que seguisse seu caminho, agora bem mais seguro, pois, agora, espera-se que saiba como controlar seu comportamento *e diminuir a sensação de estar preso*.

11ª sessão

- Avaliação da tarefa: cada paciente relatou sua experiência com o registro da EPR específica para a compulsão escolhida para enfrentamento. Era discutido

sobre as emoções que sentiu e sua capacidade de controle, as confrontações dos pensamentos obsessivos e a passagem para atividades seguintes, seguindo o seu “Caminho de Ida”, conforme exercitado durante todo o tratamento. Foi reforçada com cada paciente a modelagem de comportamentos de controle de ansiedade, depressão etc, focando a atenção ao comportamento presente, observando o encadeamento comportamental, os exercícios respiratórios e musculares e confrontação de pensamentos disfuncionais, além de estabelecer controle adequado de estímulos ambientais.

- Se o paciente obtivesse sucesso na EPR da compulsão eleita na última sessão, com respectivo controle da mesma, elegia outra de maior nível de dificuldade na hierarquia feita no Checklist, a fim de submetê-la à EPR. Se fosse para uma obsessão, o processo seria semelhante.
- Tarefa: fazer EPR da nova compulsão, ou obsessão, eleita do Checklist de sintomas de TOC. O paciente anotava sua tarefa no Formulário PRDP, para trazer na próxima sessão.
- O paciente deveria vir acompanhado de um familiar, ou outra pessoa com quem convivesse, a fim de que este participasse da próxima sessão. O objetivo da presença de um acompanhante era a sintonia deste com os procedimentos do tratamento e, também, fornecimento de informações que pudessem tornar mais claras as dificuldades do paciente. Todavia, caso o paciente não quisesse ou não tivesse um acompanhante para trazer à sessão, não era obrigatório. O paciente tinha a opção de escolher não participar da sessão, juntamente com o familiar, caso preferisse.

12ª sessão

- Sessão familiar.
- Apresentação de todos os participantes da sessão.
- Deu-se preferência para o relato dos acompanhantes relativos às dificuldades dos pacientes no ambiente doméstico.
- Fornecimento de informações aos familiares sobre o TOC, sobre o tratamento, esclarecimento de dúvidas e orientação sobre como proceder com o portador de TOC.
- Recolhimento e discussão rápida da tarefa de EPR estabelecido na sessão anterior.
- Se o paciente obtivesse sucesso na EPR da compulsão eleita na última sessão, com respectivo controle da mesma, elegia outra de maior nível de dificuldade na hierarquia feita no Checklist, a fim de submetê-la à EPR. Se fosse para uma obsessão, o processo seria semelhante.
- Tarefa: fazer EPR da nova compulsão, ou obsessão, eleita do Checklist de sintomas de TOC. O paciente anotava sua tarefa no Formulário PRDP, para trazer na próxima sessão.

13ª sessão

- Avaliação da tarefa: cada paciente relatou sua experiência com o registro da EPR específica para a compulsão escolhida para enfrentamento. Era discutido sobre as emoções que sentiu e sua capacidade de controle, as confrontações dos pensamentos obsessivos e a passagem para atividades seguintes, seguindo o seu “Caminho de Ida”, conforme exercitado durante todo o tratamento. Foi

reforçada com cada paciente a modelagem de comportamentos de controle de ansiedade, depressão etc, utilizando a atenção focada ao comportamento presente, observando o encadeamento comportamental, os exercícios respiratórios e musculares e confrontação de pensamentos disfuncionais, além de estabelecer controle adequado de estímulos ambientais.

- Preparação para interrupção do tratamento e manutenção dos ganhos até o momento. Os pacientes deveriam voltar após um mês de intervalo, aproximadamente, o que ocorreu.
- Avaliação verbal sobre a manutenção do uso de medicamentos para os pacientes medicados e confirmação do não uso para aqueles que iniciaram o tratamento psicoterápico sem uso de medicamentos.
- Agendamento da primeira e segunda sessões avaliativas da Segunda Coleta.

Análise estatística

A partir dos dados da Primeira Coleta e da Segunda Coleta, foi feita comparação das médias dos escores, relativos aos resultados dos desempenhos nos testes e respostas nas escalas, instrumentos psicométricos utilizados. Foi utilizada análise não-paramétrica, com o teste estatístico WILCOXON, que compara variáveis intervalares em dois momentos, neste caso antes e após 13 semanas de tratamento e, também, o teste estatístico McNemar, que compara grupos com respostas de frequência do tipo apresentar ou não determinada característica. O nível de significância estabelecido foi $p < 0,05$. Utilizou-se o programa estatístico SPSS para análise dos dados.

RESULTADOS

Esta sessão é apresentada em quatro seguimentos. No primeiro, são apresentados dados sobre as Variáveis Sócio-demográficas e Epidemiológicas; no segundo, descreveu-se o Desempenho nos testes e as Respostas nas escalas, instrumentos psicométricos utilizados; no terceiro, são descritas as Comparações de Frequências das variáveis descritas nos dois primeiros seguimentos, ou seja, comparações das variáveis de desempenho nos testes e respostas nas escalas com as variáveis sócio-demográficas e epidemiológicas e, finalmente, no quarto seguimento, são apresentados dados para análise qualitativa.

Variáveis Sócio-demográficas e Epidemiológicas

Sociais

Dos pacientes que permaneceram em tratamento durante as 13 semanas, 6 (26,1%) tinham idade até 24 anos, 9 (39,1%) entre 25 e 34 anos e 8(34,8%) acima de 34. A média de idade dos participantes era 34,6 anos; 10 (43,5%) eram do sexo masculino e 13 (56,5%) do feminino; 10 (43,5%) tinham 3º grau de escolaridade completo, 10 (43,5%) 3º grau incompleto e 3 (13%) com 2º grau completo; o grupo contou com ocupações de trabalho diversas; 4 (17,4%) responderam serem casados, 17 (74%) solteiros, 1(4,3%) divorciado e 1 (4,3%) separado; finalmente, 11 (47,8) não declararam uma religião específica, mas, crêem em Deus, 2 (8,7 %) evangélicos, 6 (26,1%) católicos, 2 (8,7%) espíritas, 1 (4,3%) mormon e 1 (4,3%) testemunha de Jeová, conforme apresentado Na Tabela 1.

Tabela 1: Frequência e Porcentagem em Variáveis Sócio-Demográficas

VARIÁVEL		Frequência	%
sexo	Masc	10	44
	Fem	13	56
escolaridade	1° gr	0	0
	2° gr	3	13
	3° gr	20	87
Ocupação	Empregado	17	74
	Desempregado	3	13
	Aposentado	3	13
Estado civil	casado	4	17,4
	solteiro	17	74
	Divorciado	1	4,3
Religião	separado	1	4,3
	Católica	6	26,1
	Evangélico	2	8,7
	Espírita	2	8,7
	Não declara	11	47,8
	Test jeová	1	4,3
idade	Mormon	1	4,3
	até 24 anos	6	26,1
	25 a 34	9	39,1
	acima de 34	8	34,8

Cuidados com a saúde

Dos 23 participantes, 17(74%) foram encaminhados por psiquiatras, 3(13%) por psicólogos e 3 (13%) procuraram o programa de tratamento por iniciativa própria. Em relação à comorbidade, além de TOC, 14(65%) satisfaziam critérios para Transtorno Depressivo, 1 (4%) para Transtorno Distímico, 9 (39%) para Ansiedade Generalizada, 8 (35%) para Fobia Social, 6 (26%) para Agorafobia, 1 (4%) para Transtorno de Pânico, 1(4%) para Fobia Específica (a cães), em conformidade com o MINI. Houve, também, aqueles que, ao longo tratamento, apresentaram sintomas nítidos de Transtorno Hipocondríaco (2 (8,7%) participantes), Transtorno do Comprar Compulsivo (1(4%) participante), 1 (4%) para TDAH e, finalmente, 1(4%) participante tinha diagnóstico médico de Acromatopsia, uma distrofia retiniana de Cones. Na Acromatopsia completa, há uma total ausência dos cones e a visão, então, é fornecida apenas pelos Bastonetes. Nestes casos, os pacientes são virtualmente cegos para cores, quando conseguem

perceber apenas diferenças de luminosidade (Maestrini, Fernandes & Oliveira, 2004), o que parece ser o caso do participante p5.

Em relação ao uso de medicamentos, 11 (47,8%) participantes usavam e 12(52,2%) não usavam e assim se mantiveram até o final do tratamento. Dos que usavam medicamento, 6 (26,08%) usavam Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina – ISRS (Paxil, Paroxetina, Fluoxetina), 3 (13,04%) destes usavam associados com Neuroléptico (Invega, Risperidona), 3 (13%) usavam Inibidores de Recaptção de Serotonina (IRS) e Noradrenalina (Clomipramina, Anafranil, Amitriptilina) e, finalmente, 1 (4,34%) usava apenas Neuroléptico e 1(4,34%) a Buspirona, que não se enquadra em nenhum destes outros tipos de psicofármacos. Portanto, 9 (39,12%) usavam inibidores de recaptação de serotonina, seletivos ou não, mesmo que associados com neuroléptico. Tais dados estão descritos na Tabelas 2 e 2.1.

Os dados da Tabela 2, também, são apresentados em comparação com os de outros levantamentos sobre comorbidade com TOC, citados por Petribú (2001).

Tabela 2: Dados Epidemiológicos deste estudo e comparação com outros estudos

Variável Epidemiológica		Estudo do Amílcar, 2011		Outros estudos				
		Freq	%	Rasmussen & Tsuang 1986 n=44 %	Rasmussen & Eisen 1992 n=100 %	Torres & Smaira 1993 n=45 %	Petribu 1996 n=53 %	Miranda 1999 n=42 %
Encaminhamento	Psiquiatra	17	74					
	Psicólogo	3	13					
	Inic Própria	3	13					
	Depressão	14	65		67	62	45,2	57,1
	T AG	9	39			84	29	2,4
	Fobia Social	8	35	18	18		40,5	40,5
	Agorafobia	6	26	9	7		7,1	7,1
	TDAH	1	4					
Comorbidade	Hipocondria/somatoforme	2	8,7				16,1	
	Distímia	1	4					
	Comprar Compulsivo e controle impulso	1	4					33,2
	T Pânico	1	4	14	12		6,5	
	Fobia Específ	1	4	27	22	49		
	ISRS	6	26,08					
Tipo de medicamento	IRS e NA	3	13,04					
	Neurolept	1	4,34					
	Buspirona	1	4,34					

TDAH - Transtorno de Déficit de Atenção e hiperatividade; ISRS - Inibidor Seletivo de Recaptação de Serotonina; IRS e NA - inibidor de Recaptação de Serotonina e Noradrenalina

A Tabela 2.1 apresenta o tipo de medicação usada por cada paciente e o tempo de uso, antes de iniciar o tratamento com TCCG. Observa-se que, dos pacientes que estavam usando medicação, apenas dois, o p6 e o p20 estavam usando medicamento há apenas 2 meses e meio, todos os outros estavam usando há mais de 6 meses.

Tabela 2.1: Tipo de Medicação usada e Tempo de uso antes de iniciar o Tratamento.

PARTICIPANTE	MEDICAÇÃO USADA	TEMPO (MESES) DE USO DA MEDICAÇÃO
p1	Paxil	60 meses
p2	não usa	não usa
p3	não usa	não usa
p4	não usa	não usa
p5	não usa	não usa
p6	Clomipramina	2,5 meses
p7	Não usa	não usa
p8	Antidepressivo	6 meses
p9	Anafranil, Rivotril	30 meses
p10	Buspirona,	18 meses
p11	não usa	não usa
p12	Não usa	não usa
p13	Paroxetina, Limbitrol(Amitriptilina),Rivotril	33 meses
p14	Daforim(Fluoxetina), Invega	24 meses
p15	paroxetina, rivotril	17 meses
p16	Fluoxetina	17 meses
p17	Não usa	não usa
p18	Risperidona	56 meses
p19	Não usa	não usa
p20	Paroxetina, Risperidona, Rivotril	2,5 meses
p21	Não usa	não usa
p22	Não usa	não usa
p23	Não usa	não usa

Dados Epidemiológicos Específicos ao TOC

A Tabela 3 descreve a idade de início do TOC para cada participante. A média das idades de início para todos os participantes foi 18,2 anos e os diferentes tipos de sintomas obsessivos e compulsivos por cada paciente, antes do início do tratamento, são, também, descritos. 8 (34,8%) pacientes tiveram idade de início do TOC até 10 anos, 8 (34,8%) tiveram idade de início entre 11 e 23 anos e 7 (30,4%) tiveram idade de início acima de 23 anos.

Tabela 3: Idade de início e tipo de sintomas do TOC por participante

PACIENTE	IDADE DE INÍCIO DO TOC	TIPOS DE SINTOMAS OBSESSIVOS ANTES DO TRATAMENTO	TIPOS DE SINTOMAS COMPULSIVOS ANTES DO TRATAMENTO
p1	11	contam, suj, Acum, Agr,	lav, lentid, falar,preces, listas
p2	12	contam,suj,sim,acum,dúv,agr,alim(ñ restos)	lav,sim,acum, conf,lent,falar,rot s/mot
p3	13	contam, superst	lav,conf, contar,até o fim,
p4	10	contam,suj, superst,	lav
p5	30	acum,alim,	acum,preces,listas, alim (ñ restos),até o fim
p6	10	contam, suj, acum,moral,agr,	lav,sim,acum,rot s/mot,conf,até o fim,falar,tocar
p7	10	contam,suj,superst	reescr, falar, tocar, rot s/mot,sim lav,até o
p8	10	contam, suj, sim, sex, dúv,moral,agr,superst	fim,acum,conf,lent,falar,reescr,rot s/mot
p9	39	contam,suj,acum,	lav,conf,falar
p10	23	contam,suj,sim,acum,sex,relig,moral,agr,alim	lav,sim,acum,conf,lent,falar,preces,listas,
p11	6	contam,suj,org,dúv,alim(ruim),superst,	lav,conf,lent,falar,preces,listas
p12	24	contam,suj,sim,org,acum,dúv,moral,agr,alim(ruim),superst	lav,até o fim,acum,conf,falar,preces
p13	10	contam,suj, org,acum,sex,dúv,moral,agr,alim	lav,até o fim,acum,lent,falar,rot s/mot
p14	18	contam,suj,sim,acum,sex,dúv,moral,agr, alim(peso),superst	lav,sim,até o fim,conf,lent,piscar,falar,tocar,contar,listas
p15	16	contam,suj,sim,org,agr,alim(ruim),superst	lav,sim,conf,falar,tocar,cont
p16	26	contam,suj,org,sex,relig,alim(ruim),superst	lav,falar,evitar linhas calç,até o fim,preces
p17	27	contam,suj,agr,moral	refrasear
p18	15	contam,suj,acum,sex,moral	lav,conf,lent,falar,preces
p19	27	contam,suj,sim,org,moral,agr,	lav,sim,org,até o fim,evitar linhas calç,falar
p20	10	org,sim,acum,falar,reescr	org,sim,até o fim
p21	8	suj,org,sim,acum,dúv,alim	lav,org,sim,até o fim,acum,conf,lent,falar,tocar,listas, reescr, rot s/mot
p22	41	contam,suj,org,sim,acum,alim(ruim,peso), superst	lav,org,sim,contar
p23	23	suj,org,sim,acum,moral,agr,alim(medida),superst	lav,org,sim,até o fim,acum,conf,falar,preces,listas

A Tabela 4 descreve a frequência dos tipos de sintomas obsessivos e dos tipos de sintomas compulsivos, relativos aos 23 participantes em conjunto, antes do início e após 13 semanas de tratamento. Apresenta, também, o nível de significância da diferença entre as frequências dos dois momentos.

Tabela 4: Frequência absoluta de tipos de obsessões e compulsões, antes e depois de 13 semanas de tratamento e o nível significância da diferença

Tipo de OBSESSÃO	Frequência ANTES DO TRATAMENTO	Frequência DEPOIS DO TRATAMENTO	p	Tipo de COMPULSÃO	Frequência ANTES DO TRATAMENTO	Frequência DEPOIS DO TRATAMENTO	p
contam/suj	21	13	0,008*	Lav/limp	19	9	0,006*
Acumulação	14	5	0,004*	Falar	17	6	0,001*
Simetria/organização	14	7	0,016*	Conferência	13	5	0,021*
Agressividade	12	5	0,016*	Finalização	12	6	,109
Alimento	11	4	0,016*	Simetria/organização	11	6	,063
Superstição	11	5	,070	Acumulação	9	3	,070
Moralidade	10	3	0,016*	Lentidão	8	3	,125
Dúvida	7	1	,070	Preces	8	3	,125

Desempenho e Respostas nos Instrumentos Psicométricos de Testes Psicológicos e Escalas

Níveis de TOC

O número de sintomas, tanto obsessivos quanto compulsivos, medidos pelas respostas no Checklist da Y-BOCS, somados separadamente ou totalizados em conjunto, diminuíram com o tratamento e a Tabela 5 descreve que a média nestes 3 aspectos, após 13 semanas de tratamento, teve resultado significativamente menor em relação ao início do tratamento, com $p < 0,05$. Além da Média, são apresentados na Tabela 5 o desvio-padrão (DP), a Moda (Mo) e Mediana (Md), antes e após o tratamento.

Tabela 5: Variação dos escores médios, Desvios-Padrão (DP), Moda (MO) E Mediana (MD) de TOC antes e após 13 semanas de tratamento

VARIÁVEL DE TOC	Antes do Tratamento				Após o Tratamento				p
	Média	DP	Mo	Md	Média	DP	Mo	Md	
Y-BOCS	25,4	7,2	16	27	14,7	7,51	12	12	< 0,01
Nº Sintomas Obsessivos	7,4	4,1	11	7	3,0	2,4	2	2	< 0,01
Nº Sintomas Compulsivos	8,4	4,5	6	8	3,1	2,62	0	2	< 0,01
Nº Total de Sintomas	15,8	7,7	24	14	6,1	4,09	8	5	< 0,01

Considerando-se os 3 grupos de tratamento separadamente, a Tabela 6 mostra que, em relação aos níveis de TOC medidos pela escala Y-BOCS, bem como ao número de sintomas obsessivos, as diferenças entre os resultados de antes do tratamento e depois do tratamento foram significantes nos 3 grupos de tratamento. Todavia, as diferenças entre os resultados de antes e depois do tratamento em relação ao número de sintomas compulsivos e à soma total destes (obsessivos + compulsivos), houve diferença significativa apenas no grupo 1 e 2.

Tabela 6: Diferenças entre as médias dos escores de TOC antes e após o tratamento, por grupos de tratamento

VARIÁVEL DO TOC	Grupo 1				Grupo 2				Grupo 3			
	Médias		≠ das méd	p	Médias		≠ das méd	p	Médias		≠ das méd	p
	Antes	Após			Antes	Após			Antes	Após		
Y-BOCS	22	16	6	,017*	28	14	14	,005*	25	15	10	,028*
Nº Sintomas Obsessivos	5	2	3	,026*	10	4	6	,007*	6	3	3	,026*
Nº Sintomas Compulsivos	7	2	5	,027*	10	2	8	,005*	8	5	3	0,102
Nº Total de Sintomas	11	4	7	,018*	20	6	14	,008*	14	8	6	0,075
total de significâncias por grupo	4				4				2			

Subtestes da Escala Wechsler: WAIS III

As variáveis cognitivas, medidas pela escala Wechsler, tanto para os subtestes quanto para o Índice de Memória operacional estabelecido com a medida destes, não apresentaram diferenças significantes entre os dois momentos das medidas, antes e depois do tratamento, como mostram as Tabelas 7 e 8. Todavia, quando observados os desempenhos por grupos no subteste Sequência de Número e Letras, estes apresentaram diferenças significantes nos grupos 1 e 3 (Tabela 8). A Tabela 7 mostra, também, o desvio-padrão, a Moda e a Mediana, antes e depois do tratamento.

Tabela 7: Variação dos Escores Médios, Desvios-Padrão (DP), Moda (MO) e Mediana (MD) de subtestes do WAIS e Memória Operacional antes e após 13 semanas de tratamento

SUBTESTE NO WAIS	Antes do Tratamento				Após o Tratamento				
	Média	DP	Mo	Md	Média	DP	Mo	Md	p
Aritmética	11,73	3,15	10	12	11,26	3,11	9	11	0,284
Dígitos	11,65	3,39	10	11	11,73	3,09	11	11	0,863
Sequência Núm Letras	11,65	2,19	14	12	12,17	1,94	10	12	0,101
Índice de Memória Operacional	66,43	27,71	34	73	67,82	24,67	55	77	0,985
Cubos	12,08	2,81	12	12	12,95	5,05	13	11	0,797

Tabela 8: Diferenças entre as Médias dos Escores Ponderados e Percentis no WAISS II antes e depois do tratamento, por grupos

SUBTESTE/ÍNDICE WAIS	Grupo 1			Grupo 2			Grupo 3		
	Médias		P	Médias		P	Médias		P
	Antes	Após		Antes	Após		Antes	Após	
Aritmética score ponderado	12,1	11,7	0,705	11,4	10,7	0,16	11,8	11,7	0,705
Dígitos score ponderado	11,6	12,6	0,279	11,1	11	0,891	12,7	12	0,414
Seq Núm e Let score ponderado	12,4	11,7	,025*	11,3	11,7	0,102	11,3	13,5	,026*
Ind Memória Oper percentil	73,1	72,1	0,752	60,6	60,8	0,759	68,3	74,5	0,581
Cubos score ponderado	12,6	12	0,336	11,1	13,8	0,066	13,2	12,7	0,48
total de significâncias			1			0			1

Teste d2 de Atenção Concentrada

O desempenho dos participantes em relação à rapidez e à capacidade de atenção concentrada, medidos pelo teste d2, teve índice significativamente maior após as 13 semanas de tratamento, o que não ocorreu para os índices de precisão e manutenção do ritmo, que não apresentaram diferenças significantes, conforme pode ser verificado na Tabela 9 e ilustrado na Figura 1.

Tabela 9: Variação dos Escores Médios, Desvios-Padrão (DP), Moda (MO) e Mediana (MD), no d2, antes e após 13 semanas de tratamento

VARIÁVEL DO d2 EM PERCENTIL	Antes do Tratamento				Após o Tratamento				p
	Média	DP	Mo	Md	Média	DP	Mo	Md	
Resultado Bruto (RB)- Rapidez	43,82	31,78	5	40	59,3	36,02	99	60	0,002*
Resultado Líquido (RL)-Atenção	46,6	32,13	60	60	61,7	36,38	99	70	0,002*
% Erros -Precisão	60,21	25,91	50	50	58,7	29,86	90	50	0,72
AO - Manutenção do Ritmo	57,39	26,54	75	75	60,2	26,99	75	75	0,763

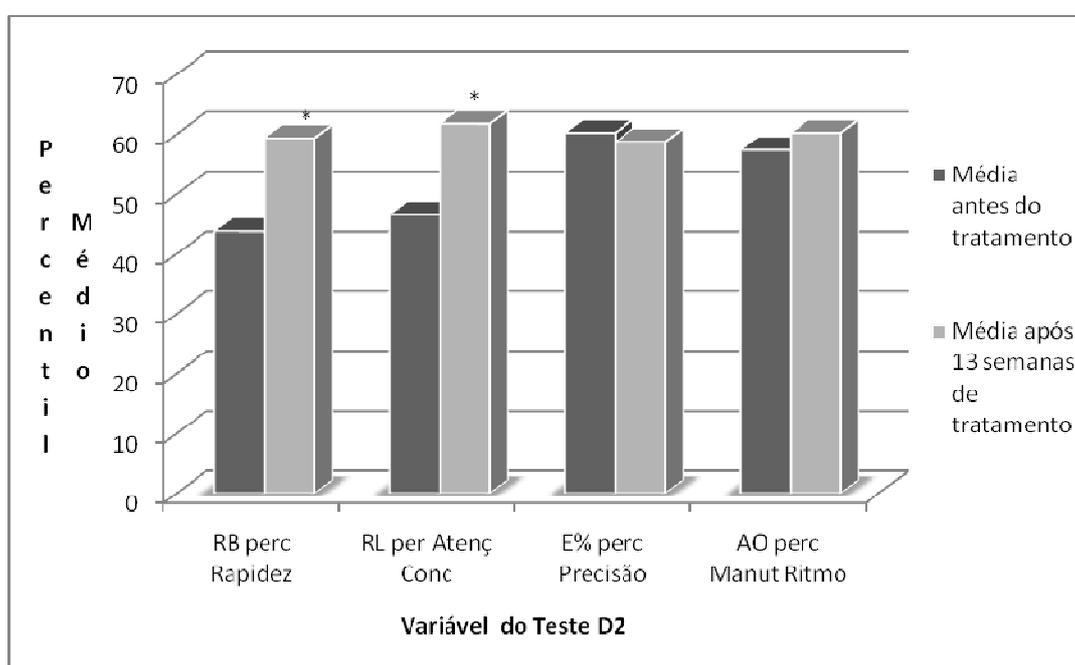


Figura 1: Comparação dos percentis médios no D2 antes e depois de 13 semanas de tratamento.

Ao serem comparados os desempenhos dos participantes no teste D2 por grupos, verifica-se pela Tabela 10 que o desempenho do grupo 2 foi o mais determinante para as diferenças significativas do total dos participantes (23), pois, os índices específicos para rapidez e atenção concentrada, respectivamente mostrados pelos resultados bruto (RB) e líquido (RL), foram significativos para o grupo 2 e não foram para os outros dois grupos.

Tabela 10: Diferenças entre as Médias dos Escores no Teste d2 antes e após o tratamento por grupos com níveis de significância

VARIÁVEL DO d2 EM PERCENTIL	Grupo 1			Grupo 2			Grupo 3		
	Médias			Médias			Médias		
	Antes	Após	P	Antes	Após	P	Antes	Após	P
Resultado Bruto (RB)	48,4	60,4	0,207	43,5	62,3	,020*	39	53,2	0,066
Resultado Líquido (RL)	49,1	62	0,109	45,9	62,7	,028*	44,8	59,8	0,102
% Erros -Precisão	57,8	68,6	0,18	52,5	45	0,518	75,8	70	0,461
AO - Oscilação	50	59,3	0,608	54	63	0,436	71,6	56,7	0,141
total de significâncias por grupo	0			2			0		

Inventário Fatorial de Personalidade (IFP)

A tabela 11 evidencia que, considerando todo o grupo de 23 participantes, não houve diferença significativa nos escores das respostas no IFP para a maioria dos fatores avaliados, com exceção do fator Denegação, que, após o tratamento, mostrou diminuição significativa. Na Tabela 12, pode-se constatar que, novamente, o grupo 2 apresentou resultados mais significativos que os outros 2 grupos, pois, além de apresentar significância para Denegação, apresentou separadamente dos grupos 1 e 2 diferença significativa nos resultados para o fator Intracepção. Os grupos 1 e 2, em análise separada de significâncias para os fatores do IFP, então, não apresentaram diferenças significativas entre os dois momentos: antes e depois do tratamento.

Tabela 11: Variação dos Escores Médios, Desvios-Padrão (DP), Moda (MO) e Mediana (MD), no IFP, antes e após tratamento

VARIÁVEL Do IFP EM PERCENTIL	Antes do Tratamento				Após o Tratamento				p
	Média	DP	Mo	Md	Média	DP	Mo	Md	
Intracepção	39,56	29,27	8	40	39,56	20,23	62	40	0,778
Denegação	68,26	32,81	100	85	49,34	31,8	20	45	0,004*
Desempenho	60,52	23,24	30	70	60,17	25,61	70	62	0,903
Organização	47,82	33,86	33	35	47,21	31,16	90	52	0,667
Persistência	43,69	30,96	40	40	43,26	33,2	25	35	0,717
Mudança	30,56	24,25	0	25	40,65	27,78	0	43	0,107
Desejabilidade Social	63,34	29,73	100	60	66	33,2	85	85	0,732

Tabela 12: Diferenças entre as Médias dos Percentis no IFP antes e após o tratamento por grupos

FATOR DO IFP	Grupo 1				Grupo 2				Grupo 3			
	Médias		Diferença	p	Médias		Diferença	p	Médias		Diferença	p
	Antes	Após			Antes	Após			Antes	Após		
Intracção	38,4	41	2,6	0,916	52,5	40	12,5	,051*	19,3	37,2	17,9	0,141
Denegação	66,3	50,6	15,7	0,176	65,7	40,2	25,5	,017*	74,8	63,2	11,6	0,172
Desempenho	55	58,6	3,6	0,735	58,5	55,2	3,3	0,59	70,3	70,3	0	1,000
Organização	40,1	39,7	0,4	0,865	35,4	41	5,6	0,48	77,5	66,3	11,2	0,066
Persistência	51,3	40	11,3	0,684	36,8	35	1,8	0,53	46,3	60,8	14,5	0,093
Mudança	30,7	36,6	5,9	0,753	32,4	47,6	15,2	0,14	27,3	33,8	6,5	0,357
Desejabilidade Social	67,14	55,4	11,7	,052*	57,7	65,3	7,6	0,37	68,3	79,5	11,2	0,465
total de significâncias	1				2				0			

Escalas Beck de Ansiedade (BAI), de Depressão (BDI) e Lista de Distorções Cognitivas de Beck

Considerando as respostas dos 23 participantes nos instrumentos de Beck, BAI, BDI e Lista de Distorções Cognitivas, que respectivamente sinalizam níveis de ansiedade, depressão e pensamentos automáticos disfuncionais, verifica-se (Tabela 13 e Figura 2) que, após o tratamento, houve diminuição significativa nos escores destas variáveis.

Tabela 13: Variação dos Escores Médios, Desvios-Padrão (DP), Moda (MO) e Mediana (MD), no BAI, BDI e Distorções Cognitivas, antes e após o tratamento

VARIÁVEL DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO	Antes do Tratamento				Após o Tratamento				
	Média	DP	Mo	Md	Média	DP	Mo	Md	p
BAI	20,69	13,64	7	17	12,04	10,3	7	9	0,002*
BDI	25,74	12,63	10	25	16,65	10,3	5	11	0,002*
Nº Distorções Cognitivas	6,21	3,4	6	6	3,86	2,4	4	4	0,011*

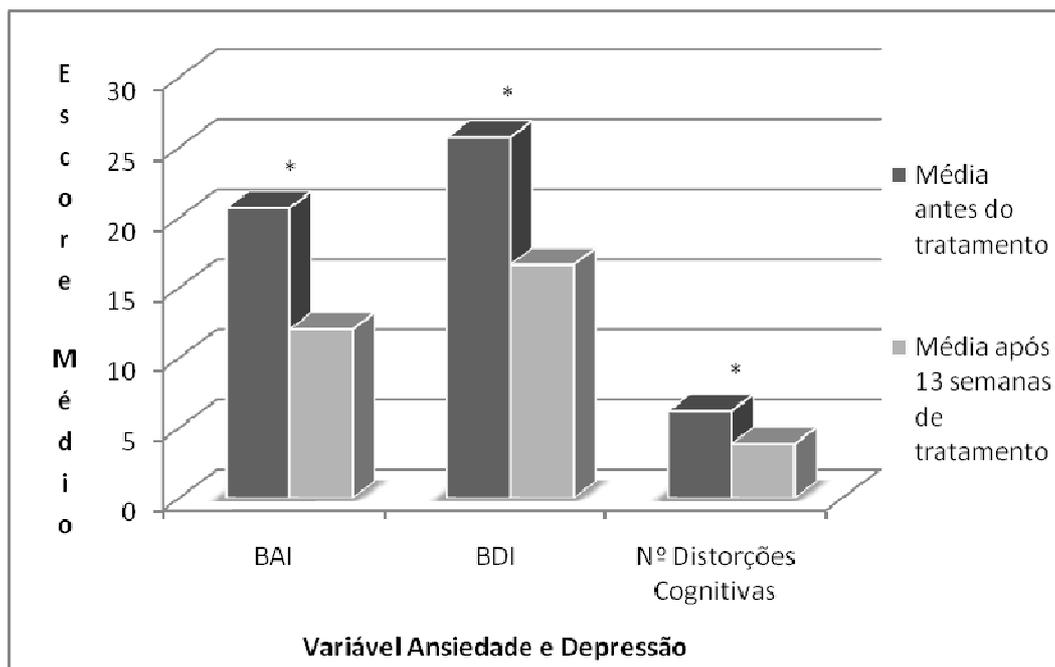


Figura 2: Escores Médios do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Número de Distorções Cognitivas antes e após o tratamento com TCCG.

Todavia, quando a análise é feita em relação às respostas dos participantes nos 3 grupos separadamente, observa-se (Tabela 14) que o grupo 1 não apresentou diferenças significativas para nenhuma destas três variáveis medidas, enquanto que o grupo 2 apresentou diferenças estatisticamente significantes para BAI e BDI e o grupo 3 para BDI e N° de Distorções Cognitivas.

Tabela 14: Diferenças entre as Médias dos Escores no BAI, BDI e Números de Distorções Cognitivas, antes e após o tratamento, por grupos

ESCORE EM ANSIEDADE, DEPRESSÃO OU DIST COGNITIVA	Grupo 1				Grupo 2				Grupo 3			
	Médias		Diferença	p	Médias		Diferença	p	Médias		Diferença	p
	Antes	Após			Antes	Após			Antes	Após		
BAI	15,8	9	6,8	0,063	25,2	10,6	14,6	,008*	18,8	18	0,8	0,686
BDI	19,3	19,3	0	0,917	30,4	15,6	14,8	,011*	25,5	15,3	10,2	,027*
Nº Distorções Cognitivas	4,1	3,6	0,5	0,671	7,4	3,9	3,5	0,07	6,7	4,2	2,5	,053*
total de significâncias					0				2			

Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp – ISSL

A média dos escores de estresse dos 23 participantes, no ISSL, diminuiu significativamente após o tratamento, como descrito na Tabela 15 e Figura 3, tanto no aspecto físico quanto no psicológico. Entretanto, quando se compara tais variáveis nos grupos, separadamente, observa-se que, também, o grupo 2 foi o determinante para as diferenças significativas entre os escores da primeira e da Segunda Coleta, pois, conforme apresentado na Tabela 16, o grupo 2 apresenta tais diferenças e os grupos 1 e 3 não.

Tabela 15: Variação dos Escores Médios, Desvios-Padrão (DP), Moda (MO) e Mediana (MD), no ISSL, antes e após o tratamento

VARIÁVEL DE ESTRESSE EM PERCENTIL	Antes do Tratamento				Após o Tratamento				p
	Média	DP	Mo	Md	Média	DP	Mo	Md	
Estresse Físico	29,48	25,68	0	30	9,82	13,71	0	0	0,002*
Estresse Psicológico	52,3	39,15	0	0	25,34	31,04	0	0	0,014*

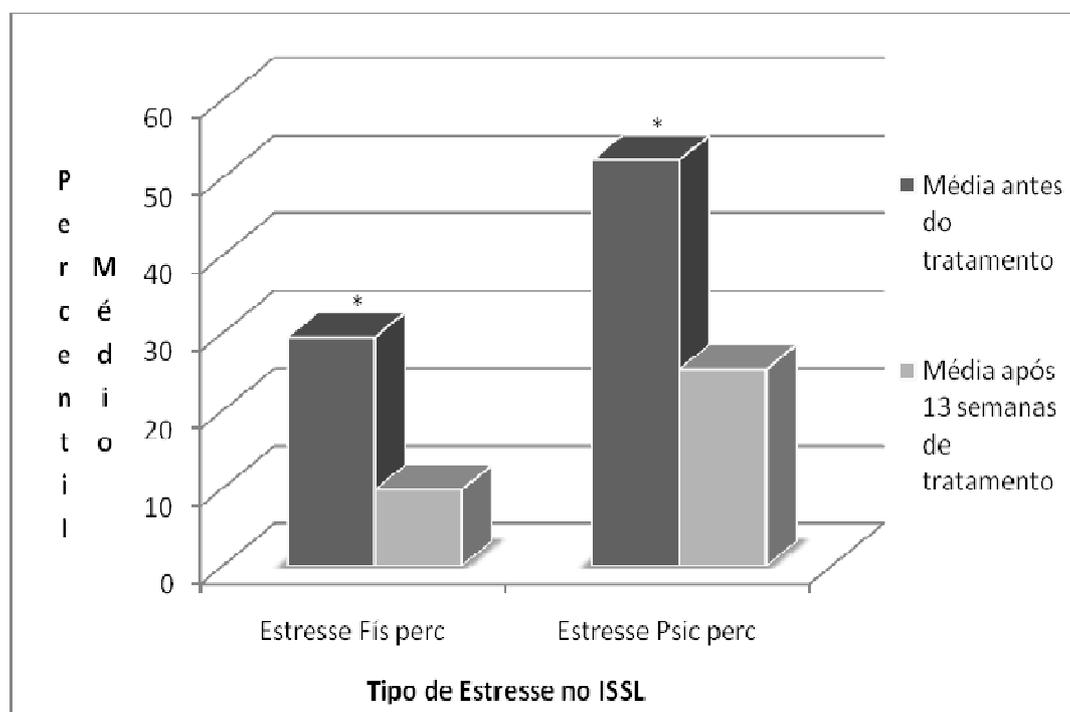


Figura 3: Percentis Médios de Estresse Físico e Psicológico medidos pelo ISSL, antes e após o tratamento com TCCG.

Tabela 16: Diferenças entre as Médias dos Percentis no ISSL, antes e depois do tratamento, por grupos

ESTRESSE NO ISSL EM PERCENTIL	Grupo 1				Grupo 2				Grupo 3			
	Médias		Diferença	p	Médias		Diferença	p	Médias		Diferença	p
	Antes	Após			Antes	Após			Antes	Após		
Estresse Físico	12,3	7,1	5,2	0,42	38,2	8,6	29,6	,008*	33,8	15	18,8	0,068
Estr.Psicológico	21,7	17,1	4,6	0,68	71	22	48,7	,021*	56,8	40	16,8	0,109
total de significâncias				0				2				1

Qualidade de Vida (QV) avaliada pelo WHOQOL-100

Os resultados obtidos nas avaliações das facetas de QV e dos respectivos domínios, apresentados nas Tabelas 17 e 18 e Figuras 4 e 5, demonstram que, após o tratamento, houve alterações significativas nas diversas facetas de QV, diminuindo naquelas que contribuem negativamente para a QV e aumentando naquelas que contribuem positivamente para a QV. Na faceta Dor e desconforto, antes do tratamento apresentava média 13,61 e após 11,78 e na faceta sentimentos negativos, passou de média 14,65 para 12,52. Nestas duas variáveis, tais diferenças foram estatisticamente significativas. De modo semelhante, aconteceu em relação a outras facetas de QV, que apresentaram alterações significativas, como sentimentos positivos, que passou de média 11,61 para 13,26 e capacidade de trabalho, que passou de 11,77 para 14,52. Todavia, conforme as respostas auto-avaliativas dos participantes no WHOQOL-100, estes não apresentaram mudanças significativas em algumas facetas, após o tratamento, como a capacidade de pensar, aprender, memória e concentração, como sua mobilidade e imagem corporal e aparência.

Ao serem agrupadas nos domínios de QV (Tabela 18 e Figura 5), observa-se que em todos eles houve alterações significativas, demonstrando que, após o tratamento, os domínios físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais, tiveram suas médias significativamente aumentadas.

Finalmente, na auto-avaliação dos participantes, a média de qualidade de vida total aumenta significativamente de 11,89 para 13,22, conforme apresentado na Tabela 18.

Tabela 17: Comparação da variação das Médias e Desvios-Padrão por Facetas de Qualidade de Vida no WHOQOL=100 antes e após o tratamento

FACETAS	Média antes do tratamento	DP	Média após o tratamento	DP	Diferença entre as Médias	ρ
Dor e desconforto	13,61	3,76	11,78	3,44	-1,83	0,036*
Energia e fadiga	10,09	3,48	12	3,79	1,91	0,012*
Sono e repouso	11,7	4,36	13,87	4,83	2,17	0,037*
Sentimentos positivos	11,61	3,56	13,26	3,89	1,65	0,001*
Pensar, aprender, memória e concentração	11,22	4,07	12,22	3,62	1	0,081
Auto-estima	11,2	4,30	12,7	3,89	1,5	0,021*
Imagem corporal e aparência	12,74	4,11	13,43	4,23	0,69	0,32
Sentimentos negativos	14,65	4,02	12,52	4,00	-2,13	0,003*
Mobilidade	13,82	4,77	15,73	4,22	1,91	0,062
Atividades da vida cotidiana	10,26	3,89	12,7	4,43	2,44	0,001*
Dependência de medicação ou de tratamentos	11,74	4,39	11,23	4,37	-0,51	0,42
Capacidade de trabalho	11,77	4,47	14,52	3,93	2,75	0,001*
Relações pessoais	12,13	3,92	13,35	3,37	1,22	,051*
Suporte (apoio) social	12,83	3,71	13,48	3,98	0,65	0,138
Atividade sexual	11,32	4,30	12,32	4,39	1	0,045*
Segurança física e proteção	11,43	2,84	11,96	2,48	0,53	0,166
Ambiente no lar	13,83	4,01	14,39	3,04	0,56	0,628
Recursos financeiros	10,61	4,76	11,83	4,09	1,22	0,022*
Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	12,39	3,93	13,17	4,04	0,78	0,129
Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	14	3,23	14,48	3,10	0,48	0,393
Participação em, e oportunidades de recreação/lazer	10,3	4,18	12,22	3,86	1,92	0,003*
Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)	12,87	2,88	14,09	2,59	1,22	0,013
Transporte	13,74	5,17	14,17	4,91	0,43	0,497
Espiritualidade/religião/crenças pessoais	13,87	4,04	15,73	2,95	1,86	0,018*
Qualidade de Vida do ponto de vista do avaliado	11,49	4,65	12,7	4,46	1,21	0,077

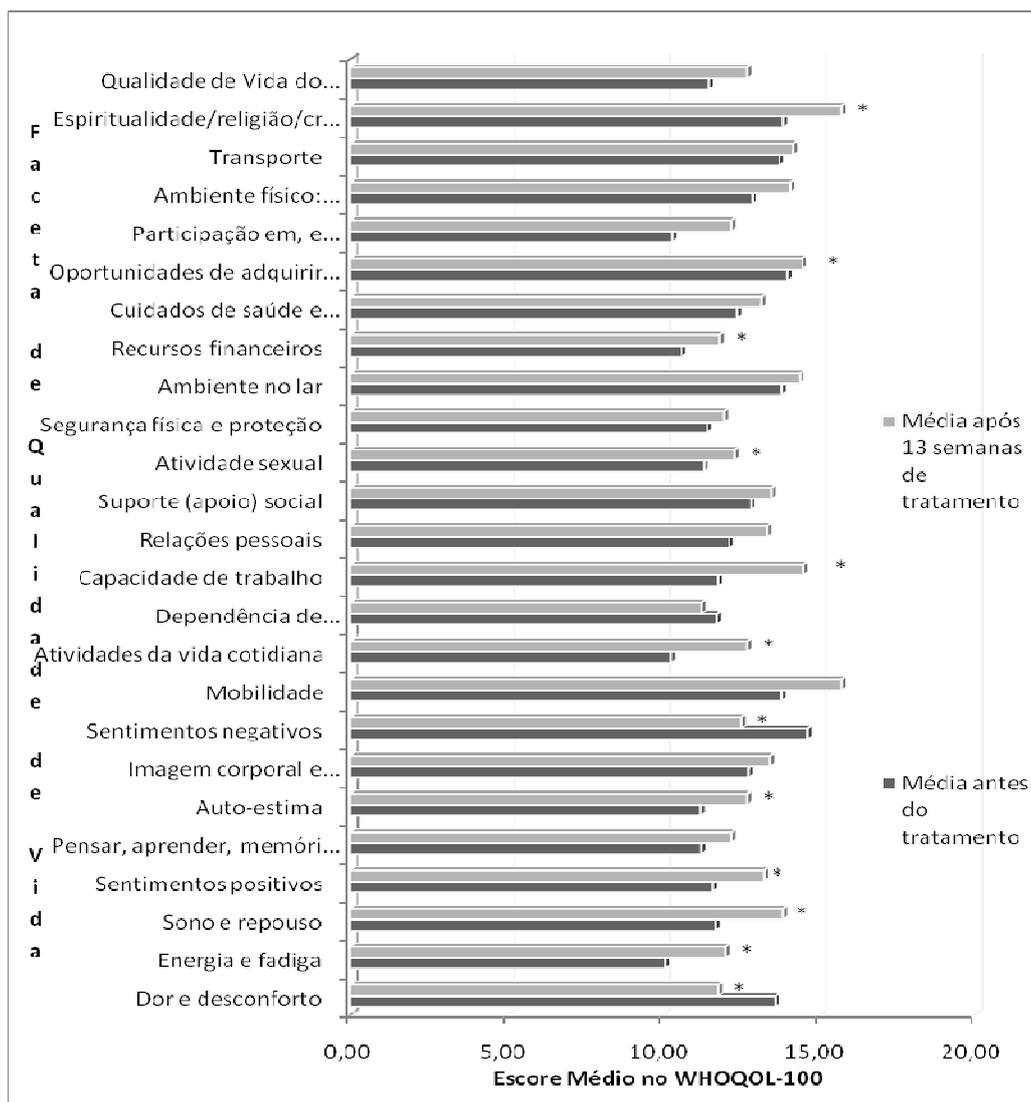


Figura 4: Escores Médios nas Facetas de Qualidade de Vida (QV) mensuradas pelo WHOQOL-100, antes e após o tratamento com TCCG.

Tabela 18: Comparação das Médias e Desvios-Padrão dos Domínios de Qualidade de Vida por no WHOQOL-100 antes e após o tratamento

DOMÍNIO	Média antes do tratamento	DP	Média após o tratamento	DP	Diferença entre as Médias	ρ
I - Físico	10,72	2,88	12,7	3,22	1,98	0,006*
II - Psicológico	11,22	3,30	12,62	3,42	1,4	0,004*
III - Nível de independência	12,01	3,71	13,84	3,37	1,83	0,004*
IV - Relações Sociais	12,2	3,56	13,14	3,32	0,94	0,013*
V- Ambiente	12,4	3,10	13,29	2,77	0,89	0,017*
VI - Aspectos Espirituais/Religião/Crenças Pessoais	13,87	4,04	15,73	2,95	1,86	0,018*
QV Total/GERAL	11,89	2,85	13,22	2,74	1,33	0,00*

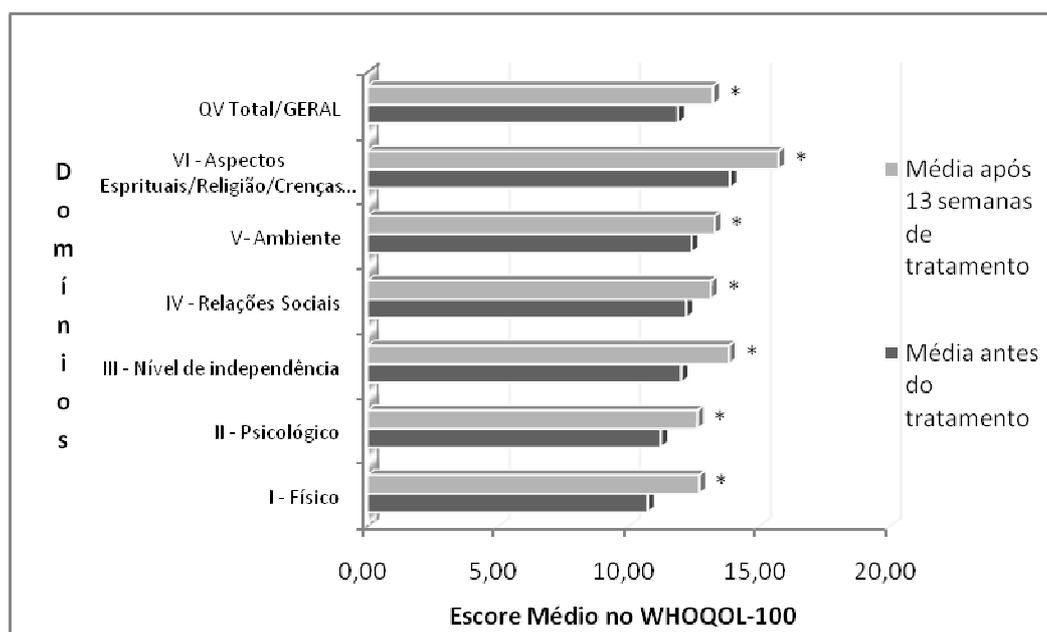


Figura 5: Escores Médios nos Domínios de Qualidade de Vida (QV) mensurados pelo WHOQOL-100, antes e após o tratamento com TCCG.

Comparações de Desempenho e Respostas nos Instrumentos Psicométricos (Testes e Escalas) com Frequências de Dados Sócio-demográficos e Epidemiológicos

Comparação de Desempenho e Respostas nos testes e Escalas com a Idade dos Participantes

Verifica-se que, ao se considerar o desempenho nos testes e as respostas nas escalas no total destes instrumentos, os participantes que apresentavam idade entre 25 e 34 anos obtiveram maior quantidade de variáveis com diferenças significantes entre as medidas antes e após o tratamento, ou seja, este intervalo de idade apresentou resultados com diferenças significativas para dez instrumentos, assinalados na Tabela 19 com asterisco. Em segundo lugar, os participantes com idade acima de 34 anos, com oito variáveis de instrumentos com diferenças significativas entre a Primeira e Segunda Coleta. Os participantes com idade até 24 anos apresentou a metade do número de variáveis com alterações significativas apresentadas por aqueles de idade entre 25 e 34 anos.

Dentre os fatores do IFP, apenas o fator Denegação sofreu alterações significativas entre as duas avaliações, a Tabela 19 mostra que isso ocorreu apenas nos participantes com idade superior a 34 anos. Situação semelhante ocorreu para o subteste Cubos, do WAIS III, enquanto que o sub-teste Dígitos apresentou diferenças significativas apenas para os participantes com idade entre 25 e 34 anos.

O ISSL, considerando-se o intervalo da idade dos participantes, somente sofre diferença significativa para os de idade entre 25 e 34 anos, especificamente no estresse físico. O nível de estresse psicológico não sofreu alterações em relação aos 3 intervalos de idade considerados.

Tabela 19: Comparação da Variação das Médias e Desvios-Padrão do Desempenho nos Testes e Respostas nas Escalas, antes e após tratamento, com idade dos participantes

Testes e Escalas Antes(t1) e Após (t2) tratamento	Até 24 anos					entre 25 e 34 anos					Mais de 34 anos				
	Antes		Após		P	Antes		Após		P	Antes		Após		P
	Média	DP	Média	DP		Média	DP	Média	DP		Média	DP	Média	DP	
Y_BOCS	22,5	8,3	11,7	3,9	,027*	25,9	7,9	13,2	8,9	,008*	27	5,4	18,6	6,9	,012*
n° sint Obsessivos	6,5	3,3	2,2	1,6	,027*	6,9	4,1	2,3	2,1	,013*	8,63	4,8	4,5	2,7	,018*
n° sint Compulsivos	8,7	2,7	2,3	2,3	,039*	8,2	4,8	3,0	2,9	,012*	8,5	5,7	3,8	3,1	,035*
n° sintomasTotal	15,2	5,2	4,5	2,8	,027*	15,1	8,0	5,3	3,4	,012*	17	9,5	8,3	5,1	,025*
IFP Intração Percentil	46,8	30,7	28,8	21,6	0,116	34,0	27,8	43,6	21,7	0,553	40,4	32,4	43,1	16,8	0,752
IFP Denegação Percentil	57,3	42,5	26,7	26,4	0,173	75,7	26,7	64,6	29,0	0,183	68,1	33,3	49,3	31,4	,018*
IFP Desempenho Percentil	65,8	18,8	51,7	31,1	0,345	58,6	24,7	64,8	22,6	0,292	58,8	26,7	61,4	26,4	0,726
IFP Organiz Percentil	32,7	31,7	21,8	19,1	0,292	50,3	36,4	53,0	33,1	0,6	56,4	32,9	59,8	27,7	0,944
IFP Persistencia Percentil	38,0	36,8	29,2	23,1	1	37,8	15,3	39,2	31,6	0,944	54,6	39,6	58,4	38,6	0,202
IFP Mudança Percentil	30,2	21,0	48,2	22,7	0,249	40,1	26,3	48,7	29,3	0,44	20,1	22,4	26,0	26,5	0,5
IFP Desejabilidade Social Percentil	48,8	27,3	46,7	37,0	1	68,8	31,4	72,0	31,0	0,944	68,1	29,6	73,8	30,9	0,528
Arquitetura Escore Ponderado	10,7	4,0	9,2	2,9	0,197	11,6	2,7	11,3	3,2	0,48	12,8	3,0	12,8	2,5	0,739
Digitos Escore Ponderado	10,2	2,0	11,3	2,6	0,102	13,6	4,0	12,3	3,9	,048*	10,6	2,7	11,4	2,7	0,416
Seq Num Let escore ponderado	11,7	2,3	12,0	1,8	0,48	11,7	2,2	12,1	2,6	0,257	11,6	2,3	12,4	1,4	0,336
Índice Memoria Operacion percentil	57,5	30,7	58,7	25,7	0,673	70,7	27,6	67,3	27,7	0,161	68,4	27,9	75,3	20,7	0,463
Cubos Escore Ponderado	12,2	2,6	14,7	8,7	0,713	11,9	2,8	11,8	2,7	0,783	12,3	3,2	13,0	3,7	,034*
d2 RB percentil	50,7	34,1	59,8	39,2	0,273	40,6	33,8	65,9	37,4	,012*	42,4	31,4	51,6	35,5	0,127
d2 RL percentil	54,0	34,0	62,3	39,7	0,18	45,4	35,8	67,4	39,1	,028*	42,4	29,7	54,9	34,6	0,068
d2 E% percentil	67,5	19,9	59,2	30,2	0,317	73,3	18,5	58,9	29,5	0,109	40,0	26,5	58,1	34,0	,042*
d2 AO percentil	60,8	23,5	48,3	28,6	0,336	67,2	21,4	64,4	26,9	0,833	43,8	30,8	64,4	26,8	0,173
BAI	21,7	19,6	7,7	3,1	0,116	19,3	8,4	11,9	13,5	0,123	21,5	15,0	15,5	9,3	,035*
BDI	21,3	14,1	7,8	4,0	,027*	28,0	10,2	18,2	18,1	,050*	26,5	14,8	21,5	10,8	0,091
n° Distorções Cognitivas	6,5	4,5	2,3	1,2	0,08	7,8	2,3	4,6	2,8	,033*	4,3	2,9	4,3	2,3	1
ISSL Fisico Percentil	34,8	26,3	8,3	9,8	0,066	25,1	20,3	5,1	8,1	,053*	30,4	32,5	16,3	19,2	0,14
ISSL Psicologico Percentil	58,7	41,3	23,3	26,6	0,066	56,7	38,1	20,3	30,5	0,092	42,6	42,1	32,5	36,9	0,414
Total de significâncias					5					10					8

Em relação aos instrumentos utilizados, nota-se que a Y-BOCS e o Checklist da Y-BOCS foi o instrumento, cujas variáveis sofreram alterações significativas em todos intervalos de idade, tanto em relação aos níveis de TOC pela Y-BOCS, quanto ao número de sintomas obsessivos e compulsivos, conforme apresentado na Tabela 20.

Tabela 20: Comparação da Variação das Médias e Desvios-Padrão de Respostas na Escala Y-BOCS, antes e após tratamento, com a idade dos participantes

Variáveis de TOC Antes(t1) e Após (t2) tratamento	Até 24 anos					entre 25 e 34 anos					Mais de 34 anos				
	Antes		Após		P	Antes		Após		P	Antes		Após		P
	Média	DP	Média	DP		Média	DP	Média	DP		Média	DP	Média	DP	
Y_BOCS	22,5	8,3	11,7	3,9	,027*	25,9	7,9	13,2	8,9	,008*	27	5,4	18,6	6,9	,012*
n° sint Obsessivos	6,5	3,3	2,2	1,6	,027*	6,9	4,1	2,3	2,1	,013*	8,63	4,8	4,5	2,7	,018*
n° sint Compulsivos	8,7	2,7	2,3	2,3	,039*	8,2	4,8	3,0	2,9	,012*	8,5	5,7	3,8	3,1	,035*
n° sintomasTotal	15,2	5,2	4,5	2,8	,027*	15,1	8,0	5,3	3,4	,012*	17	9,5	8,3	5,1	,025*
Total de significâncias					4					4					4

Para o teste D2, que avalia atenção concentrada, os participantes com idades entre 25 e 34 anos tiveram alteração significativa de uma mensuração para outra, antes e após o tratamento, em duas variáveis: no Resultado Bruto (RB), que avalia principalmente a rapidez do desempenho e Líquido (RL), que avalia a atenção concentrada propriamente. Em relação à variável Precisão no desempenho (E%), apenas a os participantes com idade acima de 34 anos apresentaram diferenças significantes entre a mensuração anterior e após o tratamento, conforme identificado na Tabela 21.

Tabela 21: Comparação da Variação das Médias e Desvios-Padrão dos Desempenhos no d2, antes e após tratamento, com a idade dos participantes

Testes d2 em percentil Antes(t1) e Após (t2) tratamento	Até 24 anos					entre 25 e 34 anos					Mais de 34 anos				
	Antes		Após		P	Antes		Após		P	Antes		Após		P
	Média	DP	Média	DP		Média	DP	Média	DP		Média	DP	Média	DP	
RB Rapidez	50,7	34,1	59,8	39,2	0,273	40,6	33,8	65,9	37,4	,012*	42,4	31,4	51,6	35,5	0,127
RL Atenção concentrada	54,0	34,0	62,3	39,7	0,18	45,4	35,8	67,4	39,1	,028*	42,4	29,7	54,9	34,6	0,068
E% Precisão	67,5	19,9	59,2	30,2	0,317	73,3	18,5	58,9	29,5	0,109	40,0	26,5	58,1	34,0	,042*
AO Oscilação	60,8	23,5	48,3	28,6	0,336	67,2	21,4	64,4	26,9	0,833	43,8	30,8	64,4	26,8	0,173
Total de significâncias	0					2					1				

Além das diferenças significativas entre as duas mensurações na Y-BOCS, os participantes com idade até 34 anos apenas apresenta tais diferenças na mensuração do BDI. Os participantes com idade variando entre 25 e 34 anos as apresentam no BDI e no número de distorções cognitivas e aqueles acima de 34 anos apresentam apenas no BAI (Tabela 22).

Tabela 22: Comparação da Variação das Médias e Desvios-Padrão de Respostas no BAI, BDI e Distorções Cognitivas, antes e após tratamento, com a idade dos participantes

Testes e Escalas Antes(t1) e Após (t2) tratamento	Até 24 anos					entre 25 e 34 anos					Mais de 34 anos				
	Antes		Após		P	Antes		Após		P	Antes		Após		P
	Média	DP	Média	DP		Média	DP	Média	DP		Média	DP	Média	DP	
BAI	21,7	19,6	7,7	3,1	0,116	19,3	8,4	11,9	13,5	0,123	21,5	15,0	15,5	9,3	,035*
BDI	21,3	14,1	7,8	4,0	,027*	28,0	10,2	18,2	18,1	,050*	26,5	14,8	21,5	10,8	0,091
nº Distorções Cognitivas	6,5	4,5	2,3	1,2	0,08	7,8	2,3	4,6	2,8	,033*	4,3	2,9	4,3	2,3	1
Total de significâncias	1					2					1				

Comparação de Respostas no WHOQOL-100 sobre Qualidade de Vida com a Idade dos Participantes

Com resultado semelhante aquele visto na comparação das alterações dos resultados testes e escalas com os intervalos de idade dos participantes, os resultados da

comparação do WHOQOL-100 com os mesmos intervalos de idade mostram que o intervalo de idade entre 25 e 34 anos, agora juntamente com aqueles acima de 34 anos, apresenta o dobro de diferenças significativas que o intervalo de idade até 24 anos, conforme pode-se verificar na Tabela 23. Enquanto os participantes com idade entre 25 e 34 e aqueles acima de 34 anos apresentam 6 facetas com diferenças significativas entre as duas mensurações, antes e após o tratamento, os participantes com idade até 24 anos apresentam tais diferenças em apenas 3 facetas, conforme pode ser verificado na Tabela 23.

Entretanto, a diferença no número de significâncias entre os três intervalos de idade considerado, relativamente às facetas de QV, não é confirmado em relação aos Domínios de QV que contêm tais facetas. Nestes, não há diferença no número de alterações significativas entre a primeira mensuração, antes do tratamento e a segunda, 13 semanas após o tratamento, conforme se apresenta na Tabela 24.

Tabela 23: Comparação das Diferenças das Médias e Desvios-Padrão das Facetas de QV no WHOQOL-100, antes e após tratamento, com idade dos participantes

FACETAS DE QV NO WHOQOL Antes(t1) e Após (t2) tratamento	Até 24 anos						Entre 25 e 34 anos						Mais de 34 anos							
	Antes		Após		≠ das Méd	P	Antes		Após		≠ das Méd	P	Antes		Após		≠ das Méd	P		
	Média	DP	Média	DP			Média	DP	Média	DP			Média	DP	Média	DP				
Dor e desconforto	11,2	4,5	12,2	2,9	1,0	0,68	13,8	2,9	11,0	4,1	-2,8	0,09	15,3	3,5	12,4	3,2	-2,9	0,05*		
Energia e fadiga	10,2	4,7	11,3	4,3	1,2	0,28	9,9	3,0	13,7	2,3	3,8	0,028*	10,3	3,5	10,6	4,5	0,4	0,5		
Sono e repouso	10,2	3,9	14,0	4,8	3,8	0,23	12,7	5,2	15,3	4,6	2,7	0,06	11,8	3,9	12,1	5,2	0,4	0,61		
Sentimentos positivos	12,8	3,5	15,3	1,2	2,5	0,042*	11,9	3,4	12,9	4,3	1,0	0,2	10,4	3,9	12,1	4,5	1,8	0,016*		
Pensar, aprender, memória e concentração	11,2	3,3	13,3	1,0	2,2	0,08	12,0	4,6	12,3	4,3	0,3	0,89	10,4	4,4	11,3	4,1	0,9	0,2		
Auto-estima	13,3	3,3	14,7	1,8	1,3	0,2	10,4	4,9	12,7	4,5	2,3	0,05*	10,5	4,2	11,3	4,0	0,8	0,68		
Imagem corporal e aparência	15,5	2,8	14,7	3,8	-0,8	0,36	12,0	4,8	13,1	4,8	1,1	0,4	11,5	3,5	12,9	4,2	1,4	0,18		
Sentimentos negativos	13,7	4,1	10,0	1,5	-3,7	0,043*	14,7	4,3	13,4	4,0	-1,2	0,21	15,4	4,0	13,4	4,8	-2,0	0,034*		
Mobilidade	14,3	5,8	16,8	3,1	2,5	0,14	14,9	4,8	16,8	2,6	1,9	0,34	12,4	4,2	13,9	5,8	1,5	0,46		
Atividades da vida cotidiana	10,7	4,0	14,0	2,8	3,3	0,039*	10,7	4,2	12,8	4,7	2,1	0,08	9,5	3,8	11,6	5,3	2,1	0,06		
Dependência de medicação ou de tratamento	13,3	3,7	11,5	4,3	-1,8	0,1	11,9	4,8	12,8	4,2	0,9	0,34	10,4	4,5	9,0	4,3	-1,4	0,33		
Capacidade de trabalho	11,7	4,7	15,3	1,6	3,7	0,07	11,8	5,2	14,9	5,0	3,1	0,05*	11,9	4,2	13,5	4,0	1,6	0,024*		
Relações pessoais	14,2	4,1	15,8	1,9	1,7	0,46	11,0	3,8	12,7	3,2	1,7	0,11	11,9	3,9	12,3	3,7	0,4	0,52		
Suporte (Apoio) social	16,2	2,0	16,0	2,4	-0,2	0,71	12,7	3,5	13,7	3,9	1,0	0,29	10,5	3,3	11,4	4,1	0,9	0,15		
Atividade sexual	13,6	4,8	14,6	3,6	1,0	0,59	10,7	4,3	12,0	5,0	1,3	0,034*	10,6	4,0	11,3	4,1	0,6	0,29		
Segurança física e proteção	12,8	2,6	13,5	1,9	0,7	0,6	11,2	2,5	12,0	2,1	0,8	0,23	10,6	3,2	10,8	2,8	0,1	0,6		
Ambiente no lar	16,2	1,9	15,3	1,6	-0,8	0,2	12,7	5,1	14,2	3,5	1,6	0,2	13,4	3,4	13,9	3,5	0,5	0,68		
Recursos financeiros	12,0	3,8	12,5	3,6	0,5	0,59	11,0	5,3	11,8	4,7	0,8	0,35	9,1	4,9	11,4	4,2	2,3	0,027*		
Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	13,5	2,6	13,2	2,6	-0,3	0,46	12,1	4,9	13,6	3,6	1,4	0,07	11,9	3,8	12,8	5,5	0,9	0,44		
Oportunidade de adquirir novas informações	14,2	2,8	15,8	1,2	1,7	0,11	15,1	4,0	14,8	3,3	-0,3	0,59	12,6	2,3	13,1	3,6	0,5	0,6		
Habilidades																				
Participação em, e oportunidades de recreação/lazer	11,2	3,6	14,0	1,4	2,8	0,11	10,4	5,2	12,3	4,7	1,9	0,024*	9,5	3,7	10,8	3,9	1,3	0,18		
Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)	12,3	1,9	13,2	1,2	0,8	0,68	13,8	3,3	14,9	2,4	1,1	0,18	12,3	3,1	13,9	3,4	1,6	0,026*		
Transporte	13,2	1,9	13,7	2,6	0,5	0,5	14,4	6,6	16,2	4,1	1,8	0,11	13,4	5,6	12,3	6,5	-1,1	0,28		
Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais	16,5	2,7	16,4	0,9	-0,1	1	12,9	4,7	16,0	3,1	3,1	0,028*	13,0	3,6	15,0	3,7	2,0	0,21		
Qualidade de vida global do ponto de vista do avaliado	12,7	4,3	13,2	2,6	0,5	0,68	11,0	5,1	13,1	4,9	2,1	0,07	11,2	4,9	11,9	5,4	0,7	0,17		
Total de significâncias							3							6						

Tabela 24: Comparação das Diferenças Médias dos Domínios de QV, antes e após tratamento com a idade dos participantes

DOMÍNIOS DE QV NO WHOQOL Antes(t1) e Após (t2) tratamento	Até 24 anos						Entre 25 e 34 anos						Mais de 34 anos					
	Antes		Após		≠ das méd	p	Antes		Após		≠ das méd	p	Antes		Após		≠ das méd	p
	Média	DP	Média	DP			Média	DP	Média	DP			Média	DP	Média	DP		
Domínio I - Físico após - antes	11,1	3,7	12,4	2,2	1,3	0,46	10,9	2,3	14,0	2,9	3,07	,025*	10,3	3,1	11,5	3,9	1,2	0,09
Domínio II - Psicológico após - antes	12,6	2,4	14,4	1,3	1,8	,043*	11,1	3,7	12,3	3,8	1,19	0,24	10,3	3,5	11,6	3,9	1,4	,020*
Domínio III - Nível de Independência após - antes	11,8	3,8	14,6	2,4	2,7	,027*	12,3	3,9	13,9	3,3	1,60	0,62	11,8	3,9	13,2	4,3	1,4	0,07
Domínio IV - Relações sociais após - antes	14,9	3,4	15,7	2,2	0,8	0,68	11,4	3,4	12,8	3,2	1,33	0,07	11,0	3,1	11,6	3,3	0,6	,053*
Domínio V - Ambiente	13,2	1,8	13,9	1,2	0,7	0,46	12,6	4,0	13,7	2,7	1,13	0,11	11,6	2,9	12,3	3,6	0,8	0,07
Domínio VI - Aspectos Espirituais/Religião/Crenças Pessoais	16,5	2,7	16,4	0,9	-0,1	1	12,9	4,7	16,0	3,1	3,11	,028*	13,0	3,6	15,0	3,7	2,0	0,21
Qualidade de Vida Total	12,9	2,2	14,2	1,0	1,3	,046*	11,8	3,2	13,5	2,8	1,61	,021*	11,2	2,9	12,2	3,5	1,1	,017*
Total de significâncias							3						3					

Comparação das Respostas no WHOQOL-100 sobre Qualidade de Vida com a Idade de Início do TOC

As Tabelas 25 e 26 mostram com evidência que, quando se toma as mensurações pelo WHOQOL-100 antes e após o tratamento e as compara com a idade de início do TOC dos participantes, o número de diferenças significativas daqueles em que o TOC se iniciou até os 10 anos de idade é muito superior, em relação ao número daqueles de início do TOC entre 11 e 23 anos e daqueles com início em mais de 23 anos. Na Tabela 25, os de início de TOC até 10 anos de idade apresentam diferenças significativas nas duas mensurações em 13 facetas de Qualidade de Vida, enquanto os de início entre 11 e 23 anos apresentam diferenças em apenas 3 facetas e, finalmente, os de início do TOC com mais de 23 anos de idade não apresentam diferenças significativas.

Tabela 25: Comparação da Diferenças das Médias e Desvios-Padrão das Facetas de QV no WHOQOL-100, antes e após tratamento, com idade de início do TOC

FACETAS DE QV NO WHOQOL Antes(t1) e Após (t2) tratamento	Até 10 anos						Entre 11 e 23 anos						Mais de 23 anos											
	Antes		Após		≠ das méd	p	Antes		Após		≠ das méd	p	Antes		Após		≠ das méd	p						
	Média	DP	Média	DP			Média	DP	Média	DP			Média	DP	Média	DP								
Dor e desconforto	12,3	4,1	11,1	3,6	-1,1	0,173	14,3	4,2	12,9	2,0	-1,4	0,44	14,4	3,1	11,5	4,3	-2,9	0,072						
Energia e fadiga	10,4	3,8	12,0	4,1	1,6	0,131	7,9	1,6	11,3	2,4	3,4	0,042*	11,8	3,6	12,6	4,7	0,9	0,498						
Sono e repouso	11,0	3,2	15,0	4,7	4,0	0,035*	12,1	5,3	13,6	4,1	1,4	0,26	12,0	4,9	13,0	5,9	1,0	1						
Sentimentos positivos	12,8	3,3	15,1	2,9	2,4	0,017*	9,7	2,4	11,4	3,9	1,7	0,11	12,1	4,3	13,0	4,3	0,9	0,129						
Pensar, aprender, memória e concentração	10,4	3,5	12,9	2,4	2,5	0,017*	10,4	4,0	10,7	4,3	0,3	0,83	12,8	4,7	12,9	4,1	0,1	0,257						
Auto-estima	12,3	4,3	14,5	2,3	2,3	0,034*	9,4	3,8	10,0	4,2	0,6	0,46	11,7	4,7	13,3	4,0	1,5	0,5						
Imagem corporal e aparência	13,5	4,1	15,5	3,6	2,0	0,093	11,3	3,2	12,3	1,9	1,0	0,27	13,3	4,9	12,4	5,7	-0,9	0,147						
Sentimentos negativos	12,9	3,8	9,5	2,7	-3,4	0,018*	16,9	3,1	15,0	3,3	-1,9	0,042*	14,5	4,5	13,4	4,1	-1,1	0,524						
Mobilidade	15,3	4,6	17,3	3,0	2,0	0,098	13,0	4,2	16,0	2,3	3,0	0,17	13,0	5,8	14,0	5,9	1,0	0,715						
Atividades da vida cotidiana	11,0	3,7	14,3	3,0	3,3	0,017*	8,4	3,5	9,7	3,4	1,3	0,28	11,1	4,3	13,8	5,5	2,6	0,061						
Dependência de medicação ou de tratamento	12,4	4,7	11,4	4,7	-1,0	0,416	13,4	2,8	12,9	3,8	-0,6	0,35	9,6	4,8	9,4	4,4	-0,2	0,461						
Capacidade de trabalho	11,8	3,8	14,6	2,1	2,9	0,042*	9,9	4,3	13,3	4,8	3,4	0,017*	13,7	5,1	15,5	4,7	1,8	0,141						
Relações pessoais	12,6	4,7	15,0	2,7	2,4	0,043*	10,7	3,3	11,9	2,7	1,1	0,24	12,9	3,8	13,0	4,0	0,1	0,865						
Suporte (Apoio) social	13,8	3,9	14,1	3,6	0,4	0,38	11,4	3,6	12,4	4,3	1,0	0,13	13,1	3,8	13,8	4,4	0,6	0,861						
Atividade sexual	12,3	4,0	14,1	3,8	1,9	0,042*	10,0	4,9	10,6	4,3	0,6	0,6	11,6	4,3	12,3	4,8	0,6	0,48						
Segurança física e proteção	11,8	2,8	12,9	2,2	1,1	0,573	11,0	2,5	11,6	3,2	0,6	0,24	11,5	3,4	11,4	2,1	-0,1	0,492						
Ambiente no lar	13,5	3,5	14,4	2,4	0,9	0,272	12,6	4,9	12,4	2,5	-0,1	0,5	15,3	3,8	16,1	3,3	0,9	0,257						
Recursos financeiros	11,5	3,9	12,8	4,0	1,3	0,041*	8,4	5,0	10,0	4,2	1,6	0,14	11,6	5,3	12,5	4,1	0,9	0,783						
Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	12,1	3,4	13,1	3,2	1,0	0,093	10,6	5,0	11,4	5,3	0,9	0,34	14,3	2,9	14,8	3,4	0,5	0,595						
Oportunidade de adquirir novas informações habilidades	13,6	3,6	14,5	2,5	0,9	0,34	13,6	3,2	13,6	3,2	0,0	0,71	14,8	3,2	15,3	3,7	0,5	0,854						
Participação em, e oportunidades de recreação/lazer	10,9	4,2	13,0	3,6	2,1	0,011*	8,0	2,8	10,7	3,0	2,7	0,09	11,8	4,7	12,8	4,8	1,0	0,496						
Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)	12,8	2,0	14,3	1,4	1,5	0,024*	11,1	1,5	12,6	2,6	1,4	0,34	14,5	3,8	15,3	3,1	0,8	0,48						
Transporte	12,9	4,4	13,8	3,7	0,9	0,246	12,9	6,2	13,6	5,1	0,7	0,79	15,4	5,2	15,1	6,2	-0,3	0,891						
Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais	14,5	3,2	16,1	2,0	1,6	0,018*	13,7	5,1	15,7	2,9	2,0	0,29	13,4	4,2	15,4	4,0	2,0	0,416						
Qualidade de vida global do ponto de vista do avaliado	12,1	5,1	14,0	3,9	1,9	0,072	9,3	4,2	10,1	4,4	0,8	0,6	12,8	4,5	13,6	4,7	0,9	0,671						
Total de significâncias							13						3						0					

Os resultados em relação às diferenças de alterações nas facetas de QV para os participantes com início de TOC até 10 anos, comparados aos outros intervalos, são confirmados para os Domínios de QV, que pode ser verificado na Tabela 26, em que os de início até 10 anos apresentam alterações significativas em todos os Domínios, inclusive na qualidade de vida em geral; enquanto os de início entre 11 e 23 anos em 2

Domínios apenas, mas, também na qualidade de vida em geral e, finalmente, aqueles com início em mais de 23 anos não apresentam mudanças em nenhum Domínio e nem na qualidade de vida geral.

Tabela 26: Comparação das Diferenças Médias e Desvio-Padrão dos Domínios de QV, antes e após tratamento, com a idade de início do TOC

DOMÍNIOS DE QV NO WHOQOL Antes(t1) e Após (t2) tratamento	Até 10 anos						Entre 11 e 23 anos						Mais de 23 anos											
	Antes		Após		≠ das méd	p	Antes		Após		≠ das méd	p	Antes		Após		≠ das méd	p						
	Média	DP	Média	DP			Média	DP	Média	DP			Média	DP	Média	DP								
Domínio I - Físico	11,0	3,0	13,3	2,5	2,3	0,025*	9,9	2,4	12,0	2,3	2,1	0,12	11,1	3,3	12,7	4,6	1,6	0,344						
Domínio II - Psicológico	12,0	3,1	14,5	2,3	2,5	0,012*	9,6	2,5	10,7	3,1	1,1	0,13	11,9	4,0	12,4	3,9	0,6	0,933						
Domínio III - Nível de Independência após - antes	12,4	3,1	14,7	2,8	2,3	0,025*	10,5	3,0	12,5	2,5	2,0	0,012*	13,1	4,8	14,2	4,5	1,1	0,917						
Domínio IV - Relações sociais	13,2	4,0	14,6	3,2	1,5	0,027*	10,7	3,0	11,6	2,3	0,9	0,16	12,5	3,6	13,0	3,9	0,5	0,833						
Domínio V - Ambiente	12,4	2,6	13,6	2,0	1,2	0,030*	11,0	3,0	12,0	2,8	1,0	0,21	13,6	3,4	14,1	3,3	0,5	0,799						
Domínio VI - Aspectos Esirituais/Religião/Crenças Pessoais	14,5	3,2	16,1	2,0	1,6	0,018*	13,7	5,1	15,7	2,9	2,0	0,29	13,4	4,2	15,4	4,0	2,0	0,416						
Qualidade de Vida Total	12,3	2,6	14,1	2,0	1,8	0,012*	10,5	2,4	11,8	2,2	1,3	0,017*	12,7	3,3	13,5	3,6	0,9	0,499						
Total de significâncias							7						2						0					

Comparação do Desempenho e Respostas nos Instrumentos Psicométricos (Testes e Escalas) com o Tempo de Sofrimento com TOC

De forma semelhante aos resultados obtidos na comparação do tempo de início do TOC, em que aqueles que iniciaram o TOC mais cedo (até 10 anos) apresentaram resultados com mais diferenças significativas entre as duas mensurações, antes e após o tratamento, os resultados da comparação do tempo de sofrimento com TOC com respostas nos instrumentos psicométricos demonstram que aqueles que apresentam mais tempo de sofrimento com TOC (de 9 a 22 e mais de 22 anos de sofrimento) tiveram mais diferenças significativas entre a primeira avaliação e a segunda. Enquanto aqueles participantes de 9 a 22 e acima de 22 anos de sofrimento apresentam diferenças significativas em oito e sete variáveis dos instrumentos psicométricos, respectivamente, os que tiveram sofrimento em até 9 anos apenas apresentaram diferenças significativas em quatro variáveis dos instrumentos psicométricos.

Tabela 27: Comparação das Diferenças do Desempenho e Respostas em todos os instrumentos, antes e após tratamento, com o tempo de sofrimento em TOC, por níveis de significância

Escores nos Testes e Escalas Antes(t1) e Após (t2) tratamento	Até 9 anos de TOC	De 9 a 22 anos de TOC	Mais de 22 anos de TOC
Y_BOCS após - Y_BOCS antes	0,028*	0,008*	0,012*
nº sint Obsess após - nº sint Osess antes	0,054*	0,008*	0,018*
nº sint Compuls após - nº sint.Compuls antes	0,136	0,012*	0,012*
nº sint Total após - nº sint Total antes	0,138	0,008*	0,012*
IFPintracep Percentil após- IFP intracep Percentil antes	0,786	0,624	0,833
IFP Denegação Percentil após - IFP Denegação Percentil antes	0,345	0,141	0,018*
IFP Desemp Percentil após - IFP Desemp Percentil antes	0,465	0,813	0,4
IFP Organiz Percentil após - IFP Organiz Percentil antes	0,197	0,813	0,672
IFP Persistenc Percentil após - IFP Persistenc Percentil antes	0,892	0,499	0,126
IFP Mudanç Percentil após - IFP Mudanç Percentil antes	0,892	0,093	0,344
IFP Desej Social Percentil - IFP Desej Social Percentil antes	0,068	0,441	0,61
Aritmetica Escore Ponderado após - Aritmetica Escore Ponderado antes	0,655	0,161	0,739
Digitos Escore Ponderado após - Digitos Escore Ponderado antes	0,786	0,496	0,492
Seq Num Let escore ponderado após - Seq Num Let escore Ponderado antes	0,144	0,317	1
Indice Memoria Operacion percentil após - Ind Memor Operac percentil antes	0,141	0,44	0,345
Cubos Escore Ponderado após- Cubos Escore Ponderado antes	0,257	1	0,034*
d2 RB percentil após - d2 RB percentil antes	0,028*	0,072	0,127
d2 RL percentil após - d2 RL percentil antes	0,068	0,068	0,066
d2 E% percentil após - d2 E% percteil antes	0,276	0,48	0,715
d2 AO percentil após - d2 AO percentil antes	0,593	0,669	0,32
BAI após - BAI antes	0,6	0,017*	0,035*
BDI após - BDI antes	0,039*	0,075	0,091
nº Distorções Cognitivas após - nº Distorções Cognitivas antes	0,216	0,033*	0,438
ISSL Fisico Percentil após - ISSL fisico percentil antes	0,109	0,024*	0,116
ISSL Psicologico Percentil após - ISSL Psicologico percentil antes	0,655	0,037*	0,207
Total de significâncias por tempo em TOC	4	8	7

Ressalta-se que os participantes com menos de 9 anos de sofrimento com TOC somente apresentaram diferença significativa isoladamente, sem que os de mais tempo de sofrimento também apresentassem, somente no teste D2, especificamente aos resultados brutos (RB), que indicam a rapidez no desempenho.

Especificamente em relação às mensurações do TOC pela Y-BOCS e Checklist, apenas aqueles participantes com sofrimento de TOC acima de 9anos apresentaram mudanças nas quatro variáveis mensuradas, podendo-se observar pela Tabela 28 que os participantes com menos de 9 anos de sofrimento não apresentaram diferenças significativas para o número de sintomas compulsivos e, conseqüentemente, para o número total de sintomas.

Apenas os participantes de mais de 22 anos de sofrimento apresentaram diferenças significativas no sub-teste Cubos e no fator Denegação do IFP, conforme Tabela 27.

Tabela 28: Comparação das Diferenças das Respostas na Y-BOCS, antes e após tratamento, com o tempo de sofrimento em TOC, por níveis de significância

VARIÁVEIS DA Y-BOCS antes(t1) e após(t2) tratamento	Até 9 anos de TOC	De 9 a 22 anos	Mais de 22 anos de TOC
Y_BOCS após - Y_BOCS antes	0,028*	0,008*	0,012*
nº sintomas Obsess após - nº sintomas Obsess antes	0,054*	0,008*	0,018*
nº sintomas Compuls após - nº sintomas Compuls antes	0,136	0,012*	0,012*
nº sint Total após- nº sint Total antes	0,138	0,008*	0,012*
Total de significâncias por idade	2	4	4

A Tabela 29 mostra que apenas aqueles participantes de 9 a 22 anos de sofrimento com TOC apresentou diferenças significativas, entre as duas mensurações, em relação ao estresse físico e psicológico, medidos pelo ISSL.

Tabela 29: Comparação das Diferenças de Respostas no ISSL, antes e após tratamento, com o tempo de sofrimento com TOC, por níveis de significância

ISSL antes(t1) e após(t2) tratamento	Até 9 anos de TOC	De 9 a 22 anos de TOC	Mais de 22 anos de TOC
ISSL Fisico Percentil após - ISSL fisico percentil antes	0,109	0,024*	0,116
ISSL Psicologico Percentil após - ISSL Psicologico percentil antes	0,655	0,037*	0,207
Total de significâncias por idade	0	2	0

Comparação do Desempenho e Respostas nos testes e Escalas com o Gênero dos Participantes

Pelos resultados apresentados na Tabela 30, é possível verificar-se que, em relação ao gênero, masculino e feminino, não houve diferenças significativas entre os participantes, tanto para as mensurações nos testes, quanto para as respostas nas escalas.

Tabela 30: Comparação das Diferenças do Desempenho nos Testes e Respostas nas Escalas, antes e após tratamento, com o gênero dos participantes

Testes e Escalas Antes(t1) e Após (t2) tratamento	Masculino						Feminino							
	Antes		Após		Diferença das Médias	p	Antes		Após		Diferença das Médias	p		
	Média	DP	Média	DP			Média	DP	Média	DP				
Y_BOCS	25,0	7,7	14,9	8,0	10,1	,005*	25,7	7,0	14,5	7,4	11,2	,001*		
n° sint Obsessivos	8,2	4,0	3,6	1,9	4,6	,007*	6,8	4,2	2,6	2,7	4,2	,002*		
n° sint Compulsivos	8,4	5,2	3,1	2,5	5,3	,012*	8,5	4,1	3,1	3,1	5,4	,003*		
n° sintomasTotal	16,5	8,8	6,7	3,5	9,8	,008*	15,2	7,0	5,7	4,6	9,5	,003*		
IFPintrapeção Percentil	44,0	26,9	38,8	20,8	5,2	0,235	36,2	31,6	40,2	20,6	-4,0	0,724		
IFP Denegação Percentil	59,7	33,7	36,5	29,0	23,2	0,068	74,8	31,8	59,2	31,3	15,6	,033*		
IFP Desempenh Percentil	51,3	24,3	47,3	24,8	4,0	0,889	67,6	20,6	70,1	22,3	-2,5	0,834		
IFP OrganizPercentil	38,7	25,3	47,3	31,5	-8,6	0,259	54,8	38,7	47,2	32,2	7,7	0,089		
IFP Persistencia Percentil	35,3	26,0	37,0	28,8	-1,7	0,678	50,2	33,9	48,1	36,6	2,1	0,798		
IFP Mudança Percentil	29,2	17,9	43,6	28,7	-14,4	0,092	31,6	28,9	38,4	28,0	-6,8	0,593		
IFP Desejabilidade Social Percentil	57,5	29,5	74,3	26,1	-16,8	0,068	67,8	30,3	59,6	37,5	8,2	0,196		
Aritmetica Escor Ponderado	12,3	2,9	11,6	3,0	,7	0,167	11,3	3,4	11,0	3,3	,3	1		
Digitos Escor Ponderado	11,8	3,5	11,1	3,2	,7	0,197	11,5	3,4	12,2	3,0	-,7	0,261		
Seq Num Let escor ponderado	11,7	2,1	12,4	1,4	-,7	0,102	11,6	2,4	12,0	2,3	-,4	0,564		
Indice MemorOperacion percentil	69,9	27,6	68,7	23,8	1,2	0,308	63,8	28,6	67,2	26,3	-3,4	0,385		
Cubos Escor Ponderado	12,4	2,4	14,2	6,6	-1,8	1	11,8	3,2	12,0	3,5	-,2	0,608		
d2 RB percentil	41,0	32,0	57,9	33,9	-16,9	,052*	46,0	32,8	60,5	38,9	-14,5	,013*		
d2 RL percentil	42,9	33,5	59,9	35,3	-17,0	,043*	49,5	32,1	63,2	38,5	-13,7	,018*		
d2 E% percentil	55,0	24,6	52,5	30,2	2,5	0,914	64,2	27,1	63,5	29,9	,8	0,752		
d2 AO percentil	54,0	24,0	56,5	28,9	-2,5	0,829	60,0	29,0	63,1	26,3	-3,1	0,813		
BAI	20,8	10,0	14,4	12,4	6,4	0,168	20,6	16,3	10,2	8,5	10,4	,005*		
BDI	22,6	12,1	12,9	10,9	9,7	,007*	28,2	13,0	19,5	15,4	8,6	,045*		
n° Distorções Cognitivas	6,3	3,7	3,2	2,2	3,1	,040*	6,2	3,3	4,4	2,5	1,8	0,095		
ISSL Fisico Percentil	31,5	24,9	7,6	10,9	23,9	,018*	27,9	27,2	11,5	15,7	16,4	,044*		
ISSL PsicologPercentil	56,2	39,0	24,3	32,8	31,9	0,063	49,3	40,6	26,2	31,0	23,2	0,137		
Total de significâncias							9							10

Comparação do Desempenho e respostas nos testes e Escalas com Comportamento de Usar ou Não Usar Medicamento dos Participantes

A Tabela 31 apresenta uma diferença notória entre os participantes que usaram e os que não usaram medicamento. O número de diferenças significativas entre as mensurações nos instrumentos psicométricos, antes e após o tratamento, para os

participantes medicados é muito maior que o número das significâncias dos não medicados, ou seja, mais que o dobro de significâncias dos medicados em relação às dos não medicados, de 13 para os medicados e 6 para os não medicados.

Tabela 31: Comparação das Diferenças do Desempenho nos Testes e Respostas nas Escalas, antes e após tratamento, com uso ou não de medicamentos pelos participantes

Testes e Escalas Antes(t1) e Após (t2) tratamento	Medicados						Não medicados							
	Antes		Após		Diferença das Médias	p	Antes		Após		Diferença das Médias	p		
	Média	DP	Média	DP			Média	DP	Média	DP				
Y_BOCS	26,00	8,414	13,18	8,292	12,82	,003*	24,83	6,103	16,08	6,775	8,75	,002*		
nº sint Obsessivos	8,27	3,977	2,45	1,916	5,82	,003*	6,58	4,231	3,58	2,746	3,00	,007*		
nº sint Compulsivos	9,18	4,143	2,36	2,248	6,82	,005*	7,75	4,864	3,75	3,137	4,00	,011*		
nº sintomasTotal	17,45	7,673	4,82	3,573	12,64	,003*	14,25	7,689	7,33	4,313	6,92	,009*		
IFP Intração Percentil	50,91	23,019	36,82	19,773	14,09	,012*	29,17	31,391	42,08	21,189	-12,92	,086		
IFP Denegação Percentil	74,64	27,149	41,09	31,178	33,55	,005*	62,42	37,481	56,92	31,762	5,50	,305		
Desempenho Percentil	60,45	19,977	51,82	24,003	8,64	,359	60,58	26,787	67,83	25,583	-7,25	,213		
IFP Organiz Percentil	37,64	29,018	35,00	26,844	2,64	,444	57,17	36,444	58,42	31,638	-1,25	,799		
IFP Persistencia Percentil	36,00	28,636	30,00	24,900	6,00	,833	50,75	32,522	55,42	36,120	-4,67	,323		
IFP Mudança Percentil	34,73	27,659	51,27	26,390	-16,55	,074	26,75	21,162	30,92	26,359	-4,17	,767		
Desejabilidade Social Percentil	51,18	29,006	56,09	34,613	-4,91	,594	74,50	26,824	75,08	30,444	-0,58	,959		
Aritmetica Ponderado	10,27	2,573	10,00	3,000	0,27	,527	13,08	3,118	12,42	2,843	0,67	,389		
Digitos Escore Ponderado	11,00	3,661	11,36	3,264	-0,36	,234	12,25	3,166	12,08	3,029	0,17	,858		
Seq Num Let escore ponderado	11,45	2,115	11,91	1,814	-0,45	,160	11,83	2,329	12,42	2,109	-0,58	,380		
Indice Memoria Operacion percentil	58,00	28,941	60,91	25,272	-2,91	,398	74,17	25,265	74,17	23,335	0,00	,342		
Cubos Escore Ponderado	11,55	2,423	12,91	6,580	-1,36	,595	12,58	3,147	13,00	3,438	-0,42	,248		
d2 RB percentil	35,91	28,532	53,55	37,367	-17,64	,020*	51,08	34,063	64,67	35,513	-13,58	,041*		
d2 RL percentil	39,09	31,050	53,55	39,003	-14,45	,027*	53,50	32,865	69,25	33,686	-15,75	,027*		
d2 E% percentil	55,91	25,082	41,82	25,620	14,09	,107	64,17	27,122	74,17	25,301	-10,00	,066		
d2 AO percentil	59,55	23,071	50,00	26,363	9,55	,469	55,42	30,261	69,58	24,996	-14,17	,282		
BAI	23,09	14,754	8,91	6,041	14,18	,008*	18,50	12,767	14,92	12,652	3,58	,116		
BDI	28,18	12,400	12,45	9,873	15,73	,003*	23,50	12,958	20,50	16,054	3,00	,221		
nº Distorções Cognitivas	7,55	3,328	3,00	1,732	4,55	,010*	5,00	3,104	4,67	2,708	0,33	,811		
ISSL Físico Percentil	35,91	23,058	8,18	10,787	27,73	,008*	23,58	27,494	11,33	16,278	12,25	,137		
ISSL Psicologico Percentil	71,09	33,001	25,45	31,101	45,64	,007*	35,08	37,406	25,25	32,359	9,83	,574		
Total de significâncias							13							6

Destacando-se da Tabela 31 os diferentes instrumentos, é possível observar que, em relação à Y-BOCS e Checklist de sintomas, não há diferença no número de significâncias entre medicados e não medicados (Tabela 32).

Tabela 32: Comparação das Diferenças das Respostas na Escala BOCS, antes e após tratamento, com uso ou não de medicamentos pelos participantes

Variáveis da Y_BOCS, Antes(t1) e Após (t2) tratamento	Medicados						Não medicados					
	Antes		Após		Diferença das Médias	p	Antes		Após		Diferença das Médias	p
	Média	DP	Média	DP			Média	DP	Média	DP		
Y_BOCS	26,00	8,414	13,18	8,292	12,82	,003*	24,83	6,103	16,08	6,775	8,75	,002*
nº sint Obsessivos	8,27	3,977	2,45	1,916	5,82	,003*	6,58	4,231	3,58	2,746	3,00	,007*
nº sint Compulsivos	9,18	4,143	2,36	2,248	6,82	,005*	7,75	4,864	3,75	3,137	4,00	,011*
nº sintomasTotal	17,45	7,673	4,82	3,573	12,64	,003*	14,25	7,689	7,33	4,313	6,92	,009*
Total de significâncias						4						4

Todavia, as diferenças no número de significâncias entre os medicados e não medicados começam a aparecer a partir dos fatores do IFP. Há diferença significativa entre as mensurações de dois fatores, Intracepção e Denegação, em que os medicados apresentam respostas, após o tratamento, que se diferem significativamente das respostas obtidas antes do tratamento, enquanto os não medicados não apresentam diferenças significativas entre as duas mensurações.

PARTICIPANTE	IFP MEDICANOS ANTES		IFP MEDICANOS APÓS TRATAMENTO		IFP NÃO MEDICANOS ANTES		IFP NÃO MEDICANOS APÓS O TRATAMENTO	
	IFPIntrPerc	IFPDenPerc	IFPIntrPerc2	IFPDenPerc2	IFPIntrPerc	IFPDenPerc	IFPIntrPerc2	IFPDenPerc2
p1	80	92	62	0				
p2					97	95	55	92
p3					8	100	70	97
p4					18	50	30	45
p5					45	40	45	30
p6	8	87	0	70				
p7					13	0	25	20
p8	75	100	15	20				
p9	55	80	40	55				
p10	20	90	25	35				
p11					70	5	70	5
p12					60	87	57	92
p13	40	85	35	20				
p14	62	90	62	90				
p15	60	15	28	5				
p16	75	40	60	25				
p17					8	65	8	55
p18	45	50	43	45				
p19					0	25	15	55
p20	40	92	35	87				
p21					13	97	50	60
p22					0	100	57	97
p23					18	85	23	35
MÉDIA	50,9	74,63	36,82	41,09	29,17	62,41	42,08	56,92

Quadro 5: Distribuição dos percentis dos fatores do IFP, Intração e Denegação, dos 23 participantes separados por Medicados e Não Medicados, com suas respectivas Médias, antes e após o tratamento.

O Quadro 5 mostra que a média de percentil do IFP para Intração, nos medicados, antes do tratamento, era de 50,9 e após o tratamento passou a 36,82 ($p < 0,05$). Em relação ao IFP para Denegação, antes do tratamento a média era de 74,63 e após o tratamento passou a 41,09 ($p < 0,05$). Observa-se, portanto que nestes dois fatores do IFP, Intração e Denegação houve diminuição significativa após o tratamento. Em contrapartida, para estes mesmos fatores do IFP, nos pacientes não medicados, seus valores não sofreram alterações significativas, pois, em Intração, passou de média 29,17 antes, para 42,08 após o tratamento ($p > 0,05$) e, em

Denegação, de 62,41 antes, para 56,92 após o tratamento ($p>0,05$). Confirmado na Tabela 33.

Tabela 33: Comparação das Diferenças nas Respostas do IFP, antes e após tratamento, com uso ou não de medicamentos pelos participantes

Fatores do IFP Antes(t1) e Após (t2) tratamento	Medicados						Não medicados					
	Antes		Após		Diferença das Médias	p	Antes		Após		Diferença das Médias	p
	Média	DP	Média	DP			Média	DP	Média	DP		
IFP Intração Percentil IFP	50,91	23,019	36,82	19,773	14,09	,012*	29,17	31,391	42,08	21,189	-12,92	,086
Denegação Percentil IFP	74,63	27,149	41,09	31,178	33,55	,005*	62,42	37,481	56,92	31,762	5,50	,305
Desempenho Percentil IFP Organiz Percentil IFP	60,45	19,977	51,82	24,003	8,64	,359	60,58	26,787	67,83	25,583	-7,25	,213
Persistencia Percentil IFP Mudança Percentil IFP	37,64	29,018	35,00	26,844	2,64	,444	57,17	36,444	58,42	31,638	-1,25	,799
Desejabilidade Social Percentil	36,00	28,636	30,00	24,900	6,00	,833	50,75	32,522	55,42	36,120	-4,67	,323
Total de significâncias	34,73	27,659	51,27	26,390	-16,55	,074	26,75	21,162	30,92	26,359	-4,17	,767
	51,18	29,006	56,09	34,613	-4,91	,594	74,50	26,824	75,08	30,444	-0,58	,959
						2						0

Em relação ao teste D2, não há diferenças entre o desempenho dos medicados e os não medicados, ambos apresentam mudanças apenas nas variáveis RB (rapidez) e RL (atenção e concentração) do teste (Tabela 34).

Tabela 34: Comparação das Diferenças do Desempenho no teste d2, antes e após tratamento, com uso ou não de medicamentos pelos participantes

Variáveis do teste d2 Antes(t1) e Após (t2) tratamento	Medicados						Não medicados					
	Antes		Após		Diferença das Médias	p	Antes		Após		Diferença das Médias	p
	Média	DP	Média	DP			Média	DP	Média	DP		
d2 RB percentil	35,91	28,532	53,55	37,367	-17,64	,020*	51,08	34,063	64,67	35,513	-13,58	,041*
d2 RL percentil	39,09	31,050	53,55	39,003	-14,45	,027*	53,50	32,865	69,25	33,686	-15,75	,027*
d2 E% percentil	55,91	25,082	41,82	25,620	14,09	,107	64,17	27,122	74,17	25,301	-10,00	,066
d2 AO percentil	59,55	23,071	50,00	26,363	9,55	,469	55,42	30,261	69,58	24,996	-14,17	,282
Total de significâncias						2						2

A Tabela 35 mostra que, quando se separa os participantes pelo uso ou não de medicação, considerando as escalas de Beck para ansiedade (BAI) e depressão (BDI) e o número de distorções cognitivas assinalados, somente os medicados apresentam resultados significativamente diferentes da primeira mensuração para a segunda.

Tabela 35: Comparação das Diferenças nas Respostas no BAI, BDI e Número Dist. Cognitivas, antes e após tratamento, com uso ou não de medicamentos pelos participantes

Variáveis de ansied e depressão Antes(t1) e Após (t2) tratamento	Medicados						Não medicados							
	Antes		Após		Diferença das Médias	p	Antes		Após		Diferença das Médias	p		
	Média	DP	Média	DP			Média	DP	Média	DP				
BAI	23,09	14,754	8,91	6,041	14,18	,008*	18,50	12,767	14,92	12,652	3,58	,116		
BDI	28,18	12,400	12,5	9,873	15,73	,003*	23,50	12,958	20,50	16,054	3,00	,221		
nº Distorções Cognitivas	7,54	3,328	3,00	1,732	4,55	,010*	5,00	3,104	4,67	2,708	0,33	,811		
Total de significâncias							3							0

No Quadro 6, verifica-se que, para os medicados, antes do tratamento, o BAI passou de média 23,1 para 8,91, após o tratamento; também, o BDI passou de 28,18 antes para 12,5 após o tratamento e, ainda para os medicados, as Distorções Cognitivas mudaram de 7,54 para 3 em média, sendo que para estas três variáveis os resultados foram significativos. Em contrapartida, os não medicados, considerando antes e após o tratamento, passaram de 18,5 para 14,9 no BAI; de 23,5 para 20,5 no BDI e, finalmente, de 5 para 4,67 nas Distorções Cognitivas e tais resultados mostram que não houve diferenças significantes.

PARTICIPANTE	BAI, BDI, DIST COGNITIVAS MEDICADOS- ANTES DO TRATAMENTO			BAI, BDI, DIST COGNITIVAS MEDICADOS- APÓS O TRATAMENTO			BAI, BDI, DIST COGNITIVAS NÃO MEDICADOS- ANTES DO TRATAMENTO			BAI, BDI, DIST COGNITIVAS NÃO MEDICADOS- APÓS O TRATAMENTO		
	BAI	BDI	Dist.Cognit.	BAI	BDI	Dist.Cognit.	BAI	BDI	Dist.Cognit.	BAI	BDI	Dist.Cognit.
p1	30	13	6	8	11	1						
p2							33	25	6	27	25	7
p3							14	40	7	0	54	8
p4							9	12	6	3	9	4
p5							12	17	1	14	24	0
p6	7	10	2	2	4	2						
p7							6	18	1	9	8	3
p8	56	49	12	7	5	1						
p9	17	36	2	10	26	5						
p10	28	45	8	24	34	5						
p11							4	10	0	7	4	2
p12							25	39	9	12	41	8
p13	35	27	11	1	5	0						
p14	27	30	9	12	9	4						
p15	24	18	11	9	5	3						
p16	16	29	7	7	6	4						
p17							20	21	5	17	21	7
p18	7	20	7	11	14	4						
p19							16	6	4	45	0	1
p20	7	33	8	7	18	4						
p21							14	27	10	6	10	5
p22							50	48	5	27	33	6
p23							19	19	6	12	17	5
MÉDIA	23,1	28,18	7,54	8,91	12,5	3	18,5	23,5	5	14,9	20,5	4,67

Quadro 6: Distribuição dos valores de BDI, BAI e Distorções Cognitivas, dos 23 participantes separados por medicados e não medicados, com suas respectivas médias, antes e após o tratamento

De modo semelhante ao que aconteceu para BAI, BDI e Distorções Cognitivas, ao se comparar os resultados nos instrumentos para medicados e não medicados, verifica-se (Tabela 36) que os participantes medicados tiveram diferenças significativas em seus escores para ISSL, nos dois momentos em que foram mensurados, antes e após o tratamento, enquanto que os não medicados não tiveram diferenças significativas. No

Quadro 7, pode-se constatar que, para os medicados, antes do tratamento, seu ISSL no aspecto físico tinha, em média, percentil de 35,91 e, após o tratamento, baixou para 8,18, enquanto que o ISSL no aspecto psicológico era de 71,09 e passou a 25,45. Para os não medicados, as alterações não foram significativas, pois, o ISSL físico, antes do tratamento, era de 23,58 e passou para 11,33 após o tratamento e o ISSL psicológico, passou de 35,08 para 25,25, como se vê não mudaram tanto quanto os medicados.

Tabela 36: Comparação das Diferenças nas Respostas do ISSL, antes e após tratamento, com uso ou não de medicamentos pelos participantes

Variáveis do ISSL	Medicados						Não medicados					
	Antes		Após		Diferença das Médias	p	Antes		Após		Diferença das Médias	p
	Média	DP	Média	DP			Média	DP	Média	DP		
ISSL Físico Percentil	35,91	23,058	8,18	10,787	27,73	,008*	23,58	27,494	11,33	16,278	12,25	,137
ISSL Psicologico Percentil	71,09	33,001	25,45	31,101	45,64	,007*	35,08	37,406	25,25	32,359	9,83	,574
Total de significâncias						2						0

PARTICIPANTE	ISSL MEDICADOS ANTES DO TRATAMENTO		ISSL MEDICADOS APÓS TRATAMENTO		ISSL NÃO MEDICADOS ANTES DO TRATAMENTO		ISSL NÃO MEDICADOS APÓS O TRATAMENTO	
	ISSLFís	ISSLPsic	ISSLFís	ISSLPsic	ISSLFís	ISSLPsic	ISSLFís	ISSLPsic
p1	33	72	0	0				
p2					0	0	30	60
p3					0	0	20	60
p4					20	60	0	0
p5					0	0	0	0
p6	0	0	0	0				
p7					40	20	0	0
p8	60	100	20	40				
p9	40	20	0	0				
p10	60	100	30	80				
p11					0	0	0	0
p12					20	100	0	0
p13	60	80	0	0				
p14	16	90	0	0				
p15	66	100	20	40				
p16	30	80	0	0				
p17					30	40	16	63
p18	10	60	10	60				
p19					0	0	0	0
p20	20	80	10	60				
p21					50	40	0	0
p22					90	80	50	80
p23					33	81	20	40
MÉDIA	35,91	71,09	8,18	25,45	23,58	35,08	11,33	25,25

Quadro 7: Distribuição dos percentis dos ISSL dos 23 participantes separados por Medicados e Não Medicados, com suas respectivas Médias, antes e após o tratamento.

Comparação das Respostas no WHOQOL-100 sobre Qualidade de Vida com o Comportamento de Usar ou Não Medicamentos dos Participantes

A Tabela 37 mostra que, ao se considerar as facetas de QV e os respectivos níveis de significância das diferenças entre as duas mensurações, antes e após o tratamento, os participantes medicados apresentam um número maior de diferenças significativas que o grupo não medicado. Enquanto o medicado apresenta diferenças em 10 facetas de QV, o não medicado apresenta diferenças significativas em apenas 6. Entretanto, a Tabela 38

mostra que há pequena diferença em relação ao número de Domínios de QV, sendo 5 para os medicados e 4 para os não medicados. Todavia, as diferenças são mais notórias quando se considera o tipo de Domínio de QV. Enquanto os medicados apresentam diferenças significativas entre as duas mensurações para os Domínios físico, psicológico, nível de independência e relações sociais, o grupo não medicado as apresenta para os Domínios físico, ambiente e aspectos espirituais. Os medicados e os não medicados apresentam diferenças significativas em relação à qualidade de vida total.

Tabela 37: Comparação das Diferenças nas Respostas nas Facetas de QV no WHOQOL-100, antes e após tratamento, com uso ou não de medicamentos pelos participantes

FACETAS DE QV NO WHOQOL Antes(t1) e Após (t2) tratamento	Medicados						Não medicados					
	Antes		Após		Diferença das Médias	p	Antes		Após		Diferença das Médias	p
	Média	DP	Média	DP			Média	DP	Média	DP		
Dor e desconforto	13,00	4,54	10,91	3,75	2,09	,182	14,17	2,98	12,58	3,06	1,58	,125
Energia e fadiga	9,18	3,74	11,82	4,14	2,64	,028*	10,92	3,15	12,17	3,61	-1,25	,232
Sono e repouso	10,64	4,23	14,55	5,07	3,91	,041*	12,67	4,44	13,25	4,73	-0,58	,475
Sentimentos positivos	10,82	3,54	13,00	3,07	2,18	,004*	12,33	3,58	13,50	4,64	-1,17	,078
Pensar, aprender, memória e concentração	10,55	3,67	12,18	3,03	-1,64	,072	11,83	4,47	12,25	4,22	-0,42	,571
Auto-estima	10,36	3,83	12,91	3,39	-2,55	,012*	11,97	4,73	12,50	4,44	-0,53	1,00
Imagem corporal e aparência	13,82	4,05	14,27	3,69	-0,45	,632	11,75	4,09	12,67	4,70	-0,92	,395
Sentimentos negativos	14,91	3,67	11,91	3,62	3,00	,013*	14,42	4,46	13,08	4,40	1,33	,084
Mobilidade	13,45	5,47	16,00	4,11	-2,55	,092	14,18	4,19	15,50	4,48	-1,32	,326
Atividades da vida cotidiana	10,00	3,85	12,55	4,55	-2,55	,027*	10,50	4,08	12,83	4,51	-2,33	,011*
Dependência de medicação ou de tratamento	15,27	2,10	12,90	3,28	2,37	,012*	8,50	3,26	9,83	4,80	-1,33	,170
Capacidade de trabalho	9,91	3,83	14,45	4,01	-4,55	,008*	13,64	4,43	14,58	4,03	-0,95	,028*
Relações pessoais	12,00	3,87	14,00	3,44	-2,00	,050*	12,25	4,14	12,75	3,33	-0,50	,667
Suporte (Apoio) social	13,09	3,73	14,09	4,23	-1,00	,201	12,58	3,85	12,92	3,82	-0,33	,423
Atividade sexual	11,20	4,69	12,70	4,35	-1,50	,160	11,42	4,17	12,00	4,59	-0,58	,154
Segurança física e proteção	11,36	2,94	11,91	2,43	-0,55	,403	11,50	2,88	12,00	2,63	-0,50	,234
Ambiente no lar	14,27	3,17	14,00	2,93	0,27	,490	13,42	4,76	14,75	3,22	-1,33	,297
Recursos financeiros	10,55	4,34	11,45	4,32	-0,91	,146	10,67	5,31	12,17	4,02	-1,50	,073
Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	12,00	4,07	12,64	3,80	-0,64	,436	12,75	3,93	13,67	4,36	-0,92	,205
Oportunidade de adquirir novas informações habilidades	13,09	3,83	14,36	3,41	-1,27	,126	14,83	2,44	14,58	2,94	0,25	,733
Participação em, e oportunidades de recreação/lazer	9,91	4,11	12,55	3,36	-2,64	,019*	10,67	4,40	11,92	4,40	-1,25	,048*
Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)	12,45	2,07	13,36	2,25	-0,91	,203	13,25	3,52	14,75	2,80	-1,50	,034*
Transporte	13,18	4,58	13,82	3,79	-0,64	,365	14,25	5,82	14,50	5,92	-0,25	,799
Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais	14,82	3,12	15,60	3,41	-0,78	,473	13,00	4,69	15,83	2,66	-2,83	,010*
Qualidade de vida global do ponto de vista do avaliado	10,82	4,31	12,55	4,25	-1,73	,108	12,11	5,05	12,83	4,82	-0,72	,373
Total de significâncias						10						6

Tabela 38: Comparação das Diferenças dos Domínios de QV, antes e após tratamento, com uso ou não de medicamentos pelos participantes

DOMÍNIOS DE QV NO WHOQOL Antes(t1) e Após (t2) tratamento	Medicados						Não medicados							
	Antes		Após		Diferença das Médias	p	Antes		Após		Diferença das Médias	p		
	Média	DP	Média	DP			Média	DP	Média	DP				
Domínio I - Físico	10,27	3,30	13,15	3,44	-2,88	,050*	11,14	2,50	12,28	3,10	-1,14	,040*		
Domínio II - Psicológico	10,93	2,85	12,89	2,93	-1,96	,005*	11,49	3,77	12,37	3,93	-0,87	,255		
Domínio III - Nível de Independência	10,52	3,26	13,36	3,47	-2,84	,021*	13,50	3,66	14,27	3,37	-0,77	,109		
Domínio IV - Relações sociais	12,33	3,97	13,79	3,69	-1,45	,036*	12,08	3,30	12,56	2,98	-0,47	,082		
Domínio V - Ambiente	12,10	2,96	13,01	2,53	-0,91	,130	12,67	3,33	13,54	3,06	-0,88	,054*		
Domínio VI - Aspectos Esirituais/Religião/Crenças Pessoais	14,82	3,12	15,60	3,41	-0,78	,473	13,00	4,69	15,83	2,66	-2,83	,010*		
Qualidade de Vida Total	11,47	2,55	13,22	2,59	-1,76	,008*	12,27	3,15	13,22	2,98	-0,94	,028*		
Total de significâncias							5							4

Comparação do Desempenho e respostas nos testes e Escalas com comorbidade em Depressão(TD), Ansiedade Generalizada (TAG) e Fobia Social(FS)

Considerando os resultados dos participantes, antes e após o tratamento, para avaliações nos Testes psicológicos e nas escalas e, ao compará-los com os transtornos que apresentaram comorbidade mais freqüente, TD, TAG e FS, as Tabelas 39, 40, 41, 42, 43 e 44 deixam claro que os pacientes com TD foram os que apresentaram maior número de alterações significativas do momento anterior às intervenções psicoterapêuticas ao momento posterior, mas, quase no mesmo nível dos pacientes com TAG e aqueles com FS tiveram alterações, mas, em número bem menor que os de TD e TAG.

Depressão

Nos testes e escalas em geral (Tabela 39), os participantes com TD tiveram 12 resultados significantes, enquanto aqueles sem TD tiveram 4. Para as facetas do WHOQOL-100 (Tabela40), os com TD tiveram 16 resultados significante, os sem TD

tiveram somente 2. Nos Domínios do WHOQOL-100 (Tabela 41), os com TD tiveram resultados significantes em todos eles, incluindo WHOQOL geral, os sem TD não tiveram alteração em nenhum deles.

Tabela 39: Comparação das Diferenças do Desempenho nos Testes e Respostas nas Escalas, antes e após tratamento, com diagnóstico de depressão

Testes e Escalas Antes(t1) e Após (t2) tratamento	Com Depressão						Sem Depressão						
	Antes		Após		Diferença das Médias	p	Antes		Após		Diferença das Médias	p	
	Média	DP	Média	DP			Média	DP	Média	DP			
Y_BOCS	27,4	7,1	16,5	8,7	10,9	0,001*	21,6	6,0	11,3	2,3	10,4	0,011*	
n° sint Obsessivos	8,5	4,3	3,3	2,6	5,2	0,001*	5,4	3,1	2,6	2,1	2,8	0,024*	
n° sint Compulsivos	8,6	4,7	2,9	2,7	5,7	0,002*	8,1	4,4	3,4	3,0	4,8	0,018*	
n° sintomasTotal	17,1	8,1	6,2	4,5	10,9	0,001*	13,4	6,6	6,0	3,5	7,4	0,018*	
IFP Intraceção Percentil	46,2	29,1	44,6	17,0	1,6	0,509	27,1	27,0	30,1	23,5	-3,0	0,5	
IFP Denegação Percentil	82,4	19,5	55,7	33,7	26,7	0,003*	41,8	37,3	37,5	25,8	4,3	0,61	
IFP Desempenho Percentil	62,5	21,8	61,1	27,5	1,3	0,925	56,9	26,9	58,4	23,3	-1,5	0,933	
IFP Organiz Percentil	52,1	31,5	48,8	24,6	3,3	0,3	39,9	38,8	44,3	42,7	-4,4	0,461	
IFP Persistencia Percentil	54,1	32,2	48,3	35,1	5,8	0,814	24,1	16,5	33,8	29,0	-9,6	0,395	
IFP Mudança Percentil	28,0	25,5	42,6	29,9	-14,6	0,06	35,4	22,6	37,0	24,8	-1,6	1	
IFP Desejabilidade Social Percentil	59,7	31,6	59,1	35,4	,5	0,807	70,3	26,3	78,9	26,0	-8,6	0,141	
Aritmetica Escore Ponderado	10,6	2,4	10,6	2,7	,0	1	13,9	3,4	12,5	3,6	1,4	0,172	
Digitos Escore Ponderado	11,0	3,4	11,0	3,0	,0	0,952	12,9	3,1	13,1	2,9	-,3	0,833	
Seq Num Let escore ponderado	11,0	2,2	11,6	2,0	-,6	0,142	12,9	1,6	13,3	1,4	-,4	0,48	
Indice Memoria Operacion percentil	57,7	28,5	61,0	25,7	-3,3	0,6	82,9	17,8	80,6	17,4	2,3	0,497	
Cubos Escore Ponderado	11,5	2,5	11,3	2,2	,2	0,629	13,3	3,1	16,1	7,3	-2,9	0,336	
d2 RB percentil	38,9	31,8	54,8	36,9	-15,9	0,007*	53,0	31,7	67,9	35,0	-14,9	0,15	
d2 RL percentil	40,6	31,4	55,1	37,9	-14,5	0,012*	57,9	32,4	74,1	31,8	-16,3	0,068	
d2 E% percentil	53,3	25,0	46,7	29,2	6,7	0,251	73,1	23,9	81,3	14,3	-8,1	0,285	
d2 AO percentil	55,3	25,4	56,7	26,0	-1,3	0,778	61,3	30,0	66,9	29,3	-5,6	0,864	
BAI	24,9	14,6	11,2	8,6	13,7	0,001*	12,9	7,0	13,6	13,5	-,8	0,673	
BDI	31,0	11,9	20,5	14,7	10,5	0,008*	15,9	6,8	9,5	8,6	6,4	0,089	
n° Distorções Cognitivas	7,3	2,4	4,4	2,4	2,9	0,015*	4,3	4,2	2,9	2,2	1,4	0,395	
ISSL Fisico Percentil	32,8	25,3	12,7	15,3	20,1	0,013*	23,3	26,8	4,5	8,4	18,8	0,068	
ISSL Psicologico Percentil	66,9	33,8	32,0	32,8	34,9	0,023*	25,0	35,1	12,9	24,6	12,1	0,273	
Total de significâncias							12						4

Tabela 40: Comparação das Diferenças dos Escores Médios e Desvios-Padrão nas Facetas de QV no WHOQOL-100, antes e após tratamento, com diagnóstico de depressão

FACETAS DE QV NO WHOQOL Antes(t1) e Após (t2) tratamento	Com Depressão						Sem Depressão						
	Antes		Após		≠ das méd	p	Antes		Após		≠ das méd	p	
	Média	DP	Média	DP			Média	DP	Média	DP			
Dor e desconforto	14,7	3,9	11,8	3,9	2,87	0,036*	11,6	2,6	11,8	2,5	0,1	0,931	
Energia e fadiga	8,9	2,9	11,3	4,1	2,33	0,032*	12,3	3,5	13,4	2,7	1,1	0,136	
Sono e repouso	11,3	4,4	13,7	4,9	2,40	0,145	12,5	4,4	14,3	5,0	1,8	0,078	
Sentimentos positivos	9,8	2,7	11,5	3,4	1,73	0,009*	15,0	2,4	16,5	2,4	1,5	0,05*	
Pensar, aprender, memória e concentração	9,9	3,6	11,2	3,7	1,27	0,106	13,6	4,1	14,1	2,6	0,5	0,546	
Auto-estima	9,2	3,1	11,5	3,9	2,22	0,009*	14,9	3,9	15,0	2,9	0,1	0,666	
Imagem corporal e aparência	11,9	4,2	12,5	4,3	,60	0,460	14,4	3,6	15,3	3,7	0,9	0,439	
Sentimentos negativos	16,5	2,8	13,9	3,9	2,67	0,006*	11,1	3,7	10,0	3,0	-1,1	0,233	
Mobilidade	12,2	5,0	15,4	3,7	3,14	0,023*	16,6	2,7	16,4	5,2	-0,3	0,892	
Atividades da vida cotidiana	8,9	3,2	11,5	4,6	2,53	0,012*	12,8	4,1	15,0	3,1	2,3	0,025*	
Dependência de medicação ou de tratamento	13,7	3,7	12,6	4,0	1,09	0,107	8,0	3,1	8,8	4,0	0,8	0,581	
Capacidade de trabalho	9,9	3,7	13,7	4,3	3,81	0,003*	15,1	3,9	16,1	2,7	1,0	0,102	
Relações pessoais	10,8	3,1	12,6	3,4	1,80	0,020*	14,6	4,3	14,8	3,1	0,1	0,492	
Suporte (Apoio) social	11,7	3,3	12,8	4,2	1,13	0,050*	15,0	3,7	14,8	3,4	-0,3	0,603	
Atividade sexual	9,9	4,0	11,3	4,4	1,33	0,05*	14,3	3,5	14,6	3,6	0,3	0,595	
Segurança física e proteção	10,5	3,1	11,1	2,5	,60	0,244	13,1	1,1	13,5	1,6	0,4	0,518	
Ambiente no lar	13,1	4,0	13,8	3,1	,67	0,521	15,1	3,9	15,5	2,9	0,4	0,891	
Recursos financeiros	8,8	4,1	10,7	3,9	1,93	0,012*	14,0	4,2	13,9	3,8	-0,1	0,705	
Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	11,1	3,9	12,4	4,3	1,27	0,077	14,8	2,9	14,6	3,2	-0,1	0,705	
Oportunidade de adquirir novas informações habilidades	12,8	3,0	13,8	3,2	1,00	0,183	16,3	2,4	15,8	2,5	-0,5	0,854	
Participação em, e oportunidades de recreação/lazer	8,6	2,9	11,2	3,4	2,60	0,005*	13,5	4,5	14,1	4,1	0,6	0,343	
Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)	12,0	2,6	13,9	3,0	1,93	0,003*	14,5	2,8	14,4	1,8	-0,1	1	
Transporte	12,9	5,2	13,6	5,0	,67	0,501	15,3	5,0	15,3	4,9	0,0	1	
Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais	12,7	4,0	15,0	3,1	2,27	0,049*	16,0	3,4	17,0	2,2	1,0	0,206	
Qualidade de vida global do ponto de vista do avaliado	9,7	3,5	11,7	4,6	2,04	0,010*	14,9	4,8	14,5	3,9	-0,4	0,498	
Total de significâncias							16						

Tabela 41: Comparação das Diferenças dos Escores Médios e Desvios-Padrão dos Domínios de QV, antes e após tratamento, com diagnóstico de depressão

DOMÍNIOS DE QV NO WHOQOL Antes(t1) e Após (t2) tratamento	Com Depressão						Sem Depressão						
	Antes		Após		≠ das méd	p	Antes		Após		≠ das méd	p	
	Média	DP	Média	DP			Média	DP	Média	DP			
Domínio I - Físico	9,8	2,7	12,4	3,7	2,53	0,019*	12,4	2,6	13,3	2,2	0,92	0,123	
Domínio II - Psicológico	9,7	2,1	11,4	3,3	1,70	0,010*	14,2	3,2	15,0	2,4	0,82	0,207	
Domínio III - Nível de Independência	10,2	3,2	12,9	3,5	2,62	0,006*	15,1	2,3	15,7	2,4	0,56	0,362	
Domínio IV - Relações sociais	10,8	2,8	12,2	3,2	1,42	0,008*	14,8	3,4	14,9	3,0	0,04	0,866	
Domínio V - Ambiente	11,2	2,8	12,6	2,8	1,33	0,011*	14,6	2,5	14,6	2,3	0,06	0,779	
Domínio VI - Aspectos Esirituais/Religião/Crenças Pessoais	12,7	4,0	15,0	3,1	2,27	0,049*	16,0	3,4	17,0	2,2	1,00	0,206	
Qualidade de Vida Total	10,6	2,1	12,4	2,8	1,82	0,001*	14,4	2,4	14,8	1,9	0,42	0,441	
Total de significâncias							7						

Ansiedade Generalizada

Nos testes e escalas em geral (Tabela 42), os participantes com TAG tiveram 12 resultados significantes, enquanto aqueles sem TAG tiveram 7. Para as facetas do WHOQOL-100 (Tabela 43), os com TAG tiveram 16 resultados significantes, os sem TAG tiveram somente 2. Nos Domínios do WHOQOL-100 (Tabela 44), os com TAG tiveram resultados significantes em todos eles, incluindo WHOQOL geral, os sem TAG não tiveram alteração em nenhum dos Domínio, apenas no WHOQOL geral.

Tabela 42: Comparação das Diferenças do Desempenho nos Testes e Respostas nas Escalas, antes e após tratamento, com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)

Testes e Escalas Antes(t1) e Após (t2) tratamento	Com TAG						Sem TAG							
	Antes		Após		Diferença das Médias	p	Antes		Após		Diferença das Médias	p		
	Média	DP	Média	DP			Média	DP	Média	DP				
Y_BOCS	28,2	6,6	13,6	7,6	14,7	0,008*	23,6	7,1	15,4	7,7	8,1	0,001*		
nº sint Obsessivos	9,8	4,2	3,1	2,1	6,7	0,012*	5,9	3,4	3,0	2,7	2,9	0,002*		
nº sint Compulsivos	10,3	4,7	2,4	2,9	7,9	0,008*	7,2	4,1	3,5	2,7	3,7	0,007*		
nº sintomas Total	20,1	8,1	5,6	4,0	14,6	0,008*	13,0	6,2	6,5	4,3	6,5	0,003*		
IFP Intraceção Percentil	45,9	23,5	38,9	17,4	7,0	0,574	35,5	32,6	40,0	22,5	-4,5	0,756		
IFP Denegação Percentil	75,2	22,1	45,2	27,6	30,0	0,024*	63,8	38,3	52,0	35,0	11,8	0,074		
IFP Desempenho Percentil	66,3	22,2	71,9	14,6	-5,6	0,483	56,8	23,9	52,6	28,7	4,1	0,675		
IFP Organiz Percentil	43,9	32,9	45,6	26,5	-1,7	0,889	50,4	35,4	48,3	34,8	2,1	0,504		
IFP Persistencia Percentil	49,7	32,1	54,1	33,2	-4,4	0,4	39,9	30,8	36,3	32,5	3,6	0,779		
IFP Mudança Percentil	26,9	28,9	43,4	33,3	-16,6	0,176	32,9	21,6	38,9	24,8	-5,9	0,346		
IFP Desejabilidade Social Percentil	62,2	34,1	62,7	36,8	-,4	1	64,1	27,9	68,1	31,9	-4,1	0,53		
Aritmetica Escore Ponderado	10,3	2,5	10,4	3,1	-,1	0,655	12,6	3,3	11,8	3,1	-,9	0,159		
Digitos Escore Ponderado	10,2	3,7	10,3	3,4	-,1	0,783	12,6	3,0	12,6	2,6	-,1	0,918		
Seq Num Let escore ponderado	10,7	2,1	11,2	1,8	-,6	0,129	12,3	2,1	12,8	1,8	-,5	0,417		
Indice Memoria Operacion percentil	50,9	29,3	54,6	27,3	-3,7	0,206	76,4	22,3	76,4	19,3	-,1	0,388		
Cubos Escore Ponderado	11,4	2,5	11,7	2,1	-,2	0,492	12,5	3,0	13,8	6,2	-1,3	0,904		
d2 RB percentil	48,8	33,3	70,8	35,7	-22,0	0,018*	40,6	31,6	52,0	35,5	-11,4	0,07		
d2 RL percentil	49,3	32,9	69,7	36,9	-20,3	0,027*	44,9	32,7	56,6	36,4	-11,8	0,027*		
d2 E% percentil	48,3	20,8	37,2	25,5	11,1	0,196	67,9	26,7	72,5	24,2	-4,6	0,461		
d2 AO percentil	54,4	25,4	57,2	27,9	-2,8	0,778	59,3	28,0	62,1	27,3	-2,9	0,906		
BAI	24,7	14,9	9,9	6,7	14,8	0,013*	18,1	12,7	13,4	12,1	4,7	0,074		
BDI	30,0	12,4	15,6	13,2	14,4	0,013*	23,0	12,5	17,4	14,6	5,6	0,049*		
nº Distorções Cognitivas	8,3	2,1	3,9	2,3	4,4	0,007*	4,9	3,4	3,9	2,5	1,0	0,419		
ISSL Fisico Percentil	34,3	20,4	8,9	11,7	25,4	0,012*	26,4	28,8	10,4	15,3	15,9	0,036*		
ISSL Psicologico Percentil	83,4	15,8	24,4	31,3	59,0	0,012*	32,3	36,6	25,9	32,1	6,4	0,591		
Total de significâncias							12							7

Tabela 43: Comparação das Diferenças dos Escores Médios e Desvios-Padrão das Facetas de QV no WHOQOL-100, antes e após tratamento, com Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)

FACETAS DE QV NO WHOQOL Antes(t1) e Após (t2) tratamento	Com TAG						Sem TAG						
	Antes		Após		≠ das méd	p	Antes		Após		≠ das méd	p	
	Média	DP	Média	DP			Média	DP	Média	DP			
Dor e desconforto	14,8	3,9	11,1	4,6	3,67	0,14	12,9	3,6	12,1	2,5	0,72	0,45	
Energia e fadiga	9,4	3,4	12,3	4,2	2,89	0,03	10,5	3,6	11,7	3,6	1,17	0,159	
Sono e repouso	11,3	4,9	15,4	4,7	4,11	0,03	11,9	4,1	12,9	4,6	0,94	0,325	
Sentimentos positivos	10,6	2,3	13,2	1,8	2,67	0,01	12,3	4,1	13,3	4,7	1,05	0,051	
Pensar, aprender, memória e concentração	10,8	4,0	12,6	3,0	1,78	0,16	11,5	4,2	12,1	3,9	0,63	0,323	
Auto-estima	9,9	2,9	13,0	3,3	3,15	0,02	12,1	4,9	12,5	4,2	0,46	0,587	
Imagem corporal e aparência	12,1	4,8	13,6	4,8	1,44	0,16	13,1	3,7	13,5	3,9	0,39	0,968	
Sentimentos negativos	16,8	2,4	12,3	3,6	4,44	0,01	13,3	4,3	12,7	4,2	0,55	0,17	
Mobilidade	13,5	5,2	17,1	2,9	3,63	0,05	14,0	4,7	15,0	4,6	1,00	0,506	
Atividades da vida cotidiana	10,1	2,5	13,6	4,1	3,44	0,03	10,4	4,7	12,1	4,5	1,78	0,011	
Dependência de medicação ou de tratamento	13,7	4,5	11,2	3,9	2,44	0,01	10,5	4,0	10,9	4,8	0,43	0,196	
Capacidade de trabalho	11,1	3,6	15,8	2,7	4,65	0,02	12,1	5,0	13,9	4,3	1,72	0,014	
Relações pessoais	11,1	2,6	13,7	3,2	2,56	0,02	12,8	4,6	13,0	3,5	0,21	0,796	
Suporte (Apoio) social	12,0	3,1	13,1	4,5	1,11	0,2	13,4	4,1	13,5	3,7	0,11	0,4	
Atividade sexual	11,0	3,2	13,4	3,7	2,44	0,02	11,5	5,0	11,9	4,8	0,39	0,719	
Segurança física e proteção	11,3	2,7	11,7	2,1	3,3	0,73	11,5	3,0	12,3	2,7	0,77	0,118	
Ambiente no lar	14,3	3,0	14,4	3,4	1,1	0,86	13,5	4,6	14,3	2,8	0,83	0,57	
Recursos financeiros	8,7	3,6	11,0	4,4	2,33	0,02	11,9	5,1	12,5	3,8	0,61	0,523	
Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	11,8	3,4	14,0	4,4	2,22	0,02	12,8	4,3	12,8	3,8	0,01	0,672	
Oportunidade de adquirir novas informações habilidades	13,3	3,7	14,8	3,4	1,44	0,2	14,4	3,0	14,3	2,9	-0,10	1	
Participação em, e oportunidades de recreação/lazer	9,6	3,0	12,8	3,0	3,22	0,02	10,8	4,9	11,7	4,3	0,95	0,096	
Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)	12,4	3,0	14,6	3,3	2,11	0,02	13,1	2,9	13,9	2,1	0,79	0,225	
Transporte	14,6	5,0	15,6	4,5	1,00	0,1	13,2	5,4	13,7	5,2	0,52	0,858	
Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais	13,4	2,8	16,4	2,4	2,93	0,03	14,1	4,8	15,4	3,1	1,26	0,236	
Qualidade de vida global do ponto de vista do avaliado	10,3	3,5	13,7	4,5	3,33	0,01	12,2	5,2	12,3	4,4	0,03	0,44	
Total de significâncias							17						3

Tabela 44: Comparação das Diferenças dos Escores Médios e Desvios-Padrão dos Domínios de QV, antes e após tratamento, com Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)

DOMÍNIOS DE QV NO WHOQOL Antes(t1) e Após (t2) tratamento	Com TAG						Sem TAG					
	Antes		Após		≠ das méd	p	Antes		Após		≠ das méd	p
	Média	DP	Média	DP			Média	DP	Média	DP		
Domínio I - Físico	10,0	3,2	13,6	3,7	3,6	0,03*	11,2	2,6	12,1	2,8	0,9	0,158
Domínio II - Psicológico	10,1	1,9	12,8	2,6	2,7	0,01*	11,9	3,8	12,6	3,8	0,6	0,221
Domínio III - Nível de Independência	11,2	3,3	14,7	2,4	3,6	0,01*	12,5	3,9	13,4	3,7	0,9	0,258
Domínio IV - Relações sociais	11,4	2,2	13,4	3,1	2,0	0,01*	12,7	4,2	13,0	3,4	0,2	0,401
Domínio V - Ambiente	12,0	2,7	13,6	2,8	1,6	0,02*	12,7	3,4	13,2	2,8	0,5	0,47
Domínio VI - Aspectos Esirituais/Religião/Crenças Pessoais	13,4	2,8	16,4	2,4	2,9	0,03*	14,1	4,8	15,4	3,1	1,3	0,236
Qualidade de Vida Total	11,2	2,1	13,7	2,5	2,5	0,01*	12,4	3,2	13,0	2,8	0,6	0,045*
Total de significâncias						7						1

Fobia Social

Nos testes e escalas em geral (Tabela 45), os participantes com FS tiveram 8 resultados significantes, enquanto aqueles sem FS tiveram 11, o que demonstra que o tratamento não melhorou o desempenho e as características das respostas, em geral,, tanto quanto para os outros diagnósticos de comorbidade e aqueles sem comorbidade. Para as facetas do WHOQOL-100 (Tabela 46), os participantes com FS tiveram 13 resultados significantes, os sem FS tiveram 6. Nos Domínios do WHOQOL-100 (Tabela 47), os com FS tiveram resultados significantes em três deles e, também, em WHOQOL geral, os sem FS tiveram alteração dois Domínio e no WHOQOL geral. Quem tinha FS não teve diferença significativa para os Domínios Físico e Psicológico.

Tabela 45: Comparação das Diferenças do Desempenho nos Testes e Respostas nas Escalas, antes e após tratamento, com Diagnóstico de Fobia Social

Testes e Escalas Antes(t1) e Após (t2) tratamento	Com Fobia Social						Sem Fobia Social							
	Antes		Após		Diferença das Médias	p	Antes		Após		Diferença das Médias	p		
	Média	DP	Média	DP			Média	DP	Média	DP				
Y_BOCS	27,9	6,6	18,1	10,7	9,8	0,012*	24,1	7,3	12,9	4,6	11,2	0,001*		
n° sint Obsessivos	9,6	5,1	4,0	3,3	5,6	0,018*	6,2	3,0	2,5	1,7	3,7	0,001*		
n° sint Compulsivos	8,4	4,7	2,6	2,6	5,8	0,035*	8,5	4,5	3,3	2,9	5,1	0,001*		
n° sintomasTotal	18,0	9,1	6,6	5,6	11,4	0,03*	14,6	6,9	5,9	3,3	8,7	0,001*		
IFP Intração Percentil	39,8	34,6	43,0	19,3	-3,3	0,726	39,5	27,3	37,7	21,1	1,7	0,504		
IFP Denegação Percentil	88,4	16,6	62,3	35,4	26,1	0,05*	57,5	34,6	42,5	28,6	15,1	0,05*		
IFP Desempenho Percentil	58,4	24,4	66,3	25,0	-7,9	0,293	61,7	23,4	56,9	26,2	4,7	0,529		
IFP Organiz Percentil	57,5	32,1	56,8	18,3	,8	0,833	42,7	34,7	42,1	35,8	,5	0,664		
IFP Persistencia Percentil	60,5	30,7	61,9	32,2	-1,4	0,752	34,7	28,1	33,3	30,2	1,4	0,889		
IFP Mudança Percentil	14,5	13,1	31,0	30,7	-16,5	0,249	39,1	24,7	45,8	25,7	-6,7	0,278		
IFP Desejabilidade Social Percentil	70,9	30,3	58,1	39,6	12,8	0,128	59,3	29,7	70,2	29,9	-10,9	0,126		
Aritmetica Escore Ponderado	9,9	2,4	9,9	2,6	,0	1	12,7	3,1	12,0	3,2	,7	0,234		
Digitos Escore Ponderado	9,4	2,8	9,6	2,1	-,3	0,671	12,9	3,1	12,9	3,0	,0	0,953		
Seq Num Let escore ponderado	9,8	1,5	10,5	1,4	-,8	0,336	12,7	1,8	13,1	1,6	-,4	0,19		
Indice Memoria Operacion percentil	43,5	22,8	48,8	22,7	-5,3	0,611	78,7	22,0	78,0	19,5	,7	0,7		
Cubos Escore Ponderado	10,3	2,3	10,6	2,4	-,4	0,408	13,1	2,6	14,2	5,7	-1,1	0,856		
d2 RB percentil	32,5	27,6	54,9	34,1	-22,4	0,018*	49,9	33,1	61,7	37,9	-11,9	0,059*		
d2 RL percentil	33,1	25,1	54,9	35,4	-21,8	0,027*	53,8	33,9	65,4	37,6	-11,6	0,028*		
d2 E% percentil	53,1	26,7	46,9	31,5	6,3	0,581	64,0	25,6	65,0	28,0	-1,0	0,887		
d2 AO percentil	56,3	25,9	51,3	29,4	5,0	0,67	58,0	27,8	65,0	25,4	-7,0	0,55		
BAI	31,3	16,1	12,6	11,7	18,6	0,012*	15,1	8,0	11,7	9,9	3,3	0,096		
BDI	35,6	13,1	25,8	18,1	9,9	0,128	20,5	8,9	11,8	7,9	8,7	0,004*		
n° Distorções Cognitivas	8,0	2,5	4,9	3,0	3,1	0,136	5,3	3,5	3,3	1,9	1,9	0,037*		
ISSL Fisico Percentil	38,8	33,1	18,8	18,1	20,0	0,105	24,5	20,3	5,1	7,9	19,5	0,005*		
ISSL Psicologico Percentil	65,0	42,4	40,0	35,5	25,0	0,228	45,5	37,0	17,5	26,4	28,0	0,016*		
Total de significâncias							8							11

Tabela 46: Comparação das Diferenças dos Escores Médios e Desvios-Padrão das Facetas de QV no WHOQOL-100, antes e após tratamento, com Fobia Social

FACETAS DE QV NO WHOQOL Antes(t1) e Após (t2) tratamento	Com FOBIA SOCIAL						Sem FOBIA SOCIAL						
	Antes		Após		≠ das méd	p	Antes		Após		≠ das méd	p	
	Média	DP	Média	DP			Média	DP	Média	DP			
Dor e desconforto	16,5	3,4	12,4	4,2	-4,1	0,03*	12,1	3,0	11,5	3,1	-0,6	0,34	
Energia e fadiga	9,5	3,6	11,5	5,2	2,0	0,29	10,4	3,5	12,3	3,0	1,9	0,015*	
Sono e repouso	10,6	5,0	13,0	5,2	2,4	0,31	12,3	4,1	14,3	4,7	2,1	0,064	
Sentimentos positivos	9,5	2,8	10,8	3,8	1,3	0,17	12,7	3,5	14,6	3,3	1,9	0,003*	
Pensar, aprender, memória e concentração	8,5	3,4	10,4	4,9	1,9	0,14	12,7	3,7	13,2	2,4	0,5	0,304	
Auto-estima	8,6	3,3	10,6	4,9	2,0	0,14	12,6	4,2	13,8	2,8	1,2	0,073	
Imagem corporal e aparência	10,6	4,2	11,8	5,3	1,1	0,29	13,9	3,7	14,3	3,4	0,5	0,569	
Sentimentos negativos	17,5	2,9	14,3	4,9	-3,3	0,03*	13,1	3,7	11,6	3,2	-1,5	0,036*	
Mobilidade	11,1	4,8	15,6	3,4	4,5	0,05*	15,1	4,4	15,8	4,7	0,7	0,474	
Atividades da vida cotidiana	8,1	3,0	11,6	5,3	3,5	0,03*	11,4	3,9	13,3	4,0	1,9	0,014*	
Dependência de medicação ou de tratamento	13,0	4,6	12,5	4,6	-0,5	0,53	11,1	4,3	10,5	4,2	-0,6	0,572	
Capacidade de trabalho	9,1	4,0	12,8	4,1	3,6	0,04*	13,0	4,3	15,5	3,6	2,5	0,006*	
Relações pessoais	10,5	2,9	12,5	3,6	2,0	0,05*	13,0	4,2	13,8	3,3	0,8	0,325	
Suporte (Apoio) social	11,8	3,5	12,3	4,8	,5	0,39	13,4	3,8	14,1	3,5	0,7	0,2	
Atividade sexual	9,0	3,3	11,0	4,8	2,0	0,04*	12,6	4,4	13,1	4,1	0,4	0,346	
Segurança física e proteção	9,6	3,0	10,4	2,4	,8	0,31	12,4	2,3	12,8	2,1	0,4	0,339	
Ambiente no lar	11,5	4,2	13,4	3,4	1,9	0,05*	15,1	3,4	14,9	2,8	-0,1	0,379	
Recursos financeiros	6,6	2,5	10,0	3,4	3,4	0,01*	12,7	4,3	12,8	4,2	0,1	0,887	
Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	9,5	3,6	10,9	5,2	1,4	0,17	13,9	3,2	14,4	2,8	0,5	0,445	
Oportunidade de adquirir novas informações habilidades	11,6	2,4	12,9	3,5	1,3	0,34	15,3	2,9	15,3	2,6	0,1	0,671	
Participação em, e oportunidades de recreação/lazer	8,0	2,7	10,9	3,6	2,9	0,03*	11,5	4,4	12,9	3,9	1,4	0,033*	
Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)	11,5	3,0	13,9	3,4	2,4	0,02*	13,6	2,6	14,2	2,2	0,6	0,25	
Transporte	10,6	4,4	11,5	5,3	,9	0,61	15,4	4,9	15,6	4,2	0,2	0,762	
Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais	11,0	4,0	14,6	2,2	3,6	0,02*	15,4	3,2	16,4	3,2	1,0	0,284	
Qualidade de vida global do ponto de vista do avaliado	8,8	4,0	11,3	5,7	2,5	0,05*	12,9	4,4	13,5	3,6	0,5	0,58	
Total de significâncias							13						6

Tabela 47: Comparação das Diferenças dos Escores Médios e Desvios-Padrão dos Domínios de QV, antes e após tratamento, com Fobia Social

DOMÍNIOS DE QV NO WHOQOL Antes(t1) e Após (t2) tratamento	Com FOBIA SOCIAL						Sem FOBIA SOCIAL							
	Antes		Após		≠ das méd	p	Antes		Após		≠ das méd	p		
	Média	DP	Média	DP			Média	DP	Média	DP				
Domínio I - Físico	9,2	3,1	12,0	4,1	2,83	0,06	11,5	2,5	13,0	2,8	1,5	0,05*		
Domínio II - Psicológico	8,7	2,1	10,7	4,1	1,91	0,16	12,5	3,1	13,7	2,6	1,1	0,01*		
Domínio III - Nível de Independência	9,7	3,7	12,9	3,5	3,20	0,02*	13,1	3,3	14,4	3,3	1,3	0,08		
Domínio IV - Relações sociais	10,4	2,6	11,9	3,3	1,50	0,02*	13,2	3,7	13,8	3,2	0,6	0,22		
Domínio V - Ambiente	9,9	2,3	11,7	3,1	1,84	0,04*	13,7	2,6	14,1	2,3	0,4	0,19		
Domínio VI - Aspectos Esirituais/Religião/Crenças Pessoais	11,0	4,0	14,6	2,2	3,63	0,02*	15,4	3,2	16,4	3,2	1,0	0,28		
Qualidade de Vida Total	9,6	2,2	11,9	3,2	2,21	0,01*	13,1	2,4	14,0	2,3	0,9	0,01*		
Total de significâncias							5						3	

Dados Para Análise Qualitativa

Mesmo aqueles pacientes que, inicialmente, na primeira sessão avaliativa, apresentaram restrições ao tratamento em grupo, após o incentivo e esclarecimento do terapeuta, durante o tratamento não apresentaram dificuldades e todos demonstraram integração suficiente em suas participações nos grupos.

Observou-se grande disponibilidade dos pacientes em se ajudarem mutuamente, informando que faziam contatos extra-sessões, por *e-mails*, por exemplo, e foi possível observar visualmente pelo terapeuta que alguns saíam do ambiente clínico e continuavam a conversar fora do CAEP. Principalmente no grupo 2, de maior número de participantes, houve manifestações do desejo de que o grupo continuasse por tempo indeterminado. O reforçamento recíproco do comportamento de controle em relação aos sintomas dos diferentes transtornos, não só do TOC, era constante por parte dos membros dos três grupos terapêuticos.

Níveis de Estresse

A Tabela 48 mostra que, antes do tratamento, havia 7 pacientes em estado grave de estresse mensurado pelo ISSL e, após o tratamento, apenas 1 paciente apresentava este nível de estresse.

Tabela 48: Mudança Qualitativa dos Níveis de Estresse de cada paciente, após o tratamento com TCCG

Participante	ANTES DO TRATAMENTO			APÓS O TRATAMENTO		
	Estresse Físico Percentil	Estresse psicológico Percentil	Nível Qualitativo de Estresse	Estresse Físico Percentil	Estresse psicológico Percentil	Nível Qualitativo de Estresse
p1	33	72	Exaustão	0	0	Sem estresse
p2	0	0	Sem Estresse	30	60	Resistência
p3	0	0	Sem Estresse	20	60	Resistência
p4	20	60	Resistência	0	0	Sem estresse
p5	0	0	Sem Estresse	0	0	Sem estresse
p6	0	0	Sem Estresse	0	0	Sem estresse
p7	40	20	Resistência	0	0	Sem estresse
p8	60	100	Quase Exaustão	20	40	Resistência
p9	40	20	Resistência	0	0	Sem estresse
p10	60	100	Quase Exaustão	30	80	Resistência
p11	0	0	Sem Estresse	0	0	Sem estresse
p12	20	100	Resistência	0	0	Sem estresse
p13	60	80	Quase Exaustão	0	0	Sem estresse
p14	16	90	Exaustão	0	0	Sem estresse
p15	66	100	Alerta	20	40	Resistência
p16	30	80	Resistência	0	0	Sem estresse
p17	30	40	Resistência	16	63	Exaustao
p18	10	60	Resistência	10	60	Resistência
p19	0	0	Sem Estresse	0	0	Sem estresse
p20	20	80	Resistência	10	60	Resistência
p21	50	40	Resistência	0	0	Sem estresse
p22	90	80	Quase Exaustão	50	80	Resistência
p23	33	81	Exaustão	20	40	Resistência

Níveis de TOC

Os níveis de TOC podem ser estabelecidos conforme a seguinte escala: 0 a 7 – subclínico; 8 a 15 – leve; 16 a 23 – moderado; 24 a 31 – grave e 32 a 40 – incapacitante. A Tabela 49 descreve a distribuição para os 23 pacientes, antes e após TCCG. Antes do tratamento, havia 10 pacientes no nível moderado de TOC, 9 no grave e 4 no nível incapacitante. Após o tratamento, 2 estavam no nível subclínico e 14 no nível leve, 3 no nível moderado, 3 no grave e 1 no incapacitante.

Tabela 49: Mudança Qualitativa dos Níveis de TOC pela Y-BOCS entre antes e após o tratamento com TCCG

Participante	Antes do tratamento		Após o tratameto	
	Y-BOCS	Nível Qualitativo de TOC	Y-BOCS	Nível Qualitativo de TOC
p1	16	moderado	14	leve
p2	28	grave	20	moderado
p3	34	incapacitante	33	incapacitante
p4	16	moderado	14	leve
p5	22	moderado	12	leve
p6	17	moderado	7	subclín
p7	22	moderado	12	leve
p8	37	incapacitante	9	leve
p9	33	incapacitante	26	grave
p10	29	grave	28	grave
p11	30	grave	12	leve
p12	22	moderado	16	moderado
p13	27	grave	0	subclín
p14	37	incapacitante	15	leve
p15	16	moderado	10	leve
p16	31	grave	10	leve
p17	19	moderado	11	leve
p18	27	grave	18	moderado
p19	16	moderado	15	leve
p20	16	moderado	8	leve
p21	31	grave	11	leve
p22	30	grave	25	grave
p23	28	grave	12	leve

Níveis de Ansiedade

Pelo manual do BAI (Cunha, 2001), os níveis de ansiedade podem ser assim estabelecidos, conforme o escore na escala: 0 a 10 – mínimo; 11 a 19 – leve; 20 a 30 – moderado; 31 a 63 – grave. A Tabela 50 apresenta a variação nos níveis qualitativos para cada paciente. Antes do tratamento, 4 pacientes estavam em nível grave de ansiedade, 6 no nível moderado, 7 leve e 6 mínimo. Após o tratamento, 1 estava em nível grave, 3 moderado, 6 leve e, finalmente, 13 em nível mínimo.

Tabela 50: Mudança Qualitativa dos Níveis de Ansiedade pelo BAI entre antes e após o tratamento com TCC

Participante	Antes do tratamento		Após o tratameto	
	BAI	Nível Qualitativo de Ansiedade	BAI	Nível Qualitativo de Ansiedade
p1	30	moderado	8	mínimo
p2	33	grave	27	moderado
p3	14	leve	0	mínimo
p4	9	mínimo	3	mínimo
p5	12	leve	14	leve
p6	7	mínimo	2	mínimo
p7	6	mínimo	9	mínimo
p8	56	grave	7	mínimo
p9	17	leve	10	mínimo
p10	28	moderado	24	moderado
p11	4	mínimo	7	mínimo
p12	25	moderado	12	leve
p13	35	grave	1	mínimo
p14	27	moderado	12	leve
p15	24	moderado	9	mínimo
p16	16	leve	7	mínimo
p17	20	moderado	17	leve
p18	7	mínimo	11	leve
p19	16	leve	45	grave
p20	7	mínimo	7	mínimo
p21	14	leve	6	mínimo
p22	50	grave	27	moderado
p23	19	leve	12	leve

Níveis de Depressão

Pelo manual do BAI (Cunha, 2001), os níveis de depressão podem ser assim estabelecidos, conforme o escore na escala: 0 a 11 – mínimo; 12 a 19 – leve; 20 a 35 – moderado; 36 a 63 – grave. A Tabela 51 mostra que apenas 3 pacientes apresentavam depressão em nível mínimo, 6 em nível leve, 8 moderado e 6 grave. Após o tratamento, 12 pacientes estavam em nível mínimo de depressão, 3 em nível leve, 6 moderado e, finalmente, 2 grave.

Tabela 51: Mudança Qualitativa dos Níveis de Depressão pelo BDI, antes e após o tratamento com TCCG

Participante	Antes do tratamento		Após o tratamento	
	BDI	Nível Qualitativo de Depressão	BDI	Nível Qualitativo de Depressão
p1	13	leve	11	mínimo
p2	25	moderado	25	moderado
p3	40	grave	54	grave
p4	12	leve	9	mínimo
p5	17	leve	24	moderado
p6	10	mínimo	4	mínimo
p7	18	leve	8	mínimo
p8	49	grave	5	mínimo
p9	36	grave	26	moderado
p10	45	grave	34	moderado
p11	10	mínimo	4	mínimo
p12	39	grave	41	grave
p13	27	moderado	5	mínimo
p14	30	moderado	9	mínimo
p15	18	leve	5	mínimo
p16	29	moderado	6	mínimo
p17	21	moderado	21	moderado
p18	20	moderado	14	leve
p19	6	mínimo	0	mínimo
p20	33	moderado	18	leve
p21	27	moderado	10	mínimo
p22	48	grave	33	moderado
p23	19	leve	17	leve

DISCUSSÃO

Comparações Sócio-demográficas

Neste estudo, foi confirmado o alto índice de comorbidade do TOC (Tabela 2), principalmente em relação ao Transtorno depressivo (TD) e outros transtornos de ansiedade, assim como têm descrito outros estudos (APA, 2002; Rangé, Asbahr, Moritz & Ito, 2001; Petribú, 2001; Riggs & Foa, 1999; Rasmussen & Eisen, 1992). Neste estudo, 65% dos pacientes apresentaram Transtorno depressivo, 39% Ansiedade Generalizada e 35% Fobia Social. Houve outros transtornos, mas, estes foram os mais freqüentes. Em relação à freqüência dos tipos de sintomas, Sasson e cols. (1997) e, ainda, Rasmussen e Eisen, 1992, citam a seguinte ordem hierárquica (Quadro 8) que, comparada aos dados obtidos neste estudo (Tabela 3) apresenta características semelhantes com a maioria dos mesmos sintomas, mas, não necessariamente na mesma ordem hierárquica.

ESTUDOS ANTERIORES	ESTE ESTUDO
<i>OBSESSÕES</i>	<i>OBSESSÕES</i>
contaminação	contaminação
dúvida	acumulação
sintomas somáticos	simetria
simetria	agressividade
agressividade	alimento
sexual	superstição
outros	moralidade
	dúvida
<i>COMPULSÕES</i>	<i>COMPULSÕES</i>
verificação	lavagem
lavagem	Falar, confessar
contagem	verificação
falar, confessar	finalização
simetria	Simetria
acumulação	acumulação

Quadro 8: Comparação de freqüência de sintomas de TOC de outros estudos com o atual.

Os resultados mostraram, também, que as idades, profissões, crenças, estado civil, classe social, gênero etc, eram diversificados, o que reforça a idéia de que o TOC apresenta-se em todas as condições de vida do ser humano, independentemente de idade, raça, condição social ou crença (APA, 2002; Rangé, Asbahr, Moritz & Ito, 2001; Petribú, 2001; Riggs & Foa, 1999; Rasmussen & Eisen, 1992). Os dados da Tabela 30 reforçam tais argumentos, pois, os desempenhos dos pacientes, quando comparados por gênero, nos testes e nas escalas, não apresentam diferenças importantes, possuindo ambos, do gênero feminino e masculino, resultados equiparados.

A Eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental Grupal (TCCG) no tratamento do TOC

Os resultados apresentados não deixam qualquer dúvida em relação ao poder da TCCG para promover, no mínimo, a remissão dos sintomas de TOC, ou o controle total. A Tabela 5 deixa muito evidentes as mudanças significativas, com $p < 0,01$ em todos os critérios utilizados especificamente para avaliar o TOC, tanto em relação à intensidade do TOC, mensurada pela Y-BOCS, quanto aos sintomas relatados pelos pacientes. Todas essas variáveis do transtorno diminuíram após as 13 semanas de tratamento. O escore médio na Y-BOCS era de 25,4, antes do tratamento, considerado qualitativamente grave, conforme descrito na Tabela 49 e, após a TCCG, caiu para 14,7, qualitativamente leve, de tal forma que o paciente que apresentasse Y-BOCS abaixo de 16 não poderia participar do tratamento, foi critério de exclusão neste estudo.

Acompanhando a Y-BOCS, o número médio de sintomas obsessivos caiu de 7,4 para 3. O número de sintomas compulsivos caiu de 8,4 para 3,1.

É importante ressaltar, mais uma vez, que nenhum paciente foi informado do seu escore obtido na Y-BOCS, antes de ter respondido esta escala pela segunda vez, após o tratamento. Entretanto, durante o tratamento, o paciente teve que confrontar os sintomas

obsessivos e compulsivos, assim, foi inevitável falar do número e do tipo de sintomas relatados por ele no checklist, antes do tratamento. Entretanto, o fato de rever tais sintomas, durante o tratamento, poderia, também, exacerbá-los ao invés de amenizá-los, caso a TCCG não tivesse efeito. Portanto, o fato de se ter controlado a informação do nível de TOC pela Y-BOCS foi fator de fidedignidade da TCCG para o controle do TOC, confirmando os resultados de milhares de estudos pelo mundo, que utilizam a Y-BOCS para mensurar os níveis de TOC em tratamentos, psicoterápicos ou farmacológicos.

Entretanto, conforme se pode constatar na Tabela 6, quando se considera os 3 grupos terapêuticos separadamente, percebe-se que os 3 sofreram significativas mudanças em todos os critérios avaliados, exceto o grupo 3, que não apresentou diferenças suficientemente significativas no número de sintomas compulsivos e, conseqüentemente, no número total de sintomas. Tal fato demonstra que a remissão dos sintomas, principalmente os compulsivos, não foi total e que, provavelmente, o tempo de terapia deveria ser maior que 13 semanas, embora muitos estudos relatem eficácia em tempo até menor que este, como o famoso estudo de Baxter e cols. (1992) que ocorreu em apenas 10 semanas, cujos resultados puderam ser verificados, até mesmo, por técnicas de neuroimagens.

Especificidades da psicoterapia que a tornaram o diferencial de eficácia na diminuição das dificuldades dos pacientes

O tratamento psicoterápico teve algumas características que possibilitaram o sucesso na remissão dos sintomas de TOC, depressão e ansiedade.

Aumento da flexibilidade no pensamento e mais eficiência do processamento cognitivo

Como explicitado nos passos de cada sessão de psicoterapia, a partir da 7ª sessão, o terapeuta treinava os pacientes na identificação de pensamentos disfuncionais automáticos e estes eram orientados a fazerem um treino para registro de seus pensamentos e emoções associadas. Em sessões posteriores, esses pensamentos eram discutidos no grupo. Para cada paciente era dado espaço para a discussão de estratégias cognitivas, disfuncionais e como reestruturá-las, reconceituá-las. Esta estratégia possibilitou aos pacientes a melhor identificação de suas distorções cognitivas e como controlá-las.

Tais estratégias estão de acordo com os argumentos de Mercadante (2004) que afirma terem as distorções cognitivas uma avaliação exagerada dos riscos, hipervalorização dos pensamentos intrusivos e/ou a preocupação excessiva com o controle dos pensamentos, além de ter uma responsabilidade pessoal exacerbada, o que exacerba sintomas de ansiedade. Novas respostas, mais adaptativas e mais flexibilizadas foram ensinadas em grupo, quando foi possibilitada uma aprendizagem social de novas respostas, além de muitos outros ganhos por ter sido em um grupo, conforme os argumentos de Himle, Eten e Fischer (2003). Ao desenvolver e interagir com novas estratégias, ensinadas pelo terapeuta e compartilhadas com o grupo, a estrutura do funcionamento cognitivo com base no circuito do TOC, que, inclusive, exacerbava o conteúdo negativo de pensamentos automáticos disfuncionais, foi interrompido em parte, pois, não houve remissão completa dos sintomas de TOC e das distorções cognitivas, conforme mostrado na Tabela 6 para os sintomas do TOC, considerando os grupos terapêuticos separadamente.

Com o aprendizado de novas estratégias cognitivas de enfrentamento, oferecidas pelos recursos da TCCG, a retomada da filtragem de estímulos que chegam ao córtex, agora em um nível cada vez mais consciente, utilizando-se as técnicas de reestruturação cognitiva, atenção focada ao comportamento presente, solução de problemas etc e, finalmente a Exposição com prevenção de respostas, promovendo habituação em relação a pensamentos e emoções desconfortáveis, o paciente tornou-se mais capaz de controlar suas dificuldades em relação ao TOC, depressão e ansiedade (Tabelas 4 e 5).

Esperava-se, com o tratamento, um aumento nos escores do desempenho em Memória Operacional e habilidade visuoespacial, avaliados pelos testes do WAIS III. Entretanto, a tabela 7 demonstra que os escores nos testes Aritmética, Dígitos e Sequencia de Números e Letras, que avaliam Memória Operacional, não tiveram alteração significativa, não obstante, os grupos 1 e 3 tenham alterado significativamente seus desempenhos no subteste Sequência de Números e Letras (Tabela 8). O grupo 1 diminuiu seu desempenho, passando de Média 12,4 para 11,7 ($p < 0,05$) e o grupo 3 melhorou, passando significativamente de 11,3 para 13,5 ($p < 0,05$).

Já as mensurações pelo teste d2, mostraram que a capacidade de atenção e concentração, bem como o nível de rapidez de desempenho na habilidade atenção concentrada, tiveram aumento estatisticamente significativo em seus percentis médios, como demonstram a Tabela 9 e a Figura 1. Considerando o desempenho de todo o grupo, o Resultado Bruto, que indica a rapidez de desempenho, antes do tratamento tinha percentil médio de 43,82 e foi para 59,3 ($p < 0,05$) após o tratamento; o Resultado Líquido, que indica a atenção concentrada, mudou de percentil médio 46,6 para 61,7 ($p < 0,05$), após o tratamento. O grupo dos 23 participantes não apresentou diferença estatisticamente significativa para a precisão no desempenho (%E), nem para

a manutenção do ritmo, ou oscilação da tarefa (AO). Este é mais um indício de que a terapia cognitivo-comportamental grupal foi eficaz em promover mais flexibilidade, pois, os pacientes tornaram-se mais rápidos, indicando não ficarem presos à tarefa. Também, ao mesmo tempo, ficaram mais concentrados, o que indica mais segurança no desempenho, provavelmente não permitindo que pensamentos disfuncionais, obsessões, tornem-se exacerbadamente focais e fixos.

Observando os resultados no teste d2 nos 3 grupos separadamente, o grupo 2, como mostra a Tabela 10, obteve melhor desempenho na atenção concentrada, passando de percentil 43,5 para 62,3 ($p = 0,020$) em rapidez de desempenho e de 45,9 para 62,7 ($p = 0,028$). O fato de deste grupo apresentar maior número de participantes, no mínimo 3 participantes a mais que os outros dois, chama a atenção, assim como para os resultados de outros instrumentos, como o IFP no fator Denegação, o BAI, BDI e ISSL. Isso remete à reflexão sobre a importância da psicoterapia cognitivo-comportamental em grupo.

Outros dados sugerem aumento de flexibilidade nos pensamentos dos participantes, tais como os resultados nos fatores do IFP, por avaliarem características de personalidade, do jeito de ser dos participantes. Os resultados neste teste foram condizentes para com as suas características psicométricas, pois, em quase todos os fatores de personalidade, não houve mudanças significativas, exceto no fator Denegação, que “...se refere à resignação, abulia. Trata-se de desejo ou tendência de se submeter passivamente à força externa; aceitar desaforo, castigo e culpa; resignar-se ao destino, admitir inferioridade, erro e fracasso; confessar erros e desejo de autodestruição, dor, castigo, doença e desgraça.” (Pasquali, 2011, p. 22). De acordo com esta definição e considerando que, em média, o percentil do grupo para este fator era de

68,26 antes do tratamento e que caiu para 49,34 ($p < 0,01$), após o tratamento (Tabela 11), pode-se considerar que houve flexibilização no pensamento, principalmente os pensamentos de conteúdo negativo e autodepreciativo.

Esta mudança nos escores do fator Denegação do IFP foi acompanhada pela diminuição significativa na média de distorções cognitivas (Tabela 13), que antes do tratamento era de 6,21 e, após, passou para 3,86 ($p = 0,011$). Ora, durante as 13 semanas de tratamento, houve focalização no combate a pensamentos irracionais automáticos, incluindo o registro diário e a discussão em grupo, além do treino em confrontação desses pensamentos e reestruturação cognitiva, de acordo com as técnicas usadas por estudiosos citados na literatura (Rangé, 2001; Ito, 1998; Salkovskis, 1997; Beck & cols., 1997; Beck, 1997), então, era de se esperar tais mudanças no repertório cognitivo-emocional dos pacientes.

A diminuição significativa nos escores do BDI, que era de 25,74, em média, antes do tratamento, considerado qualitativamente um nível moderado de depressão, como citado na Tabela 51, diminuiu significativamente ($p < 0,01$) para 16,65, qualitativamente um nível leve, segundo Beck (Cunha, 2001). Conforme, ainda, a Tabela 51, a maioria dos pacientes apresentava depressão moderada ou grave e a minoria leve ou mínima e, após o tratamento, esse quadro se inverteu, a maioria teve depressão leve ou mínima.

A Psicoterapia grupal

Considerando todos os fatores citados por Himle, Etten e Fischer (2003), foi possível constatar que a técnica da modelação (Salkovskis, 1997), aprendizagem vicariante, por observação, funciona muito satisfatoriamente na TCCG. Dentre tais

fatores, podem ser listados a modelagem de novos comportamentos pelos exercícios e tarefas de casa, a desestigmatização dos sintomas, que aconteceu objetivamente no relato de pacientes que verbalizaram sentir vergonha de falar sobre seus sintomas ou em, até mesmo, admiti-los, antes de iniciarem o tratamento. Alguns chegaram a levantar a hipótese de que não teriam coragem para falar de seus problemas em um grupo, somente aceitando participar do tratamento com o incentivo do terapeuta. Houve, conforme citado na sessão dos dados qualitativos, um importante fator, também citado por Himle e cols. (2003) e Cordioli (2002), a formação de suporte informal durante a terapia, quando os participantes continuavam sua interação fora do ambiente das sessões de terapia.

Tais fatores foram fundamentais para os resultados obtidos nos instrumentos avaliados, sendo, no mínimo, sugestivo que o número maior de participantes do grupo 2 possa ter influência sobre a diminuição mais significativa de suas dificuldades em relação aos outros dois. O grupo 2 apresentou melhor desempenho no teste d2 (Tabela 10), diminuiu mais seus sintomas de depressão e ansiedade (Tabela 12), diminuiu mais os sintomas de estresse físico e psicológico (Tabela 16) e apresentou diferenças significativas nos percentis das avaliações do pré e pós tratamento para os fatores Intracepção e Denegação (Tabela 14), e todos esses resultados foram superiores aos dos dois outros grupos.

Tais resultados, qualitativos e quantitativos, reforçam os argumentos de Salkovskis (1997) sobre a Modelação, de Himle e cols.(2001), McLean e cols.(2001) e Cordioli & cols. (2002) sobre a eficácia da TCCG e, ainda, em relação à redução de custos econômicos para o paciente e redução do tempo de terapia (Himle & cols., 2003; Falcone, 1998).

Número de sessões com Biblioterapia

O aumento nos escores das escalas de auto-relato e nos testes para habilidades cognitivas, principalmente o d2, quando se considera o grupo como um todo, muito provavelmente teve a influência relevante da Biblioterapia, pois, esta, além de ter sido coordenada e monitorada pelo terapeuta, nas sessões de terapia, definindo temas e conceitos, relacionando-os com os comportamentos dos pacientes, tirando dúvidas dos mesmos e incentivando a participação de todos com leituras e perguntas; além de todos estes detalhes, foi executada em sessões consecutivas até a 9ª semana. Na verdade, como pode ser verificado no anexo 17, o texto “Caminho de Ida” é a própria sequência dos passos da terapia, assim, ao ser lido com o paciente, este se conscientiza cada vez mais do que está acontecendo em cada sessão e qual é o seu papel como paciente, em termos de adesão e cumprimento de tarefas, além da motivação ao tratamento.

As estratégias utilizadas na Biblioterapia foram conforme as recomendações dos estudiosos Caballo e Buela-Casal (1996), pois, os participantes, em sua grande maioria, tinham nível de 3º grau de escolaridade, demonstraram, à medida que o material biblioterápico, no caso o texto “O caminho de ida”, de autoria do próprio terapeuta, ia sendo explorado nas sessões, capacidade de fazerem generalizações e desenvolver técnicas de solução de problemas e capacidade de auto-registro de seus comportamentos. Conforme Redding, Herbert, Forman e Gaudiano (2008), que fazem recomendações (citadas nas páginas 29 e 30 da introdução) muito sensatas e objetivas para o trabalho eficaz do terapeuta que utiliza a Biblioterapia com técnica, como a análise das condições em que o material de leitura será utilizado, os cuidados em relação às informações sobre diagnóstico diferencial, às vezes, nunca acessível ao paciente e a fundamentação científica do uso do material. A abordagem esteve, ainda,

conforme as recomendações de Moritz e Jelinek (2011), que reforçam a importância da condução pelo terapeuta como guia da leitura do material biblioterápico. Considera-se que a eficácia da terapia, com uso desta técnica com norteadora do trabalho, para a parceria do terapeuta e pacientes, somente ocorreu pelos cuidados referentes às recomendações dos autores citados.

Cuidados com a qualidade de vida

Todos os passos anteriores somente foram possíveis porque focalizou-se, acima de qualquer outro recurso, em primeiro lugar, os cuidados com a qualidade de vida, o controle do estresse, o uso de exercícios de relaxamento e cuidados com alimentação, sono, zelando pelos mecanismos homeostáticos do organismo.

A qualidade de vida e a homeostase relacionada a ela não foram foco apenas de avaliação neste estudo, pelos instrumentos WHOQOL-100 e ISSL, mas, tiveram espaço constante nas sessões de tratamento, como apresentado em tópico específico no texto “Caminho de Ida”.

Na 6ª sessão do protocolo de tratamento, foi dada atenção especial para a qualidade de vida de cada participante. As atividades desta sessão tiveram por objetivo o preparo do paciente para iniciar o estabelecimento de mudanças em seus hábitos, a fim de que garantisse as condições fisiológicas necessárias para o restabelecimento de um organismo saudável em todos os domínios de qualidade de vida descritos no WHOQOL-100 (Fleck & cols., 1999), a fim de que o suprimento bioquímico básico para enfrentamento de seus pensamentos disfuncionais, emoções exacerbadas e comportamentos inadequados, fosse preparado com antecedência.

Os efeitos das estratégias utilizadas podem ser verificados nas tabelas 15, 16, 17 e 18. Na Tabela 15 e Figura 3, observa-se que o percentil médio de estresse físico era de 29,48 e, após o tratamento, caiu significativamente para percentil 9,83 ($p < 0,01$); já o estresse psicológico apresentava percentil médio de 52,30 e caiu para 25,34, também, significativamente com $p = 0,014$.

Em termos qualitativos, antes do tratamento, apenas cinco pacientes apresentavam-se sem estresse, conforme a Tabela 48, e depois do tratamento, 13 deles apresentaram-se assim. No mesmo teste, 4 pacientes estavam no período de Quase exaustão e 3 em Exaustão, ou seja, 7 pacientes em estresse grave, que são estados que indicam um nível preocupante para o desencadeamento de várias doenças, como diabete, hipertensão arterial, gastrite, psoríase e vários outros problemas físicos, mas, após o tratamento, apenas 1 dos pacientes estava no nível de Exaustão, nenhum no nível de Quase exaustão.

Tais dados deixam claro que as orientações focais da psicoterapia, sobre os cuidados com a qualidade de vida e homeostasia, foram eficazes para a mudança no estado de funcionamento físico e psicológico dos pacientes. Todavia, o fato de que, antes do tratamento, 9 pacientes apresentaram respostas que os classificaram no nível de Resistência do estresse e, após o tratamento, 9, também, se encontravam no período de Resistência, sem se tratar dos mesmos pacientes, indica que nem todos os pacientes devem estar tomando os cuidados orientados nas sessões de tratamento e esse dado é mais um indicativo de que a manutenção das dificuldades em relação ao TOC, depressão e ansiedade necessitam de cuidados mais intensivos em relação aos estressores ambientais ou psicológicos desses pacientes, pois, estes diminuíram suas dificuldades em geral, mas, ainda, não tiveram controle total. Este fato, a manutenção

no número de 9 pacientes do total dos 23, no nível de resistência de estresse, reforça os argumentos relativos aos cuidados necessários com a qualidade de vida de pacientes de TOC (Albert & cols., 2010; Fontenelle & cols., 2009; Stengler-Wenzke & cols., 2006; Eisen & cols., 2006).

O sinal mais claro de que este tratamento, com psicoterapia focada nos cuidados com a qualidade de vida, teve eficácia, foi demonstrado pelos resultados no WHOQOL-100, em relação às facetas (Tabela 17 e Figura 4) e aos Domínios de qualidade de vida (Tabela 18). Ressalta-se que, embora apenas na 6ª sessão tenha sido lido o texto sobre qualidade de vida e homeostasia e que tenha havido treino em exercício de relaxamento na 6ª e 7ª sessões; em todas as outras, até a 13ª, a reavaliação verbal e reorientações com base nos relatos das tarefas de casa, com o cuidado no controle e enfrentamento de sintomas e pensamentos disfuncionais, sempre enfocou minuciosamente os cuidados relativos à qualidade de vida, nos diferentes Domínios: físico, psicológico, autonomia, relacionamento social, principalmente afetivo, os cuidados com os recursos estruturais dos diversos ambientes freqüentados pelos pacientes e, até mesmo, os cuidados em relação às crenças, respeitando os valores individuais de cada um. A assiduidade nos cuidados com a qualidade de vida destes pacientes, certamente, influenciou as mudanças verificadas nos relatos por escores na escala WHOQOL-100.

O fato de se cuidar da qualidade de vida, possibilita a criação de uma condição básica para a retomada dos níveis serotoninérgicos adequados para as respostas inibitórias de filtragem realizadas pelos gânglios da base. É, portanto, uma soma de forças, a nível cognitivo, comportamental, social e fisiológico, possibilitando as condições para um melhor processamento da informação, flexibilizando pensamentos disfuncionais, pela aceitação e apoio do grupo e, finalmente, pela ajuda medicamentosa.

Possível mudança bioquímica do cérebro a partir da TCCG

A Tabela 13 mostra que, antes do tratamento, a média no BDI dos pacientes era de 25,74 que, segundo Beck (Cunha, 2001), corresponde a um nível moderado de depressão e, ainda, o número de Distorções Cognitivas, em média, 6,21 em 12 possíveis. Tais dados chamam atenção, em primeiro lugar, para o estado psicológico destes pacientes, para o conteúdo de seus pensamentos que, conforme as distorções cognitivas, provavelmente presentes no dia-a-dia destas pessoas, ajudam a promover o rebaixamento de seu humor, não que sejam a causa, mas, apresentam uma relação direta com suas emoções (Silva, 2004; Falcone, 2001).

O fato desses pacientes serem portadores de TOC, dá indícios a certa inflexibilidade em seus pensamentos, exacerbando suas preocupações (Braga, 2004) ou certa dificuldade em relação a solução de problemas, planejamento e inibição de respostas, atividades relacionadas à Memória operacional (Taub & cols., 2008). Tais características do TOC exacerbariam as distorções cognitivas, tornando-as mais estabelecidas no repertório cognitivo e comportamental do paciente. Portanto, o incentivo à flexibilidade no pensamento, bem como o incentivo ao enfrentamento da irracionalidade das distorções cognitivas, é uma estratégia necessária e muito útil para o controle, tanto do TOC quanto da depressão (Cruz, 2003; Rangé & cols., 2001; Schwartz, 1999; Baxter, 1992). O tratamento empreendido, como visto, focalizou, também, estes aspectos: flexibilização do pensamento e confrontação de distorções cognitivas, além do controle da ansiedade.

A Tabela 13 mostra, também, que a ansiedade mensurada pelo BAI era, antes do tratamento, em média igual a 20,70, o que é considerado por Beck um nível moderado. Da mesma forma que, para a depressão, os problemas sociais e os pensamentos

disfuncionais foram foco do tratamento, as respostas de ansiedade também o foram, com técnicas de relaxamento, exercícios respiratórios, registro de comportamentos e pensamentos relacionados a sintomas de ansiedade especificamente, além de técnicas estritamente cognitivas, como a reatribuição, reestruturação cognitiva e solução de problemas..

Ao final das 13 semanas de tratamento, os níveis altos de ansiedade, depressão e o número das Distorções Cognitivas caíram significativamente para BAI com média igual a 12,04, leve, quase mínima; o nível de depressão caiu para 16,65 em média, também leve, e o número de distorções cognitivas para 3,87. Todas estas quedas tiveram $p < 0,05$. Tais efeitos do tratamento levam a se pensar sobre o que há de comum entre o TOC, a depressão e a ansiedade nestes pacientes.

Conforme os argumentos de Cordioli (2002) e Graeff (2001), quando afirmam que os gânglios da Base, que antes eram vistos como associados a funções motoras e que atualmente são vistos associados com outros comportamentos mais complexos, como o controle do início do movimento, a modulação, o planejamento da sequência do movimento, a aprendizagem por ensaio e erro e, muito importante, o direcionamento cognitivo e motivacional, considerando, ainda, que muitos circuitos neuronais, relacionados aos núcleos da base e ao córtex pré frontal são responsáveis pelo processamento da informação, é possível concluir que, quando se focalizou a reestruturaração de conceitos e crenças e novos comportamentos relacionados a eles, na verdade, estava-se forçando uma retomada consciente da inibição da estimulação vinda do córtex, como a preocupação com um pensamento irrelevante,

A confirmação neste estudo da alta comorbidade do TOC com Depressão, TAG e outros transtornos e ansiedade, como a Fobia Social, reforçando os achados de outros

estudos (Petribu, 2001; Rasmussen, 1992), acrescenta mais força à importância da participação da serotonina nestes diferentes transtornos, por ser um neurotransmissor comum nos mesmos (Graeff, 2003; Graeff, 2001; Cordioli, 2000).

Com base nesta importância da presença da serotonina, foi feita análise dos dados, separando os pacientes que contavam com uma provável disponibilidade serotoninérgica maior em sinapses neuronais que outros, ou seja, fez-se uma análise separando os pacientes medicados dos não medicados, por estarem quase todos os medicados usando drogas ISRS ou IRS (Tabelas 2 e 2.1).

Ao se observar os dados descritos desde a Tabela 31, quando são comparados os desempenhos em testes e escores em escalas com a característica dos pacientes serem medicados ou não, verifica-se um fato de muito interesse, os pacientes medicados tiveram desempenhos em testes e escores em escalas mais altos e significativos que os não medicados. Quando se considera todos os instrumentos em conjunto (Tabela 31), com exceção do WHOQOL-100, os medicados tiveram mudanças estatisticamente significativas em 13 instrumentos e os não medicados em apenas 6, menos que a metade dos medicados. Nos fatores do IFP, apenas os medicados tiveram diferenças significativas entre antes e após o tratamento, incluindo o fator Intracepção (Tabela 33), que não aparece quando se considera o grupo todo dos 23 participantes. Este fator, Intracepção, indica o sujeito que está mais voltado para o mundo da fantasia e da imaginação, deixando se conduzir por sentimentos e inclinações mais difusas, ou seja, pouco voltado para condições concretas, observáveis e físicas (Pasquali, 2011). O interessante é que os pacientes medicados diminuíram significativamente seus percentis médios, saindo de 50,91 antes do tratamento e vindo para 36,82 após o tratamento, o que indica terem se voltado para as coisas mais concretas, observáveis, que imaginárias.

Na verdade, nota-se que os pacientes medicados é que foram determinantes para a diminuição dos percentis em Denegação, observado para o grupo todo, o que não significa que pacientes não medicados não tenham mudado seus escores nestes fatores, mas, no conjunto daqueles não medicados, não foi significativo.

Muito relevante para esta análise, é o fato de que a Tabela 35 mostra que se se separar os pacientes nestes dois grupos, os medicados alteram de forma significativa e positiva seus escores no BAI, BDI e distorções cognitivas, enquanto que os não medicados não apresentam mudanças significativas. Este fato ocorreu, ainda, em relação aos níveis de estresse (Tabela 36), somente os medicados mudam significativamente seu nível de estresse físico, de 35,91 antes para 8,18 ($p < 0,01$) após o tratamento e, também, seu estresse psicológico, saindo de 71,09 antes e indo para 25,45 após o tratamento, com $p < 0,01$.

Finalmente, no WHOQOL-100, os medicados, também, quando se considera as facetas de qualidade de vida, apresentaram mudança significativa em 10 facetas e os não medicados apenas 6 (Tabela 37). Esta diferença, porém, não se verificou, quando se considera os domínios de qualidade de vida (Tabela 38), em que tanto medicados quanto não medicados aumentaram os escores de seus níveis de qualidade de vida quase de forma equiparada, pois, os medicados mudaram em 4 dos 6 domínios, enquanto os não medicados em 3 dos 6. Os medicados aumentaram seus níveis nos domínios físico, psicológico, nível de independência e relações sociais e os não medicados aumentaram, também, no domínio físico, como os medicados, mas, diferentemente daqueles, aumentaram nos domínios ambiente e aspectos espirituais/crenças.

Ao se considerar os quadros 5, 6 e 7, percebe-se que o número de pacientes medicados é bem maior no grupo 2 (p8 ao p17). Enquanto no grupo 2 existem 7 pacientes medicados, no grupo 1 (p1 ao p7) há 2 e no grupo 3 (p18 ao p23), também, 2. Tal fato poderia sugerir que a medicação foi, então, o principal fator determinante para as mudanças obtidas no grupo como um todo, tendo em vista que o grupo 2 foi o que apresentou maior número de mudanças significativas, conforme se constata nas Tabelas 10, 12, 14 e 16 e que, ainda, os pacientes somente teriam melhorado por causa da medicação. Entretanto, tal conclusão não procede porque, além de haver 4 pacientes medicados restantes, dos grupos 1 e 3, verifica-se pela Tabela 2.1 que, dos onze pacientes medicados, apenas dois havia iniciado o uso da medicação há 2 meses e meio antes do início do tratamento, todos os outros estavam usando a medicação há mais de 6 meses, donde se conclui que, se as mudanças fossem devidas apenas à medicação, estas já deveriam ter ocorrido antes do tratamento com TCCG e não sofreriam alteração após os 3 meses de tratamento. Portanto, indubitavelmente, a medicação pode ter representado papel significativo no maior número de mudanças do grupo 2 em relação aos outros grupos e, conseqüentemente nos resultados do grupo dos 23, todavia, não foi o único fator determinante das mudanças.

Ainda, tomando como referência a participação da serotonina nos transtornos de ansiedade e depressivos, condição comum ao TOC, verificando-se, principalmente, a comorbidade com Depressão, Ansiedade Generalizada e Fobia Social, os transtornos comórbidos mais proeminentes com o TOC nesta amostra, foi feita uma análise comparando os escores dos participantes nos diferentes instrumentos considerando cada transtorno destes em separado.

As Tabelas 39, 40 e 41, mostram notoriamente que os pacientes que satisfizeram os critérios, também, para depressão, tiveram número de mudanças significativas muito maior que aqueles sem depressão. Nos testes e escalas em geral, os com depressão mudaram em 12 significativamente, os sem depressão em apenas 4 (Tabela 39). Nas facetas de qualidade de vida, os com depressão mudaram em 16 e os sem apenas 2 (Tabela 40) e, finalmente, os com depressão mudaram nos 6 domínios e na avaliação geral para qualidade de vida, os sem depressão não mudaram em qualquer destes domínios e nem na avaliação geral de qualidade de vida (Tabela 41). Embora seja importante lembrar que o número de pacientes com depressão neste estudo era 14 dos 23, ou seja, 65% do total.

Também, para o TAG, a Tabela 42 mostra que, considerando-se os testes e escalas no total, com exceção do WHOQOL-100, os com TAG mudaram significativamente em 12, e os sem TAG mudaram em 7. A Tabela 43 mostra que os com TAG apresentaram mudanças significativas em 17 facetas de qualidade de vida, enquanto os sem TAG apenas em 3. Também, os com TAG mudaram em 6 domínios mais a avaliação geral de qualidade de vida, os sem TAG mudaram em apenas 1 domínio. Lembrando que apenas 39 % (9) dos 23 pacientes tinham TAG.

A análise para os pacientes com Fobia Social mostrou que nos testes e escalas, os pacientes com Fobia Social mudaram em 8 instrumentos, enquanto os sem FS mudaram em 11. Entretanto, a diferença em número de mudanças nas facetas de qualidade de vida foi grande, os com FS mudaram em 13 facetas e os sem em apenas 6. Quanto aos domínios, houve 5 mudanças para os com FS e 3 para os sem FS. Havia 8 (35%) pacientes com FS, dos 23 participantes.

Estes dados descritos, relativos a maior número de mudanças em pensamentos negativos pelo IFP, BDI, número de distorções cognitivas, somados a maior número de mudanças em pacientes medicados e em pacientes com comorbidades, principalmente com depressão e TAG e todas essas mudanças tendo acontecido devido à intervenção com TCCG; estes dados parecem sugerir um eixo comum que liga cognições, comportamentos e neurofisiologia em termos de repetição de respostas cíclicas, ansiedade e rebaixamento do humor.

A hipótese explicativa para esses eventos quantificados no estudo é, portanto, que os níveis de serotonina correspondem ao meio pelo qual os transtornos podem ocorrer, pegando como foco o TOC, mas, considerando sua comorbidade com outros transtornos de ansiedade e depressão verificados neste estudo. A terapia cognitivo-comportamental grupal teria, então, a capacidade e os recursos para restabelecer os níveis serotoninérgicos funcionais para um organismo bem adaptado ao meio, confirmando hipóteses anteriores em outros estudos que propõem explicações de mudanças neurofisiológicas a partir das intervenções psicoterápicas. No caso do TOC, as mudanças nos níveis serotoninérgicos, somadas ao auxílio dos medicamentos, principalmente os ISRS e os IRS, aconteceram principalmente nos níveis que fazem conexão com os Gânglios basais, principalmente o núcleo caudado, parte do estriado (Cruz, 2007; Schwartz, 2005, 1999, 1998; Cordioli, 2002; Graeff, 2001; Baxter, 1992).

A importância da idade no TOC

As Tabelas 19 a 27 descrevem análises de variáveis referentes às idades dos participantes em relação com aquelas mensuradas pelos instrumentos, testes e escalas.

Considerando 3 grupos de idade: até 24 anos, de 25 a 34 anos e mais de 34 anos, em termos gerais, as Tabelas 19 a 24 mostram que os pacientes com idade de 25 a 34 anos e aqueles com mais 34 apresentaram mais mudanças significativas que os de idade até 24. Tais dados foram confirmados quando se comparou os escores nos instrumentos, também, com o tempo em sofrimento no TOC (separados em 3 grupos: até 9 anos, de 9 a 22 anos e mais de 22). Verificou-se que os pacientes com mais tempo em TOC apresentaram mais mudanças significativas que os com menos tempo, isto é, aqueles com 9 a 22 e os que tinham mais de 22 anos em TOC apresentaram mais mudanças significativas.

Mais tempo em TOC pode sugerir refratariedade no TOC (Ferrão, 2004), mas, não parece ser o caso de tais pacientes, que apresentaram mais mudanças que aqueles com menos tempo. A literatura (Kaplan, 2002; Ito, 1998) relata ser bastante comum que o paciente de TOC demore muito tempo para procurar ajuda, chegando a anos sem nenhum suporte para seus problemas. Tal demora costuma acontecer porque o paciente teme ser vítima de chacotas, tendo em vista que ele próprio tem consciência da irracionalidade de seus pensamentos obsessivos e de suas compulsões (APA, 2002), ou por desinformação sobre se tratar de um transtorno e que tem tratamento atualmente. Por não serem refratários, algum desses motivos pode ser o que caracteriza tais pacientes. Cabe lembrar que a maioria veio encaminhada por psiquiatras (tabela 1), e nenhum deles havia participado de tratamento psicoterápico grupal específico para TOC e isso pode ter sido um diferencial em sua boa resposta à terapia.

Em relação à idade de início do TOC, separou-se para análise, também, 3 grupos: aqueles que iniciaram o TOC até os 10 anos de idade, os que iniciaram entre 11 e 23 anos e os que iniciaram com mais de 23. As Tabela 26 mostra que, ao serem avaliados

em relação ao WHOQOL-100, os pacientes que iniciaram o TOC até os 10 anos de idade mudaram mais significativamente seus repertórios em termos de qualidade de vida, alterando 13 facetas, enquanto os de idade de início entre 11 e 23 e mais de 23 apresentaram, respectivamente, 3 mudanças e nenhuma. Também, em relação aos domínios de qualidade de vida, os de início até 10 anos apresentaram mudanças em 6 domínios de qualidade de vida e em qualidade de vida total, enquanto os da idade de início entre 11 e 23 anos apresentaram mudanças em 1 domínio e em qualidade de vida total. Os de idade de início em mais de 23 anos não apresentaram mudanças significativas entre as mediadas de antes e depois do tratamento.

Tais diferenças entre o repertório dos pacientes com idade de início até 10 anos chama bastante atenção, pois, estudos anteriores apresentam idade de início precoce, em média até 10 anos para o TOC, como prognóstico ruim (king, 2005; Geller, 2005) e neste estudo não foi o caso.

As mudanças foram tão significativas que o fato dos pacientes com início precoce até 10 anos terem melhorado mais que os outros, contrariando argumento de estudos anteriores (King, 2005; Geller, 2005), corroboram outros argumentos de que tais pacientes com TOC de início precoce correspondem a um grupo específico de TOC (Geller, 2005; Ferrão, 2004).

Adequação dos instrumentos usados

Em relação aos testes de avaliação cognitiva, como os do WAIS III, não foi possível se verificar mudanças significativas no desempenho dos pacientes por dois motivos: ou os testes não são suficientemente sensíveis a alterações que ocorreram, mas o teste não pode mensurar, ou as funções cognitivas aos quais os testes se destinam,

como memória operacional, não sofreram alterações importantes. Conforme os resultados verificados pelo teste d2 de atenção concentrada, principalmente na rapidez do desempenho, sem prejuízo do ritmo nem da precisão da tarefa, é bem provável que os testes do WAIS III não tenham a sutileza necessária para detecção de algumas mudanças cognitivas, daí a necessidade do uso de outros testes para maior refinamento nas avaliações.

Outros testes para avaliação das funções executivas podem ser utilizados, como testes que avaliem também memória não verbal, ou outros subtestes do WAIS III, como o de semelhanças ou arranjo de figuras, sugeridos por Taub e cols. (2008). Além do teste de atenção concentrada, d2, outros testes que avaliem diferentes tipos de atenção, como o teste auditivo de atenção seriada (COWAT), o Winsconsin card sorting test – WCST, que possibilita verificação de perseveração no pensamento e, finalmente, a figura complexa de Rey, conforme fizeram Moritz e Wendt (2006).

Há poucas citações para o uso do teste d2, todavia, verificou-se ser um bom teste para se verificar, principalmente, mudanças na rapidez de desempenho, mas, conforme sugere o estudo de Pleva e Wade (2002), é preciso tomar cuidado para não se confundir a capacidade de atenção e o déficit demonstrado em uma avaliação com o excesso de responsabilidade, de modo que, quando os pacientes melhoraram seu desempenho no teste d2, pode ser que seu desempenho em rapidez e maior capacidade de atenção concentrada sejam devidos à diminuição da preocupação, pois foram tratados em relação à depressão, também, e, após ter havido uma remissão na preocupação, sua fluidez e descontração para ter desempenho mais rápido tenha aumentado.

Todas as outras escalas têm sido utilizadas em estudos com TOC, com exceção do Inventário ISSL de Lipp e o IFP, para os quais não se encontrou outros estudos

citando-os. Todavia, foi possível perceber que o ISSL é um bom instrumento para medir alterações do nível de estresse e demonstrou ser um instrumento sensível e que possibilitou uma coerência com os resultados do WHOQOL-100. Em contrapartida, o IFP, como era de se esperar, por se tratar de um teste de avaliação da personalidade do sujeito, não demonstrou ser um teste sensível às alterações dos pacientes de TOC, embora o fator Denegação tenha apresentado coerência, tanto com os resultados do ISSL, quanto com os do BDI e, ainda os do WHOQOL-100, que avaliaram, também, alterações de sentimentos de negatividade e de pensamentos negativos em relação ao próprio examinando. Portanto, o IFP serviu, também, para confirmação destas alterações no repertório dos examinandos, significando não se tratar de um fenômeno isolado, pois, as mudanças detectadas por ele foram, também, confirmadas em outros instrumentos. Pode ser, até mesmo, que o IFP venha a ser um instrumento utilizado nas avaliações com o TOC para se confirmar alterações significativas, mais relevantes no repertório do examinando, por se tratar da personalidade do sujeito, donde se espera não haver mudanças tão fáceis para serem detectadas, devido ao repertório avaliado estar mais estruturado no organismo.

Quanto às escalas Y-BOCS e seu checklist, BAI e BDI têm sido extensamente utilizadas em estudos com TOC e se mostraram muito importantes neste estudo. Já o WHOQOL-100 tem sido citado em alguns estudos com TOC (Albert & cols., 2010; Fontenelle & cols., 2009; Stengler-Wenzke & cols., 2006) e neste estudo mostrou-se muito útil para a confirmação de alterações ao longo do tratamento e, também, para avaliação dos cuidados que o paciente deve tomar para com sua saúde, pois, enquanto não cuidar de condições básicas em sua vida, respeitando sua homeostasia, qualquer tratamento pode não apresentar eficácia, tanto o psicoterápico quanto o medicamentoso.

Unidade e Característica Comum Evidenciada Pelos Resultados

Uma característica muito evidenciada neste estudo foi a resposta terapêutica dos participantes, pois todos tiveram algum tipo de melhora em seu desempenho e/ou controle de sintomas de TOC, ansiedade, depressão, habilidade cognitiva e, finalmente, facetas de sua qualidade de vida, conforme resultados apresentados nas Tabelas de 5 a 17, que considera as alterações dos 23 participantes em conjunto.

De modo conclusivo, houve um eixo de mudanças no repertório dos pacientes em geral e este eixo esteve fundamentado nas estratégias comportamentais e cognitivas que, aliadas às intervenções orgânicas, possibilitaram os ganhos terapêuticos do grupo como um todo.

A remissão de dificuldades mais coincidentes foram:

- a) em termos gerais, os pacientes diminuíram seus níveis de TOC, avaliados pela escala Y-BOCS e checklist de sintomas e diminuíram mais a ocorrência de obsessões que as compulsões.
- b) os pacientes que apresentavam comorbidade com Depressão e os medicados diminuíram mais suas dificuldades e elevaram os escores para os níveis de sua QV e desempenho em testes que aqueles com outras comorbidades. Embora os que apresentaram comorbidade com TAG tenham apresentado mudanças compatíveis com aquelas dos que apresentaram depressão.
- c) o grupo com maior número de participantes teve mais mudanças significativas que os outros dois grupos.
- d) O grupo com idade início até 10 anos, melhorou mais seu desempenho e diminuiu mais suas dificuldades mensuradas pelas escalas.

O eixo de mudanças, portanto, seguiu um trajeto multivariado que possibilitou as mudanças positivas no repertório dos pacientes.

Os pacientes obtiveram treino de mudanças a nível cognitivo que possibilitou-lhes reestruturar conceitos sobre si mesmos, sobre o ambiente e sobre seus problemas relativos ao TOC, a ansiedade e a depressão. Tais mudanças cognitivas aconteceram simultaneamente com uma mudança na qualidade de vida, pelos reforços contínuos em auto-cuidados obtidos nas sessões de psicoterapia. O fato de revisar tais estratégias insistentemente, ouvindo e falando nos grupos sobre a necessidade das mudanças, fez com que cada paciente fosse tanto reforçado por si mesmo, em relação às mudanças, quanto reforçado pelo grupo terapêutico, assim que cada um apresentava uma mudança em seu repertório, por menor que fosse. Tais mudanças puderam ser verificadas nas escalas por se tratarem de medidas puramente psicológicas de auto-relato.

Os cuidados com o corpo, relativos a alimentação, sono, atividades físicas e lazer, além de cuidados relativos a estados de relaxamento e momentos para se sentir seguro, calmo e tranqüilo, fizeram com que o organismo dos sujeitos ficasse propício a mudanças neurofisiológicas, devido a um respeito a leis homeostáticas de reposição de níveis serotoninérgicos, aqui focalizados devido às evidências anteriores da participação da serotonina no TOC. Tais mudanças puderam ser verificadas, principalmente pelas escalas ISSL e pelo teste de atenção concentrada que pode ter tido suas alterações positivas devido à diminuição de responsabilidade, que caracteriza o paciente de TOC, tornando-se mais rápidos, menos presos à tarefa e a preocupações exacerbadas.

Aqueles pacientes que estavam medicados tiveram seus níveis de serotonina melhorados com mais diligência, o que possibilitou maior flexibilidade em seus pensamentos, interrompendo o ciclo do TOC a nível neurofisiológico, verificado pelas

mudanças significativas, em todos os pacientes, diminuindo seus sintomas de TOC, no número de obsessões e compulsões. Os relatos em relação à qualidade de vida e o aumento nos escores de suas variáveis, em todos os Domínios, verificados pelo WHOQOL-100 confirmam tais melhoras.

É possível, então, verificar-se um eixo multivariado de mudanças, mas, que se interrelacionam positivamente e que puderam ser medidos pelos instrumentos utilizados.

Limitações

O estudo poderia ter explorado mais em relação a habilidade de atenção difusa e, também, outros tipos testes que possibilitem a avaliação da habilidade da atenção concentrada, diferentes do d2, ou seletiva, a fim de se confrontar os resultados de um teste e outro.

O estudo poderia contar com número maior de sujeitos, a fim de que se possa fazer uma análise com base em estatística paramétrica.

O número de sessões de terapia pode ser maior, estendido para, no mínimo, mais 3 semanas de tratamento, a fim de se estabelecer melhor a confrontação das compulsões e obsessões com a técnica EPR, tendo em vista que o tratamento teve mais tempo com técnicas cognitivas que comportamentais.

Sugestões para novos estudos

Estudos que possam ser feitos correlatos com possíveis alterações bioquímicas ou com uso de aparelhos de ressonância magnética ou tomografia computadorizada com emissões de pósitron, a fim de se ver possíveis diferenças no processamento neurofisiológico, de modo que se possibilite uma abordagem mais psicobiológica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramovitch, A., Dari, R., Schweiger, A. & Hermesh, H. (2011). Neuropsychological Impairments and Their Association with Obsessive-Compulsive Symptom Severity in Obsessive-Compulsive Disorder. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 26, 364-376.
- Abramowitz, J. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 583-600.
- Albert, U., Maina, G., Bogetto, F., Chiarle, A. & Mataix-cols, D. (2010). Clinical predictors of health-related quality of life in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry* 51 (2010) 193-200.
- American Psychiatric Association - APA (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: texto revisado (DSM IV-TR)*. Porto Alegre: ArtMed.
- Amorim, P. (2000). Mini international neuropsychiatric interview - MINI: validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22: 106-15.
- Andrade, L.H.S.G., Lotufo-Neto, F., Gentil, V., Maciel, L.M.A., & Shavit, R.G. (1996). Classificação e Diagnóstico dos Transtornos Ansiosos. Em: Gentil, V. & Lotufo-Neto, F. *Pânico, Fobias e Obsessões; A Experiência do Projeto AMBAN*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Asbahr, F.R. (2000). Escalas de avaliação de transtorno obsessivo-compulsivo em adultos. Em: Gorenstein, C., Andrade, L.H.S.G. & Zuardi, A.W.(Orgs.). *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos-Editorial.
- Aouizerate, B., Guehl, D., Cuny, E., Rougier, A., Bioulac, B., Tignol, J., Burbaud, P. (2004). Pathophysiology of obsessive-compulsive disorder. A necessary link

between phenomenology, neuropsychology, imagery and physiology. *Progress in Neurobiology*, 72, 195-221.

Baum, W. M. (1999). *Compreender o Behaviorismo*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda.

Baxter, L.R., Schwartz, J.M., Bergman, K.S., Szuba, M.P., Guze, B., Mazziotta, J., Alazraki, A., Selin, C.E., Ferng, H.K., Munford, P., & Phelps, M.E.(1992). Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 9, 681-689.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F.& Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: ArtMed Editora Ltda.

Beck, J. S. (1997). *Terapia Cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.

Bejerot, S., Ekselius, L. & Von Knorring, L. (1998).Comorbidity between OCD and personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97: 398-402.

Besiroglu, L., Uguz, F., Saglam, M., Agargun, M.Y. & Cilli, A.S. (2007). Factors associated with major depressive disorder occurring after the onset of obsessive-compulsive disorder. *Journal of affective disorders*. 102 (2007) 73-790.

Brandão, M. L. (1995). *Psicofisiologia*. São Paulo: Editora Atheneu.

Braga, D.T., Cordioli, A.V., Niederauer, K. & Manfro, G.G. (2005). Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: a 1-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112:180-186.

- Braga, D.T. (2004). *Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo para o Transtorno Obsessivo Compulsivo: 2 anos de acompanhamento*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.
- Brickenkamp, R. (2000). *Teste d2; Atenção Concentrada: Manual: instruções, avaliação, interpretação*. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia – CETEPP.
- Brown, T.E. (2007). *Transtorno de deficit de atenção: a mente desfocada em crianças e e adultos*. Porto Alegre: Artmed.
- Bueno, B., Vallejo, J. & Menchón, J.M. (2009). Suicide in patients treated for obsessive-compulsive disorder: A prospective follow-up study. *Journal of affective disorders* (2010).
- Burke, R. S., Dubbert, P., Parker, J. D., Rhudy, J. L., M., Williams, A. E. (2006). Affective modulation of pain in substance-dependent veterans. *Pain Medicine*, 7(6), 483-500.
- Bush, G., Luu, P., Posner, M.I. (2000). Cognitive and emotional influences in anterior cingulate cortex. *Trends in Cognitive Science*. 4, 215-222.
- Bush, G., Vogt, B.A., Holmes, J., Dale, A.M., Greve, D., Jenike, M.A., Rosen, B.R. (2002). Dorsal anterior cingulate cortex: a role in reward-based decision making. *Proceedings of the National Academy of Science USA*. 99, 523-528.
- Caballo, V.E. & Buela-Casal, G. (1996). Técnicas diversas em terapia comportamental. Em: Caballo, V.E. *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Santos editora.
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

- Christensen, K.J., Kim, S.W., Dysken, M.W., Hoover, K.M. (1992). Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 31, 4-18.
- Cordioli, A.V. (2000). *Psicofármacos: consulta rápida*. Porto Alegre: ArtMed editora.
- Cordioli, A.V., Heldt, E., Bochi, D. B., Margis, R., Sousa, M. B., Tonello, J. F., Teruchkin, B. & Kapczinski, F. (2002). Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a clinical trial. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24,(3), 113-20.
- Cruz , A.P.M. & Landeira-Fernandez, J. (2007). Por uma psicologia baseada em um cérebro em transformação. Em: Landeira Fernandez, J. & Silva, M.T.A. *Intersecções entre neurociência e psicologia*. Rio de Janeiro: MedBook.
- Cruz, A.P.M., Landeira-Fernandez, J. (2001). A ciência do medo e da dor. *Ciência Hoje*, 174, 16-22.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dalgalarrodo, P. (2000). *Psicopatologia e semiologia dos dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Deakin, J.F.W. & Graef, F.G (1991). 5-HT and mechanisms of defence. *Journal of Psychopharmacology*, 5(4), 305-315.
- De Araújo, L.A. (1998). Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Em Ito, L. M. (Org.). *Terapia Cognitivo-Comportamental para transtornos psiquiátricos*. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas.
- De Araújo, L.A. (2000). Escalas de Avaliação de Transtorno Obsessivo-Compulsivo em Adultos. Em: Gorenstein, C., Andrade, L.H.S.G. & Zuardi, A.W. *Escalas de*

Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. São Paulo: Lemos-Editorial.

Devinski, O., Morrel, M.J., Vogt, B.A. (1995). Contributions of anterior cingulate cortex to behaviour. *Brain*, 118 (Pt 1), 279-306.

Eisen, J.L., Mancebo, M.A., Pinto, A., Coles, M.E., Pagano, M.E., Stout, R. & Rasmussen, S.A. (2006). Impacto f obsessive-compulsive disorder on quality of life. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 270-275.

Eisen, J.L., Goodman W.K., Keller, M.B., Warshaw, M.G., DeMarco L.M., Luce, D.D., Rasmussen, A.S. (1999). Patterns of remission and relapse in obsessive-compulsive disorder: a 2-year prospective study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 346-51.

Falcone, E. (2001). Psicoterapia Cognitiva. Em: Rangé, B. (Org.). *Psicoterapias Cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Falcone, E. M. O. (1998). Grupos. Em: Rangé, B. (Org.). *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas*. São Paulo: Editorial Psy Ltda.

Ferrão, Y. A. (2004). *Características clínicas do transtorno obsessivo-compulsivo refratário aos tratamentos convencionais*. Tese de doutorado não publicada. Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo, Departamento de Psiquiatria, São Paulo, Brasil.

Fleck, M.P.A., Fachel, O., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrument de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL – 100) 1999. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 21(1):19-28.

- Foa , E.B. & Franklin, M.E. (2005). Psicoterapias para o transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. Em: Maj, M., Sartorius, N., Okasha, A. & Zohar, J. (Orgs.). *Transtorno Obsessivo-compulsivo*. Porto Alegre: Artmed.
- Fontenelle, I.S., Fontenelle, L.F., Borges, M.C., Prazeres, A.M., Rangé, B.P., Mendlowicz, M.V. & Versiani, M.(2009). Quality of life and symptom dimensions of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*.
- Fricke, S., Moritz, S., Andresen, B., Jacobsen, D., Kloss, M., Rufer, M. & Hand, I. (2005). Do personality disorders predict negative treatment outcome in obsessive-compulsive disorders? A prospective 6-month follow-up study. *European Psychiatry*, 21 (2006) 319-324.
- Geller, D. A. (2005). Perspectivas desenvolvimentais no início do transtorno obsessivo-compulsivo em crianças. Em: Maj, M., Sartorius, N., Okasha, A. & Zohar, J. *Transtorno Obsessivo-compulsivo*. Porto Alegre: Artmed.
- Gentil, V. (1996). Ansiedade e Transtornos Ansiosos. Em: Gentil, V. & Lotufo-Neto, F. *Pânico, Fobias e Obsessões; A Experiência do Projeto AMBAN*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Delgado, P.L., Palumbo, J., Krystal, J.H., Nagy, L.M., Rasmussen, S.A., Heninger, G.R. & Charney, D.S. (1990). Specificity of seromtonin reuptake inhibitors in the treatment of obsessive-compulsive disorder: comparison of fluvoxamine and desipramine. *Archives of General Psychiatry*, 47, 577-585.
- Gorenstein, C., Bernik, M.A. & Gentil, V. (1996). Em: Gentil, V. & Lotufo-Neto, F. *Pânico, Fobias e Obsessões*. São Paulo: Editora da universidade de São Paulo.

- Graeff, F. G. & Brandão, M. L. (1993). *Neurobiologia das doenças mentais*. São Paulo: Lemos.
- Graeff, F.G. (2003). Serotonina, matéria cinzenta periaquedutal e transtorno do pânico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(2), 42-45.
- Graeff, F.G. (2001). Aspectos neuroquímicos: o papel da serotonina no TOC. *Ver. Bras. Psiquiatria*, 23, suppl II, 35-7.
- Grimes, J. S., Meagher, M. W. & Rhudy, J. L. (2004). Fear-induced hypoalgesia in humans: effects on low intensity thermal stimulation and finger temperature. *Journal of Pain*, 5(8), 458-68.
- Guimarães, S. S. (1999). Introdução ao estudo da dor. In: Carvalho, M.M.J. (Org.). *Dor, um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus.
- Guimarães, S. S. (2002). Implantação de um programa de pesquisa e tratamento do Transtorno Obsessivo Compulsivo em grupo. Em: Guilhardi, H.J. *Sobre Comportamento e Cognição*. Santo André, SP: ESETec Editores Associados.V. 9. Cap.37.
- Head, D., Bolton, D. & Hymas, N. (1989). Deficit in cognitive shifting ability in patients with obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry* 25, 929-937.
- Himle, J.A., Etten, M.V., Fischer, D.J. (2003). Group cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a review. *Oxford University press – Brief Treatment and Crisis Intervention*, 3:217-229.
- Himle, J. A., Rassi, S., Haghigatgou, H., Krone, K. P., Nesse, R. M., & Abelson, J. (2001). Group behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder: Seven-versus twelve-week outcomes. *Depression and Anxiety*, 13, 161–165.

- Ito, L. M. (1998). *Terapia Cognitivo-Comportamental para transtornos psiquiátricos*. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas.
- Jaafari, N., Rigalleau, F., Rachid, F., Dellamilieure, P., Millet, B., Olié, J.P., Gil, R. Rotge, J.Y. & Viebert, N. (2011). A critical review of the contribution of eye movement recordings to the neuropsychology of obsessive compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124, 87-101.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (2002). *Compendio de Psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: ArtMed editora.
- Karno, M. & Golding, J.M. (1991). Obsessive compulsive disorder. Em: Robins, L. M., Regier D. A. (orgs.), *Psychiatry Disorders in America: The epidemiologic Catchment Area Study*, pp.204-209. New York: free press.
- Keeley, H., Williams, C. & Shapiro, D.A.(2002). a united kingdom survey of accredited cognitive behaviour therapists' attitudes towards and use of structured self-help materials. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 193-203.
- King, R. A. (2005). Implicações teóricas e clínicas do espectro de obsessividade na infância. Em: Maj, M., Sartorius, N., Okasha, A. & Zohar, J. *Transtorno Obsessivo-compulsivo*. Porto Alegre: Artmed.
- Koob, G.F. & Le Moal, M. (1997). Drug abuse: hedonic homeostatic dysregulation. *Science* 278, 52-58.
- Ledoux, J. (1998). *O cérebro emocional: Os misteriosos alicerces da vida emocional*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Le Moal, M. (1995). Mesocorticolimbic dopaminergic neurons. Functional and regulatory roles. In: Bloom, F.E. & Kupfer, D.J. (Eds.). *Psychopharmacology: The fourth generation of progress*. New York: Raven Press. PP. 283-294.

- Lent, R. (2004). *Cem bilhões de neurônios: Conceitos fundamentais de neurociência*. São Paulo: Editora Atheneu
- Leprow B., Murphy R., Nutzinger D.O. (2002). Specificity of Conditional Associative-Learning Deficits in Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) and Non-OCD Anxiety Disorders. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24 (6), 792-805(14).
- Lipp, M.N. (2000). *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M.N. & Malagris, L.N. (1998). Manejo do estresse. Em: Maestrini, H.A., Fernandes, L.C. & Oliveira, A.C.M. (2004). Distrofias retinianas da infância: Análise retrospectiva. *Arquivos Brasileiros de oftalmologia*, 67(6),867-76.
- Maia, T.V., Cooney, R.E. & Peterson, B.S. (2008). The neural bases of obsessive-compulsive disorder in children and adults. *Development and Psychopathology*, 20, 1251-1283.
- Malnic, G. (1991). Homeostase, regulação e controle em fisiologia. Em: Aires, M. M. *Fisiologia*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Marques, C. (2001). Tratamento farmacológico do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, suppl II, 49-51.
- Mercadante, M.T., Rosario-Campos, M.C., Quarantini, L.C., Sato, F.P. (2004). As bases neurobiológicas do transtorno obsessivo-compulsivo e da síndrome de Tourette. *Jornal de Pediatria*, 80, n.2 suppl.0.
- Melzac, R.(1987).The Short-form of McGill pain questionnaire. *Pain*, 30, 191-7.

- McLean, P. D., Whittal, M. L., Thordarson, D., Taylor, S., Söchting, I., Koch, W. J. et al. (2001). Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 205–214.
- Moritz, S. & Jelinek, L. (2011). Further evidence for the efficacy of association splitting as a self-help technique for reducing obsessive thoughts. *Depression and anxiety, 28*, 574-581.
- Moritz, S., Von Mühlhelen, A., Randjbar, S., Fricke, S., & Jelinek, L. (2009). Evidence for an attentional bias for washing- and checking-relevant stimuli in obsessive-compulsive disorder. *Journal of the International Neuropsychological Society, 15*, 365-371.
- Moritz, S. & Wendt, M. (2006). Processing of local and global visual features in obsessive-compulsive disorder. *Journal of the International Neuropsychological Society, 12*, 566-569.
- Morrison, N. (2001). Group cognitive therapy: treatment of choice or sub-optimal option? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29*, 311-332.
- Nezu, A. M., & Nezu, C.M. (1996). Treinamento em Solução de Problemas. Em: Caballo, V.E. *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Santos editora.
- Okasha, A.(2005). Diagnóstico do transtorno Obsessivo-compulsivo: uma revisão. Em: Maj, M., Sartorius, N., Okasha, A. & Zohar, J. *Transtorno Obsessivo-compulsivo*. Porto Alegre: Artmed.
- Okasha, A., El sayed , M., Assad, T., Seif El Dawla, A. & Okasha, T.(1996). Sleep patterns in patients with OCD. *Neuroscience Spectrum, 1*: 39-43.

- Okasha, A., Omar, A.M., Lotaief, F., Ghanem, M., Seif El Dawla, A. & Okasha, T. (1996). Comorbidity of axis I and Axis II diagnoses in a sample of Egyptian patients with neurotic disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 37: 95-101.
- Organização Mundial da Saúde (1993). *Classificação de Transtornos mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pasquali, L., Azevedo, M.M. & Ghesti, I. (2011). *Inventário Fatorial de Personalidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Paus, T. (2001). Primate anterior cingulate cortex: where motor control, drive and cognition interface. *Nature Reviews Neuroscience* 2, 417-424.
- Pedroso, B., Pilatti, L.A. & Reis, D.R. (2009). Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-100 usando o Microsoft Excel. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*. V.1n.1: 23-32.
- Petribú, K. (2001). Comorbidade no Transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 23(Supl II), 17-20.
- Piazza, P.V. & Le Moal, M.(1996). Pathophysiological basis of vulnerability to drug abuse: role of an interaction between stress, glucocorticoids and dopaminergic neurons. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*. 36, 359-378.
- Piazza, P.V. & Le Moal, M. (1997). Glucocorticoids as a biological substrate of reward: physiological and pathophysiological implications. *Brain Research Reviews*. 25, 359-372.
- Pleva, J. & Wade, T. D. (2002). An Investigation of the relationship between responsibility and attention deficits characteristic of obsessive-compulsive phenomena. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 399-414.

- Purcell, R., Maruff, M., Pantelis, C. (1998). Cognitive deficits in obsessive-compulsive disorder on tests of frontal-striatal function. *Biological Psychiatry*, 43, 348-357.
- Rangé, B. (1998). Psicoterapia cognitiva Em: Rangé, B. *Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas*. Campinas: Editorial Psy.
- Rangé, B. (Org.) *Psicoterapia comportamental e cognitiva*. São Paulo: Editorial Psy Ltda.
- Rangé, B.(2001). Terapia racional-emotiva. Em: Rangé, B.(Org.). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Rangé, B., Asbahr, F., Moritz, K. & Ito (2001). Transtorno Obsessivo-compulsivo. Em: Rangé, B.(Org.). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and differential diagnosis of Obsessive-Compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53 (Suppl), 4-10.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1994). The epidemiology and differential diagnosis of Obsessive-Compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55 (Suppl), 5-10 (discussion 11-14).
- Ramussen, A.S., & Tsuang, M.T. (1986). DSM III Obsessive compulsive disorder: clinical characteristics and family history. *American Journal of Psychiatry*, 143, 317-322.
- Redding, R.E., Herbert, J.D., Forman, E.M. & Gaudiano, B.A. (2008). Popular Self-Help Books for Anxiety, Depression, and Trauma: How Scientifically Grounded and Useful Are They? *Professional Psychology: Research and Practice*, 39, n. 5, 537-545.

- Riggs, D.S. & Foa, E.B. (1999). Transtorno obsessivo-compulsivo. Em: Barlow, D.H. (Org.). *Manual Clínico dos transtornos psicológicos*. Porto Alegre: Artmed.
- Salkovskis, P.M. & Kirk, J. (1997). Distúrbios Obsessivos. Em: Hawotn, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J. & Clark, D.M. *Terapia Cognitivo-Comportamental para problemas psiquiátricos*. São Paulo: Martins Fontes.
- Sasson, Y., Zohar, J., Chopra, M., Lustig, M., Iancu, I., Hendler, T. (1997). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: a world view. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 (Suppl. 12), 7-10.
- Schatzberg, A.F., Cole, J.O. & DeBattista, C. (2004). *Psicofarmacologia Clínica*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Schwartz, J.M. (1998). Neuroanatomical aspects of cognitive-behavioural therapy response in obsessive-compulsive disorder. An evolving perspective on brain and behavior. *British Journal of Psychiatry*. Suppl. 38-44.
- Schwartz, J.M. (1999). A role of volition and attention in the generation of new brain circuitry. Toward a neurobiology of mental force. *Journal of Consciousness Studies*. 6, 115-142.
- Schwartz, J.M. (2005). Atenção Focada: a Chave para o êxito no Emprego de Estratégias de Tratamento Autodirigido. Psicoterapias para o transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. Em: Maj, M., Sartorius, N., Okasha, A. & Zohar, J. (Orgs.). *Transtorno Obsessivo-compulsivo*. Porto Alegre: Artmed.
- Seligman, M. E. P. (1977). *Desamparo: sobre depressão, desenvolvimento e morte*. São Paulo: HUCITEC, Ed. Da Universidade de São Paulo.
- Silva, E.A.(2004). Flecha descendente. Em: Abreu, C.N. & Guilhardi, H.J. *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: práticas clínicas*. São Paulo: Roca.

- Skoog, G. & Skoog, I. (1999). A 40-Year Follow-up of Patients With Obsessive-compulsive Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 121-127.
- Stengler-Wenzke, K., Kroll, M., Matschinger, H., Angermeyer, M.C., (2006). Quality of life of relatives of patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 523-527.
- Taub, A., D'Alcante, C.C., Batistuzzo, M.C. & Fontenelle (2008). A Neuropsicologia do Transtorno Obsessivo-compulsivo. Em: Fuentes, D., Malloy-Diniz, L.F., Camargo, C.H.P., Cosenza, R.M. & cols. *Neuropsicologia: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Teixeira, M.C.T.V. (2004). Rotulação das distorções cognitivas. Em: Abreu, C.N. & Guilhardi, H.J. *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: práticas clínicas*. São Paulo: Roca.
- Thomsen, P.H. (1995). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: predictors in childhood for long-term phenomenological course. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92(4), 255-9.
- Torres, A.R. & Del Porto (1995). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and personality disorder. *Psychopathology*, v. 28, p.322-329.
- Van Noppen, B.A., Pato, M.T., Marsland, R. & Rasmussen, S.A. (1998). A Time-limited behavioral group for treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 272-280.
- Vera, M.N., Vila, J. (1996). Técnicas de Relaxamento. Em: Caballo, V.E. *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Santos editora.
- Wechsler, D. (1997). *WAIS-III: Escala de Inteligência Wechsler para Adultos: manual; Adaptação e padronização de uma amostra brasileira por Elizabeth do*

Nascimento. Tradução Maria Cecília Vilhena Moraes silva. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Zielinski, C.M., Taylor, M.A. & Juzwin, K.R. (1991). Neuropsychological deficits in obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychiatry Neuropsychology and Behavioral Neurology*. 4, 110-126.