

Perturbação Obsessivo-Compulsiva e Vinculação

Obsessive-Compulsive Disorder and Attachment

João Perestrelo*, Sara Melo**, Graça Mendes**, Georgina Lapa*

RESUMO

Introdução: A teoria da vinculação pretende explicar de que forma as disposições biológicas e as experiências precoces predisõem o indivíduo à saúde mental ou à patologia.

Objetivos: Reportar um caso de Perturbação Obsessivo-Compulsiva num jovem com padrão de vinculação ansiosa, realizando uma revisão da literatura sobre a associação entre as duas entidades.

Métodos: É apresentado um caso clínico de um jovem com Perturbação Obsessivo-Compulsiva com Perturbação de Ingestão Alimentar/Restritiva e de Ansiedade Generalizada comórbidas. O Questionário de Vinculação ao Pai e à Mãe foi aplicado para avaliar o estilo de vinculação. Uma análise bibliográfica sobre o tema foi realizada, evidenciando a contribuição dos processos de vinculação, a abordagem e o tratamento.

Resultados: O Questionário de Vinculação ao Pai e à Mãe evidenciou uma vinculação ansiosa no jovem.

Conclusões: O presente caso pode ilustrar como um padrão ansioso de vinculação poderá ter influenciado o subsequente desenvol-

vimento de psicopatologia. Uma abordagem psicofarmacológica, a par da psicoterapêutica envolvendo doente e cuidadores, parece ser a mais adequada tendo-se revelado eficaz neste caso.

Palavras-Chave: Vinculação; Perturbação Obsessivo-Compulsiva; Comportamento Alimentar.

ABSTRACT

Background: The attachment theory aims to explain how the biological predispositions and the earlier experiences influences the mental health and psychopathology.

Aims: To present a clinical case about Obsessive-Compulsive Disorder in a male adolescent with an anxious attachment style. A review about Obsessive-Compulsive Disorder and Attachment is also presented.

Methods: A case report about an adolescent with Obsessive-Compulsive Disorder with comorbid Restrictive Food Intake Disorder and Generalized Anxiety Disorder is presented. The Father and Mother Attachment Questionnaire was applied to clarify the attachment style. A review of the theme was made explor-

* Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho; ✉ joaomfp@hotmail.com.

** Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

Recebido / Received: 24/06/2017 • Aceite / Accepted: 09/11/2017.

ing the connection between attachment and Obsessive-Compulsive Disorder; its approach and treatment.

Results: *The Father and Mother Attachment Questionnaire revealed an anxious attachment style in the adolescent.*

Conclusions: *This case might illustrate how an anxious attachment style could influence the psychological development. A psychopharmacological approach together with psychotherapy, involving the patient and family, seems to be the more adequate approach as highlighted in this case.*

Key-Words: *Attachment, Obsessive-Compulsive, Eating Disorder.*

INTRODUÇÃO

O modelo cognitivo da Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) revela que as obsessões se desenvolvem a partir de pensamentos intrusivos que são interpretados como perigosos ou ameaçadores e que, por isso, têm de ser neutralizados¹. Indivíduos com POC geralmente sobrestimam a probabilidade de ocorrência de eventos negativos e do potencial lesivo que pode advir dos mesmos, exercendo um controlo excessivo sobre os seus pensamentos para que eventos indesejáveis não ocorram¹. Estes sujeitos parecem estar pouco à vontade com a imperfeição pessoal e com situações ambíguas ou indefinidas².

A POC é uma perturbação grave com uma prevalência entre 1-3% na infância e na adolescência³. As hipóteses etiológicas têm variado ao longo do tempo. Empiricamente, os fatores genéticos e ambientais exercem um importante papel, contudo o padrão de vinculação

aos pais demonstrou ser igualmente preponderante⁴. A vinculação é fundamental na formação de modelos internos dinâmicos (MID) do mundo pessoal, de terceiros e do self o que por sua vez pode influenciar o desenvolvimento de crenças obsessivas^{5,6}. Estes MID são estabelecidos na infância e tendem a permanecer estáveis durante a vida, com impacto nos padrões relacionais na idade adulta e na forma como o indivíduo responde perante situações adversas⁶.

A criança desenvolve um estilo de vinculação em resposta às interações com o seu cuidador principal. Se esse cuidador falha em fornecer uma resposta adequada às necessidades da criança, esta incorrerá no risco de desenvolver uma vinculação insegura⁶.

A vinculação insegura é um fator de risco para diversos tipos de psicopatologia incluindo Perturbação Depressiva, Perturbações de Ansiedade e POC^{7,8}. Parece que a vinculação ansiosa, em particular, é mais relevante para os sintomas obsessivo-compulsivos e crenças obsessivas⁸.

A questão da transgeracionalidade da vinculação também já foi estudada por alguns autores, embora o tema seja controverso. Uma vez que o padrão de vinculação é relativamente estável ao longo da vida é provável que os pais com uma vinculação insegura gerem filhos com um padrão semelhante de vinculação uma vez que o cuidado parental e a resposta emocional destes adultos podem estar comprometidos⁹.

Apresentamos um caso clínico de um adolescente seguido em consulta de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E),

diagnosticado com POC e Perturbação da Ingestão Alimentar/Restritiva e de Ansiedade Generalizada comórbidas, segundo os critérios de diagnóstico do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). Uma análise da literatura relacionada com o tema foi igualmente levada a cabo.

CASO CLÍNICO

Descreve-se o caso de um jovem do sexo masculino de catorze anos de idade, que será apelidado de L.A.P. por forma a manter a confidencialidade.

O L.A.P. era aluno do oitavo ano de escolaridade e coabitava com os pais e a irmã de 16 anos. Como antecedentes pessoais existia o diagnóstico de Perturbação da Aprendizagem Específica com Défice na Leitura (Dislexia) com necessidade de Terapia da Fala na infância. O seu desenvolvimento psicomotor foi aparentemente normal com exceção da comunicação oral evidenciando-se um início tardio das primeiras palavras por volta dos 18 meses. A mãe, de 46 anos, licenciada, encontrava-se com incapacidade temporária para o trabalho por um quadro depressivo com cerca de dois anos de evolução, estando medicada com inibidor seletivo de recaptção de serotonina (SSRI) e benzodiazepinas. O pai de 45 anos, licenciado, tinha igualmente antecedentes psiquiátricos de Perturbação de Ansiedade Não Especificada encontrando-se medicado com SSRI e benzodiazepinas.

A irmã de 16 anos de idade evidenciava um normal desenvolvimento sem antecedentes pessoais de relevo.

O início da sintomatologia do L.A.P. remontava a março de 2015, altura em que surgiram

queixas ansiosas relacionadas com vários temas da vida quotidiana e restrição alimentar derivada de pensamentos de teor obsessivo relacionados com a ingestão e digestão dos alimentos, referindo que tinha várias dúvidas se a digestão estaria a ser feita. Evidenciava altos níveis de ansiedade e evitava comer determinados alimentos que considerava mais indigestos. Concomitantemente surgiram comportamentos de caráter ritualístico em que se colocava de pé após as refeições, cerca de 20 minutos, para “facilitar o processo digestivo” *sic*, findos os quais dava inúmeras voltas à casa, com a mão sobre o abdómen para sentir os ruídos hidroaéreos. Por este motivo iniciou, em junho do mesmo ano, acompanhamento em Psicologia e Psiquiatria da Infância e da Adolescência em regime particular, tendo sido medicado com fluvoxamina 100 mg/dia e alprazolam 1 mg/dia, apresentando, contudo, fraca resposta clínica com manutenção do quadro clínico e perda ponderal progressiva de 8 kg com índice de massa corporal (IMC) de 12 kg/m².

Em agosto de 2015 foi internado no Serviço de Observação de Pediatria no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E) por desidratação, bradicardia e Lesão Renal Aguda tendo sido pedida a sua observação pós-alta na Unidade de Atendimento Urgente (UAU) de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Centro Hospitalar do Porto (CHP) onde foi realizado ajuste terapêutico com aumento do alprazolam.

Em setembro, e com o reinício das aulas, registou-se agravamento da sintomatologia com surgimento de ideias sobrevalorizadas de teor autorreferencial onde referia a sensação de

que os pais conseguiam adivinhar os seus pensamentos, tendo sido acrescentada risperidona em titulação até 0,5 mg/dia e ajustada a dose de fluvoxamina até 125 mg/dia. No mesmo mês é novamente internado em Pediatria por Lesão Renal Aguda. Após alta foi pedida nova observação e internamento em Psiquiatria da Infância e da Adolescência no CHP para esclarecimento diagnóstico.

Durante o internamento realizou uma avaliação psicológica cuja análise do perfil concluiu tratar-se de um adolescente tenso e preocupado, excessivamente dependente dos adultos e com isolamento social importante a que se associava desconforto social e falta de competências e confiança em atividades sociais.

Após onze dias de internamento evidenciou uma melhoria da postura e diminuição da restrição alimentar. Teve alta orientado para a consulta de Pediatria, Psicologia e Psiquiatria da Infância e da Adolescência e medicado com fluvoxamina 150 mg/dia e alprazolam 0.75 mg/dia.

Em novembro, e por quadro de Gastroenterite Aguda, é novamente internado em Pediatria sendo pedido, nesta altura, seguimento em consultas de Psiquiatria da Infância e da Adolescência no CHVNG/E.

Na sua primeira avaliação em consulta hospitalar foram evidenciados, para além dos pensamentos obsessivos relacionados com a alimentação, ideias sobrevalorizadas de natureza autorreferencial, semelhantes às apresentadas no passado, tendo reiniciado risperidona 0,5 mg/dia com boa resposta terapêutica. Para além do plano psicofarmacológico foram adotadas medidas psicopedagógicas em parceria com a escola, com divisão do ano escolar em

duas partes com vista a uma melhor reintegração e aproveitamento escolar, dado o grande número de faltas por sensação de mal-estar e sintomas ansiosos.

Foi igualmente proposta integração em sessões de relaxamento e Terapia Ocupacional sendo que, concomitantemente, foi aconselhado aos pais iniciaram sessões hospitalares de Terapia Familiar que revelaram uma dinâmica pouco coesa, com inversão de alguns papéis e um ambiente familiar pautado por superproteção.

Em janeiro de 2016 foi encaminhado para integração em hospital de dia de Pedopsiquiatria registando-se inicialmente uma postura defensiva e tensa principalmente no horário das refeições. Progressivamente, e com a entrada de novos elementos para o grupo, foi adotando uma postura mais colaborante, envolvendo-se em todas as atividades e comendo sem restrições.

Durante as entrevistas, e no âmbito de um estudo em decurso no serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do CHVNG/E, foi aplicado o Questionário de Vinculação ao Pai e à Mãe (QVPM)¹⁰. Trata-se de um instrumento de autorrelato concebido para avaliar representações de vinculação na relação com as figuras parentais. É pedido aos participantes, adolescentes ou jovem adultos, que identifiquem a resposta que melhor exprime o modo como se sentem com cada um dos seus pais no momento atual, posicionando-se numa Escala de Likert de seis pontos que varia de acordo com as seguintes alternativas: discordo totalmente, discordo, discordo moderadamente, concordo moderadamente, concordo, concordo totalmente. O questionário está organizado

em duas colunas de resposta, separadamente para o pai e para a mãe. A cada alternativa de resposta é atribuída uma pontuação, de um a seis respetivamente, constituindo a média da dimensão o somatório dos itens pertencentes à dimensão a dividir por dez. Após a sua aplicação foi possível evidenciar altos níveis de ansiedade de separação relativamente à mãe que traduziam uma vinculação predominantemente ansiosa.

Criada a partir da terceira e última versão do QVPM surge a versão retrospectiva deste instrumento¹¹, que permite avaliar a qualidade da vinculação aos pais em participantes adultos. Deste modo, os itens foram colocados no passado, acedendo à perspetiva do participante do modo como recorda a sua relação com os seus pais. Nesta versão, são apresentadas as mesmas alternativas de respostas supracitadas, mantendo-se, igualmente a mesma organização dimensional. Este questionário foi aplicado aos progenitores revelando, na mãe, níveis elevados de ansiedade de separação. O pai apresentava uma vinculação segura. Com base nestes resultados foram abordados, em consulta e em Terapia Familiar, movimentos de autonomização, capacitação e responsabilização, potenciando e valorizando as competências, recursos individuais e familiares.

Em junho de 2016 apresentava-se com humor eufórico, sendo o discurso menos focado nas questões alimentares e demonstrando crítica para as suas ideias. Não se evidenciavam compulsões. As questões familiares eram abordadas de uma forma menos coligada e registaram-se melhorias no peso com um IMC de 16 kg/m².

No início de julho de 2016 teve alta do hospital de dia, melhorado com o diagnóstico de Perturbação Obsessivo-Compulsiva com Perturbação de Ingestão Alimentar/Restritiva e de Ansiedade Generalizada comórbidas. Os pais mantiveram-se em sessões de Terapia Familiar até janeiro de 2017. Na última consulta de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, em março de 2017, encontrava-se assintomático e não medicado, por indicação da equipa médica, desde há dois meses. Em maio de 2017, após atingir um IMC de 16.7 kg/m², teve alta da consulta de Pediatria hospitalar mantendo-se apenas em consultas de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, em *follow-up*.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva é considerada a quarta perturbação psiquiátrica mais expressiva na sua prevalência, estando associada a altos níveis de comorbidades psiquiátricas incluindo Perturbação Depressiva Major (PDM), Perturbações de Ansiedade, Perturbação da Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) e outras perturbações do neurodesenvolvimento¹²⁻¹⁴.

Embora vários modelos etiológicos tenham sido propostos (neuropsicológicos, psicológicos e biológicos), os modelos cognitivo-comportamentais geraram um grande corpo de investigação e proporcionaram suporte empírico e tratamentos eficazes¹⁵. Estes modelos sugerem que as crenças disfuncionais e os comportamentos maladaptativos estão na base de estratégias no combate aos fenómenos intrusivos¹⁶. Tais estratégias conduzem a reações extremas a esses pensamentos, imagens

ou impulsos resultando em sintomas obsessivos e compulsivos¹⁶.

Estudos recentes sobre esta área têm enfatizado seis grandes domínios que parecem desempenhar um papel importante no desenvolvimento das obsessões: aumento da sensação de responsabilidade pessoal; sobrevalorização do pensamento; crenças sobre a importância de controlar o próprio pensamento; sobrestimação da ameaça; intolerância à incerteza e perfeccionismo¹⁷.

A teoria da vinculação é reconhecida pelo seu contributo para a compreensão dos processos sócio-emocionais e psicopatológicos e como ponte entre o biológico e o psicológico. Esta teoria pretende explicar de que forma as disposições biológicas e as experiências precoces predispoem o indivíduo à saúde mental ou à patologia⁵.

O sistema de vinculação é considerado como algo básico, inato e biologicamente adaptativo que motiva a criança a procurar proximidade em relação à figura de vinculação. A qualidade da vinculação precoce é determinada pelas interações entre essa figura e a criança⁵.

A vinculação pode ser definida como a regulação da sincronicidade biológica entre organismos dentro das espécies. A sintonização e o treino interativo mútuo dos ritmos psicológicos entre cuidador-criança são concetualizados como processos fundamentais que medeiam a formação de vínculos¹⁸.

Segundo Bowlby, o elo emocional entre a criança e o seu cuidador principal afeta as suas capacidades sociais, psicológicas e biológicas posteriores, através da construção de representações internas ou MID⁶. Estes modelos são representações internalizadas do *self* e do

outro baseadas nas interações precoces com o cuidador. É possível que estas representações contenham informação sobre o cuidador, enquanto pessoa que responde às necessidades de suporte ou proteção, e relativamente à valorização do *self* enquanto merecedor de ajuda⁶. Experiências de rejeição, pouca disponibilidade emocional e falta de suporte podem conduzir à construção de um modelo de *self* incompetente, desvalorizado e rejeitado⁶.

Parece existir no desenvolvimento da POC uma contaminação da visão pessoal do mundo enraizada nas experiências de vinculação precoces. Uma perceção do mundo como ameaçador, mas controlável pode traduzir-se em tentativas ativas de controlar o ambiente nos indivíduos com POC¹⁹. O indivíduo desenvolve uma sensação de segurança no mundo baseada na perceção de ter uma base-segura para regressar em caso de necessidade. Diferenças individuais na visão do mundo podem influenciar tanto a vulnerabilidade a determinados tipos de intrusões como as reações consequentes.

Alguns estudos parecem demonstrar que a rejeição parental, a superproteção e a pouca disponibilidade emocional estão relacionadas com sintomas obsessivos^{18,19}. De facto, o comportamento parental que demonstra um défice de cuidado está consistentemente associado ao desenvolvimento de uma vinculação insegura e consequente psicopatologia^{18,20}.

Bartholomew propôs que a perspectiva do *self* e de outras dimensões pode ser utilizada para categorizar quatro padrões prototípicos de vinculação: seguro (modelo positivo de si e modelo positivo dos outros); desinvestido (modelo positivo de si e modelo negativo

dos outros)²¹; preocupado/ansioso (modelo negativo de si e modelo positivo dos outros); amedrontado (modelo negativo de si e modelo negativo dos outros). A vinculação ansiosa e os MID decorrentes parecem ser mais relevantes para a construção e compreensão dos sintomas obsessivo-compulsivos e crenças obsessivas⁸. Este padrão de vinculação é caracterizado por sentimentos negativos em relação ao *self* (baixa autoestima e sensação de inutilidade) acompanhados de sentimentos negativos relativamente aos outros, especificamente que estes não providenciem a aceitação e o suporte adequados^{8,21}. Estes sentimentos sobre o *self* e os outros podem originar um perfeccionismo maladaptativo que se pode manifestar como uma necessidade de ter uma performance social perfeita como forma de assegurar a aceitação dos pares ou adotar comportamentos rígidos de maneira a evitar perdas¹⁷.

Os MID associados a uma vinculação insegura podem ainda originar hipervigilância para as ameaças percebidas; esquemas pessoais negativos ou visão do mundo negativa constituindo uma vulnerabilidade cognitiva para a POC²²; culpabilização que pode resultar de pensamentos intrusivos e agressivos ou impulsos que necessitam de atos (rituais) para neutralizar os sentimentos de culpa ou vergonha; vinculação resistente durante a infância que impede a aprendizagem pela experiência; compulsões que podem surgir porque a criança aprendeu a depender dela própria ao invés de procurar suporte da figura de vinculação²³. A vinculação ansiosa parece aumentar a vulnerabilidade à psicopatologia segundo uma tríade de processos: processos deficitários de regulação emocional, com tendência a au-

mentar afetos negativos; aumento da vigilância para perigos ou ameaças percebidas e aumento da precisão empática; baixo nível de percepção da resposta de terceiros, encarando o outro como menos responsivo e com pouco suporte e compreensão em relação às necessidades pessoais²³.

Indivíduos com alto nível de vinculação ansiosa tendem a hiperativar o sistema vinculativo, a monitorizar continuamente o ambiente em busca de ameaças e estão constantemente amedrontados pela possibilidade de serem separados ou abandonados por pessoas próximas, quer porque algum mal lhes possa acontecer ou porque eles próprios podem ser responsáveis por esse dano²⁴. A POC, caracterizada por uma necessidade imperiosa de adquirir controlo sobre eventos incontroláveis, pode ser encarada como um caso extremo destas tendências adaptativas.

Vários estudos têm indicado que altos níveis de insegurança na vinculação estão associados a vulnerabilidades gerais a perturbações mentais incluindo Perturbações de Ansiedade (Perturbação de Ansiedade Generalizada, Fobia Social, Perturbação de Pânico com/sem Agorafobia), POC, Perturbação do Stress Pós-Traumático, Perturbações do Comportamento Alimentar e Depressão^{13,14}.

O adolescente apresentado neste caso clínico foi igualmente diagnosticado com uma Perturbação Alimentar cuja análise da literatura permite igualmente associar à questão da vinculação insegura²⁵, não sendo incomum aplicar os dois diagnósticos conjuntamente.

Ambientes familiares caracterizados por superproteção, intrusividade e controlo, com poucas oportunidades para a expressão pes-

soal parecem conduzir a um desenvolvimento de um *false self* como mecanismo de defesa contra o choque parental. As perturbações alimentares podem surgir como forma dissimulada de comunicação, protesto e tentativa de autonomização. Estas perturbações, podem ser encaradas como envolvendo a falha no processo de separação-indivuação, uma tarefa do desenvolvimento particularmente importante durante a adolescência. Estas podem ainda ser entendidas como cruciais na manutenção da homeostasia familiar, tornando-se a criança no regulador crítico familiar da mesma forma que uma mãe serve o sistema regulatório da criança²⁵.

O caso apresentado sugere um padrão de vinculação ansioso que pode estar na gênese de uma POC associada a uma Perturbação Alimentar e de Ansiedade Generalizada. A questão da ansiedade de separação, presente também na mãe, e da aparente falha do processo de individuação do adolescente podem sugerir, neste caso, uma associação entre estes fenómenos e o desenvolvimento de psicopatologia, tal como descrito na literatura²⁵. A dinâmica familiar observada nesta família permite também fazer o paralelismo entre a intrusividade e a superproteção com os fenómenos obsessivos e do comportamento alimentar.

O tratamento, além de farmacológico, deve basear-se na criação de uma base-segura, no desenvolvimento de uma vinculação mais segura e de uma sensação interna de segurança²³. O trabalho com os pais é igualmente importante uma vez que o cultivo de segurança e contenção nestes, pelos terapeutas, pode ajudá-los a lidar melhor com as necessidades dos filhos aumentando os mecanismos de *coping*

perante a ansiedade e reduzindo a probabilidade de tentarem controlar os sintomas e sentimentos dos filhos como forma de mitigarem os próprios sintomas²⁴.

A percepção do *self* parece ser influenciada pelas experiências precoces de vinculação, sendo que uma interação cuidador-criança inadequada pode gerar o desenvolvimento de uma representação negativa do *self* e do mundo. Estas representações disfuncionais conduzem à crença de que o mundo é controlável e ameaçador, abrindo caminho para o desenvolvimento de sintomas obsessivos e de uma POC. Dada a riqueza e importância destas interações precoces, parece que as mesmas podem ter um papel preponderante na gênese de outras doenças psiquiátricas, nomeadamente Perturbações do Humor, Ansiosas e do Comportamento Alimentar.

São necessários mais estudos nesta área envolvendo não apenas a criança, mas também os cuidadores, por forma a averiguar quais os padrões de vinculação existentes e de que forma os mesmos se correlacionam com perturbações psiquiátricas. Estes dados podem ser úteis na delineação de um plano de tratamento e enriquecer uma abordagem multissistémica.

Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests*:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

The authors have declared no competing interests exist.

Fontes de Financiamento / *Funding*:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

The authors have declared no external funding was received for this study.

Bibliografia / References

1. Clark DA, Purdon C. New perspectives for a cognitive theory of obsessions. *Aust. J. Psychol.* 1993; 28(3): 161-167.
2. Rachman S. A cognitive theory of obsessions. *Behav Res Ther.* 1997; 35(9): 793-802.
3. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Versiani M. The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2006; 30(3): 327-337.
4. Salkovskis P, Shafran R, Rachman S, Freeston M. Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: Possible origins and implications for therapy and research. *Behav Res Ther.* 1999; 37(11): 1055-1072.
5. Bowlby J. Attachment and loss. Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books; 1969.
6. Bowlby, J. Attachment and loss. Vol. 2: Separation: anxiety and anger. New York: Basic Books; 1973.
7. Crowell JA, Fraley RC, Shaver PR. Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. In: Cassidy J, Shaver PR (Eds.). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications.* New York, NY, US: Guilford Press; 1999. pp. 925.
8. Lopez FG, Melendez MC, Rice KG. Parental divorce, parent-child bonds, and adult attachment orientations among college students: A comparison of three racial/ethnic groups. *J Couns Psychol.* 2000; 47(2): 177-186.
9. Hamilton CE. Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child Dev.* 2000; 71(3): 690 – 694.
10. Matos PM, Costa ME. Questionário de Vinculação ao pai e à mãe: Versão Revista-IV, 2001. Documento publicado em: Duarte, CMN. *Percepções de Conflito e Violência Conjugal.* Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto; 2005.
11. Duarte, C. *Percepções de Conflito e Violência Conjugal.* Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto; 2005.
12. Sheppard B, Chavira D, Azzam A, Grados MA, Umana P, Garrido H et al. ADHD prevalence and association with hoarding behaviors in childhood-onset OCD. *Depress Anxiety.* 2010; 27(7): 667-674.
13. Ivarsson T, Melin K, Wallin L. Categorical and dimensional aspects of co-morbidity in obsessive-compulsive disorder (OCD). *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2008; 17(1): 20-31.
14. Langley AK, Lewin AB, Bergman RL, Lee JC, Piacentini, J.. Correlates of comorbid anxiety and externalizing disorders in childhood obsessive compulsive disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2010; 19: 637-645.
15. Frost RO, Steketee G. *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment.* Pergamon; 2002.
16. de Silva P, Rachman, S. *Obsessive-compulsive disorder: The facts,* 2nd ed. New York, NY, USA: Oxford University Press; 1998.
17. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 1997; 35(7): 667-681.
18. Schore AN. Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Ment Health J.* 2001; 22(1-2): 7-66.
19. Bhar S, Kyrios M, Hordern C, Frost RO. Ambivalence in early attachment relationships and self-evaluation: their assessment and re-

- relationship to obsessive-compulsive and related symptomatology. Presented at the World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies, Vancouver; 2001.
20. Schore AN. The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Ment Health J.* 2001; 22(1–2): 201-269.
 21. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol.* 1991; 61(2): 226-244.
 22. Doron G, Moulding R, Nedeljkovic M, Kyrios M, Mikulincer M, Sar-El D. Adult attachment insecurities are associated with obsessive-compulsive disorder. *Psychol Psychother.* 2012; 85(2): 163-178.
 23. Bretherton I, Munholland KA. Internal working models in attachment relationships: A construct revisited. In: Cassidy J Cassidy, & PR Shaver PR (Eds.). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 925). New York, NY, US: Guilford Press; 1999. pp. 89 – 111.
 24. Doron G, Kyrios M. Obsessive compulsive disorder: a review of possible specific internal representations within a broader cognitive theory. *Clin Psychol Rev.* 2005; 25(4): 415-432.
 25. Armstrong JG, Roth DM. Attachment and separation difficulties in eating disorders: A preliminary investigation. *Int J Eat Disord.* 1989; 8: 141–155.