



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

# Terapias Cognitivas Comportamentais na Perturbação Obsessivo-Compulsiva: Evolução, Tendências e Eficácia

Joana Maria Pereira Dias

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(ciclo de estudos integrado)

Orientadora: Dra. Silvina Fontes

Covilhã, Abril de 2019

“The secret of health for both mind and body is not to mourn for the past, worry about the future, or anticipate troubles, but to live in the present moment wisely and earnestly.”

- Buddha

# Dedicatória

À minha família.

# Agradecimentos

Ao fim de seis anos nesta doce Covilhã, cresci não só na dimensão profissional, mas principalmente na dimensão pessoal. Estar tão longe de casa não era o desejado, mas desde logo passei também a ver esta cidade como minha. À Universidade da Beira Interior, e à Faculdade Ciências da Saúde, obrigada.

Os agradecimentos são muitos e como não poderia deixar de ser, um agradecimento eterno, que nunca vou conseguir retribuir, aos meus pais e ao meu irmão, que são os meus verdadeiros heróis, que do nada construíram tudo. A eles agradeço tudo aquilo que sou e tenho hoje, agradeço também porque sempre me apoiaram em todas as minhas decisões e nunca deixaram que nada me faltasse. Eles são o que de mais importante há na minha vida e sem eles não poderia concretizar este meu sonho, que rapidamente passou também a ser um bocadinho deles. Obrigada por todo o amor incondicional e por tudo o que me ensinaram.

A toda a minha família, tios, em especial à Tia Goretti e Clara, primos, afilhada Constança e avó Lavínia por serem a melhor família que alguém poderia desejar, pela entreaajuda e por todos os pequenos gestos que me fazem hoje eternamente grata.

Um agradecimento especial ao Renato, de quem muito me orgulho, não só pela pessoa que é, mas por toda a sua energia e proatividade que me fizeram também ser uma pessoa melhor. Por todos os momentos que passamos nesta nossa Covilhã, pela ajuda incessável e principalmente por ser um grande pilar na minha vida, obrigada.

Um agradecimento aos meus amigos, em especial aos “C’a Tuna-Mus””, aos meus poios e à minha Sofia, Daniela, Isabel, Rita e Cláudia, por todos os momentos de entreaajuda, diversão, tristeza, alegria e vida académica que passamos ao longo destes seis anos na nossa Covilhã. Que para sempre assim continue!

À C’a Tuna Aos Saltos - Tuna Médica Feminina da Universidade da Beira Interior, obrigada, por ter ajudado a tornar a Covilhã ainda mais especial.

Um grande agradecimento à minha orientadora, Dra. Silvina Fontes, que sempre se mostrou disponível para responder a todas as minhas questões e ajudou na conclusão de mais uma etapa do meu percurso académico.

## Resumo

A perturbação obsessivo-compulsiva é uma patologia psiquiátrica constituída, fundamentalmente, pela intrusão de forma incoercível e repetitiva de pensamentos indesejados - obsessões -, e de comportamentos que se impõem à vontade do sujeito, muitas vezes realizados de forma ritualizada - compulsões. A terapia cognitiva comportamental juntamente com os inibidores de recaptção de serotonina apresentam-se como o tratamento de primeira linha desta patologia. As terapias cognitivas comportamentais evoluíram ao longo do tempo e existem vários conceitos ainda desconhecidos por parte da comunidade médica.

Este trabalho tem como objetivo principal avaliar, não só o sucesso das terapias cognitivas comportamentais no tratamento da perturbação obsessivo-compulsiva, mas também realizar uma profunda análise sobre como estas evoluíram, quando e como devem ser integradas a cada individuo, e qual será o futuro destes tratamentos nesta patologia, através de uma revisão de literatura sobre o tema. Além disso, para perceber como as terapias cognitivas comportamentais têm efeito na perturbação obsessivo-compulsiva é necessário compreender a epidemiologia e a sua classificação, de acordo com a literatura mais recente e analisá-la segundo a sua etiopatogenia, sintomas, diagnóstico e gestão farmacológica.

De encontro com os estudos existentes na área, com este trabalho conclui-se que a terapia cognitiva comportamental está amplamente difundida para a perturbação obsessivo-compulsiva e que as abordagens de primeira linha podem ser tanto por técnicas com exposição e prevenção de resposta, terapia cognitiva ou as duas juntamente. Sendo que estes tratamentos são os que têm evidencia mais robusta. No entanto, muito caminho há ainda para percorrer no que toca não só à patologia em si e seus mecanismos fisiopatológicos, como no que toca ao tratamento, especialmente no que concerne às terapias cognitivas comportamentais de terceira geração.

## Palavras-chave

Perturbação obsessivo-compulsiva; Terapia cognitiva comportamental; Eficácia

## Abstract

Obsessive-compulsive disorder is a psychiatric pathology consisting essentially in the intrusion of an uncontrollable and repetitive form of unwanted thoughts - obsessions, and behaviors that impose the freedom to do, often performed in a ritualized way - compulsions. Cognitive behavioral therapy with serotonin reuptake inhibitors are the first treatment of this pathology. Cognitive behavioral therapies have evolved over the long haul and cases still unknown by the medical community.

This study aims to evaluate not only the success of behavioral cognitive therapies in the treatment of obsessive-compulsive disorder, but also to carry out a deep analysis of how they evolved, when and how they should be integrated in each patient, and what the future will be of these treatments in this pathology, through a literature review on the subject. In addition, in order to understand how cognitive behavioral therapies have an effect on obsessive-compulsive disorder, it is necessary to understand the epidemiology and classification of obsessive-compulsive disorder according to the most recent literature and to analyze obsessive-compulsive disorder according to its etiopathogenesis, symptoms, diagnosis and pharmacological management.

In this work, we conclude that cognitive behavioral therapy is widely used for obsessive-compulsive disorder and that the first-line approaches can be both techniques with exposure and response prevention, cognitive therapy or both together. These treatments are the ones that have the most robust evidence. However, there is still a long way to go when it comes to, not only the pathology itself and its pathophysiological mechanisms but also its treatment, especially with regard to cognitive behavioral therapies of third generation.

## Keywords

Obsessive-Compulsive Disorder; Cognitive Behavioral Therapy; Efficacy

# Índice

Dedicatória.....	iii
Resumo .....	v
Abstract .....	vi
Lista de Figuras .....	viii
Lista de Tabelas.....	ix
Lista de Acrónimos .....	x
1. Introdução .....	1
1.1. Objetivos.....	3
2. Metodologia.....	4
3. Desenvolvimento - Perturbação Obsessivo-Compulsiva .....	5
3.1 Epidemiologia .....	5
3.2 Etiopatogenia .....	5
3.3 Manifestações Clínicas .....	10
3.4 Classificação e Diagnóstico .....	11
3.5 Diagnóstico Diferencial .....	12
3.6 Comorbilidade.....	13
3.7 Qualidade de Vida, Evolução e Prognóstico .....	14
3.8 Avaliação.....	16
3.9 Tratamento .....	17
3.9.1 Tratamento Farmacológico .....	18
3.9.2 Tratamento não farmacológico - Evolução das Terapias Cognitivas Comportamentais .....	20
3.10 Eficácia baseada na evidência das Teorias Cognitivas Comportamentais na Perturbação Obsessivo-Compulsiva .....	26
3.11 Perturbação Obsessivo-Compulsiva Refratária ao Tratamento .....	33
4. Conclusões Finais .....	35
5. Anexos .....	37
6. Bibliografia .....	41

## Lista de Figuras

Figura 1. Anatomia e Modelos Neuroquímicos dos Circuitos CSTC Implicados na Perturbação Obsessiva Compulsiva e intervenções neuroterapêuticas associadas.....	7
Figura 2. Modelo Integrativo de genética, fatores ambientais e neurobiológicos na etiopatogenia da POC .....	8
Figura 3. Evolução das Terapias Cognitivas Comportamentais na Perturbação Obsessivo Compulsiva. ....	25

# Lista de Tabelas

Tabela 1. Obsessões frequentes e compulsões associadas ..... 11

Tabela 2 - Principais Conclusões dos estudos incluídos sobre eficácia das Terapias Cognitivas Comportamentais na POC ..... 31

## Lista de Acrónimos

ACT	Acceptance and Commitment Therapy
APA	American Pshychiatric Association
EPR	Exposição e Prevenção da Resposta
ECR	Ensaio Clínico Randomizado
CSTC	Cortico-Estrió-Talamo-Cortical
CID	Classificação Internacional de Doenças
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ISRS	Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina
MICBT	Mindfulness-integrated Cognitive Behaviour Therapy
MBCT	Mindfulness Based Cognitive Behaviour Therapy
MBSR	Programa de Stress Baseado em Mindfulness
OFC	Cortex Orbitofrontal
OMS	Organização Mundial de Saúde
PANS	Pediatric Acute-Onset Neuropsychiatric Syndrome
PANDAs	Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infections
PDAH	Perturbação do Déficit de Atenção com Hiperatividade (PDAH)
Pet scan	Tomografia por Emissão de Positrões
POC	Perturbação Obsessivo-Compulsiva
Qv	Qualidade de Vida
TCC	Terapia Cognitiva Comportamental
TCg	Terapia Cognitiva
RMNf	Ressonância Magnética Funcional
YBOCS	Yale Brown Obsessive Compulsive Scale

# 1. Introdução

A perturbação obsessivo compulsiva (POC) é uma doença neuropsiquiátrica caracterizada por pensamentos recorrentes angustiantes ou rituais mentais aplicados, designados por obsessões e compulsões, que são praticados para reduzir a ansiedade (1). As obsessões caracterizam-se pela intrusão de forma incoercível e repetitiva de pensamentos indesejados e as compulsões caracterizam-se por comportamentos que se impõem a vontade do sujeito, muitas vezes realizados de forma ritualizada (2).

Historicamente tem sido discutida a identidade nosográfica desta doença, em especial a sua autonomia ou, pelo contrário, a sua estreita dependência de outras patologias da linha afetiva e ansiosa, prevalecendo, atualmente a noção de que a POC é uma entidade autónoma. As primeiras referências ao sintoma obsessão datam do século XIX. Pouco depois, Esquirol (1838), psiquiatra francês, engloba-as nas “monomanias” ou “delírios parciais” e Magnan (1886-1887), psiquiatra francês, considera as obsessões como estigma da degenerescência. Krafft-Ebbing (1867), psiquiatra alemão, utilizou pela primeira vez o termo representação obsessiva, não como entidade própria, mas para denotar o caráter compulsivo do pensamento que poderia surgir secundariamente a um estado de humor deprimido, e considerando a obsessão uma alteração formal da vida intelectual. Esta posição é posta em causa por Westphal (1877) que postula as representações obsessivas como independentes dos estados afetivos. Basicamente, o fenómeno obsessivo é essencialmente uma perturbação do “intelecto”. Por outro lado, Morel (1866), ao introduzir a noção de *délire emotif*, considera estes fenómenos psicopatológicos como uma perturbação de natureza emocional. Esta perspetiva veio a prevalecer e, em particular, a noção de que a POC estaria ligada à esfera da ansiedade. Numa perspetiva psicopatológica, Jaspers (1946), filósofo e psiquiatra alemão, fez as primeiras descrições dos fenómenos obsessivos e do seu caráter automático, classificando-os em pensamentos obsessivos, atos obsessivos (que atualmente correspondem as compulsões) e ainda em omissões obsessivas (mais tarde designadas fobias de impulso). Merece ainda referência, a noção de que a fronteira da POC com outras patologias nem sempre é clara (2).

Os sintomas associados à POC geralmente são acompanhados por sentimentos de vergonha e sigilo. Em várias ocasiões, as pessoas com POC conseguem esconder este distúrbio, até da própria família, apesar de este poder causar problemas nas relações interpessoais e interferir na capacidade de trabalhar ou estudar (3). É importante denotar que consequências na saúde individual destes pacientes podem ocorrer: o medo de contaminação pode, por exemplo, impedir o acesso aos serviços de saúde ou levar a dermatites por lavagens das mãos exaustivas. Além disso, os profissionais de saúde muitas vezes não reconhecem as diversas manifestações da POC. Estes fatores muitas vezes levam a um longo atraso no diagnóstico (4). Os profissionais dos cuidados primários podem desempenhar um papel essencial, ao reduzir o fardo da POC através da sua deteção e tratamento precoce.

A severidade da POC difere marcadamente de uma pessoa para outra. Quando começa na adolescência ou na infância, os mais novos podem evitar socializar com os colegas ou tornarem-se incapazes de viver independentes. A Organização Mundial de Saúde classifica a POC como uma das 10 condições mais incapacitantes por perda de qualidade de vida (1,4).

Além disso, esta patologia apresenta uma pronunciada heterogeneidade nas manifestações e sintomas, o que contribui para dificultar a pesquisa dos fatores etiológicos. Assim, é uma perturbação com uma etiologia complexa e pouco conhecida, pensa-se que influenciada por diversos fatores: biológicos, ambientais e psicológicos.

Até recentemente, era considerada uma patologia de difícil tratamento. Esta situação mudou radicalmente nas últimas três décadas com a introdução de métodos de tratamento efetivos. O movimento da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) instaurou a utilização de terapias embasadas cientificamente. A abordagem é caracterizada pelo estudo do comportamento humano e pelo desenvolvimento de leis de aprendizagem sob uma perspectiva empírica (5).

A Terapia Cognitiva comportamental tornou-se a força dominante da psicoterapia em vários locais do mundo, incluindo a América do Norte, o Reino Unido, a maior parte da Europa, e está a crescer cada vez mais pela Ásia e América Latina. A ascensão da TCC deve-se à confluência de vários fatores, entre os quais o principal é o aumento do foco na prática baseada em evidências. Centenas de estudos avaliaram várias teorias comportamentais cognitivas da psicopatologia, e outras centenas avaliaram a eficácia das intervenções da TCC. A literatura científica colocou a TCC numa posição única para dominar o campo da psicoterapia (6).

O referencial teórico da terapia cognitivo-comportamental permite que se utilizem várias técnicas, tanto individuais como em grupo, com o intuito de se trabalhar várias habilidades. No contexto clínico, as intervenções psicoterapêuticas mais correntes para a POC são as Cognitivo-comportamentais que fazem, sobretudo, uso de procedimentos das terapias de Exposição e Prevenção de Resposta e das Terapias Cognitivas com base na Restruturação Cognitiva. Considera-se, ainda, que a eficácia das intervenções aumenta com a combinação das terapias cognitivo-comportamentais com psicofármacos, em especial os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) (7).

Contudo, apesar de todos os progressos que se têm vindo a observar, os resultados estão ainda muito aquém do desejado. A resposta terapêutica aos tratamentos é ainda limitada pois há ainda uma percentagem significativa de pacientes que não responde satisfatoriamente às medidas terapêuticas disponíveis, tornando-se assim urgente uma nova concetualização da POC que venha a permitir um equacionamento de abordagens terapêuticas mais eficazes.

## 1.1. Objetivos

Esta revisão de literatura tem os seguintes objetivos:

- a) Compreender a epidemiologia e a classificação da Perturbação Obsessivo-Compulsiva, de acordo com a literatura mais recente;
- b) Analisar a Perturbação Obsessivo-Compulsiva segundo os seus sintomas, diagnóstico e gestão farmacológica;
- c) Caracterizar e compreender a evolução das terapias cognitivas comportamentais;
- d) Averiguar a eficácia baseada na evidência das terapias cognitivas comportamentais para o tratamento da Perturbação Obsessivo-Compulsiva.

## 2. Metodologia

Esta dissertação adotou a metodologia de revisão integrada de literatura, que consiste na análise da literatura/estudos realizados com distintas metodologias, permitindo elaborar uma síntese e compreensão que possa gerar e validar conhecimentos para aplicação na prática.

Para tal, foi efetuada a pesquisa de artigos científicos referentes ao tema, publicados nas bases de dados *Pubmed*, *Science Direc* e *SciELO*, sendo a última pesquisa efetuada a Janeiro de 2019 sendo que foi restringida a pesquisa a ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas, artigos de jornais e diretrizes clínicas. Foram incluídas também monografias académicas (dissertações de mestrado e teses de doutoramento), publicadas em português e inglês.

As palavras-chave utilizadas para pesquisa eletrónica foram “*Cognitive behavioral therapy*”, “*obsessive compulsive disorder*” e “*Efficacy*”. Esta pesquisa foi complementada com a procura de referências bibliográficas que constavam nos artigos disponíveis e com consulta de documentos de entidades científicas. Artigos publicados a partir de 2000 foram considerados de maior interesse, sem que, no entanto, se descurassem artigos de data anterior com potencial importância na análise.

Constituíram critérios de inclusão, neste âmbito, trabalhos que apresentavam investigações com: (i) Pacientes com Perturbação obsessivo compulsiva; (ii) aplicação de Terapias Cognitivas Comportamentais na POC; (iii) avaliação do impacto da intervenção das Terapias Cognitivas Comportamentais, de metodologia quantitativa ou qualitativa. As publicações foram selecionadas de acordo com a relevância do seu conteúdo.

A revisão foi efetuada entre Julho de 2018 e Janeiro de 2019.

## 3. Desenvolvimento - Perturbação Obsessivo-Compulsiva

### 3.1 Epidemiologia

A POC afeta ao longo da vida cerca de 2% a 2.5% da população, atingindo tanto homens como mulheres, e nos casos de maior severidade causa elevado sofrimento e comprometimento psicossocial (8).

Apesar dos fatores culturais poderem contextualizar o seu conteúdo (por exemplo, as obsessões religiosas são mais comuns em algumas comunidades) é certo que a POC ocorre por todo o mundo. O rácio do sexo em pesquisas epidemiológicas realizadas por todo o globo é igual, mas as mulheres sofrem mais frequentemente de padrões de lavagem compulsiva, e os homens sofrem mais de pensamentos intrusivos relacionados com obsessões sexuais (8).

A idade média de início é aos 20 anos sendo o início mais precoce no sexo masculino. Cerca de 25% dos casos iniciam-se até aos 14 anos de idade e o início dos sintomas após os 35 anos é raro (2-4, 9).

Segundo *Brakoulias et al.* (10), a perturbação obsessiva compulsiva geralmente tem uma idade de início no final da adolescência (média = 17,9 anos, DP = 1,9).

Ao usar uma meta-análise, *Hirschtritt et al.* (11) relataram que a prevalência ao longo da vida para a POC entre adultos nos Estados Unidos é entre 1% a 3%, sendo que a idade de início da POC é bimodal, com picos no final da infância ou início da adolescência e novamente no início idade adulta (ou seja, 20-29 anos).

### 3.2 Etiopatogenia

A etiopatogenia da POC não se encontra, ainda hoje, totalmente esclarecida. Pensa-se resultar de uma complexa interação entre neurobiologia, genética e influências ambientais (1,3).

#### 1) Genética

Tem sido consistentemente reportado que a POC é transmitida entre famílias. Familiares de doentes com POC apresentam um risco três a cinco vezes superior de ter doença (2).

A POC aparenta ser uma condição hereditária, com influência poligénica, sendo o risco superior em familiares de primeiro grau e familiares de indivíduos com POC diagnosticada na infância. Estes resultados e as meta-análises de estudos também sugerem que vários genes podem contribuir para aumentar o risco de desenvolver POC, nomeadamente

os genes do sistema glutamatérgico, sistemas serotoninérgicos e dopaminérgicos, entre outros, que desempenham um papel importante na expressão da POC (2,5,12,13).

Dada a evidência de que a POC é familiar e, pelo menos em parte, genética, vários estudos de fatores genéticos têm vindo a ser realizados para localizar o cromossoma e as regiões que abrigam genes de risco para a POC. A *American Psychiatric Association* (APA), relata que os estudos de gémeos e familiares fornecem evidências de que fatores genéticos estão envolvidos na transmissão e expressão da POC. Em dois dos maiores estudos com gémeos, as taxas de concordância variaram de 80% a 87% para gémeos monozigóticos e de 47% a 50% para gémeos dizigóticos (8).

Trabalhos futuros que examinem efeitos epigenéticos, fármaco-genética e o papel putativo da autoimunidade são necessários para elucidar ainda mais a genética da POC com um objetivo de, a longo prazo, melhorar as opções de tratamento.

## 2) Neurobiologia e contributo dos neurotransmissores

Entre os transtornos psiquiátricos, a perturbação obsessivo-compulsiva tem indiscutivelmente o modelo de circuito cerebral melhor aceite, fundamentado na noção de compulsões como ações habituais, quase automáticas.

O modelo cortico-estrio-tálamo-cortical (CSTC) tem sido o modelo predominante em relação aos fundamentos neurais e fisiopatológicos da POC (2,13,15).

*Pauls et al.* (13), através de uma meta-análise, dizem-nos que existe uma hiperativação da via orbitofrontal-subcortical com hiperexcitação do sistema glutamatérgico. Como resultado, preocupações exageradas sobre o perigo, a higiene ou dano - mediadas pelo córtex orbitofrontal (OFC) - podem resultar em atenção consciente e persistente à percepção da ameaça (isto é, obsessões) e, posteriormente, compulsões destinadas a neutralizar a ameaça percebida. O alívio temporário resultante da realização de compulsões leva ao reforço e ao comportamento repetitivo (ou ritualístico) quando as obsessões se repetem (13,14).

Portanto, percebe-se, que o glutamato, um aminoácido que representa o neurotransmissor excitatório primário do cérebro, tem um papel importante. No entanto, apesar da disfunção glutamatérgica ter sido claramente demonstrada, o significado funcional exato desta disfunção é ainda controverso (16).

Por outro lado, a descoberta de que sintomas obsessivos-compulsivos respondem a fármacos que alteram a função 5-HT sugere que os mecanismos de 5-HT podem ser anormais na POC. E apesar de não ser completamente claro o mecanismo pelo qual se verifica, vários estudos apontam também para que uma disfunção no sistema serotoninérgico esteja envolvida na formação dos sintomas obsessivos e compulsivos (2,13,15).

*Dougherty et al.* (15), concluíram que o circuito hiperativo CSTC implicado na perturbação obsessivo-compulsiva exibe um tom inibitório serotoninérgico e GABAérgico

diminuído tanto dos interneurónios do cortex medial pré-frontal como dos núcleos da rafe mesencefálica, resultando numa hiperatividade dopaminérgica e glutamatérgica no estriado, causando uma atividade do CSTC descontrolada. Procedimentos neurocirúrgicos que alteram o circuito híper-estimulante do CSTC podem aliviar a POC grave refratária ao tratamento. As lesões cirúrgicas incluem cingulotomia anterior, tractotomia subcaudada e capsulotomia anterior. A estimulação cerebral profunda é realizada na cápsula ventral e estriado ventral, logo após o alvo da lesão de capsulotomia.

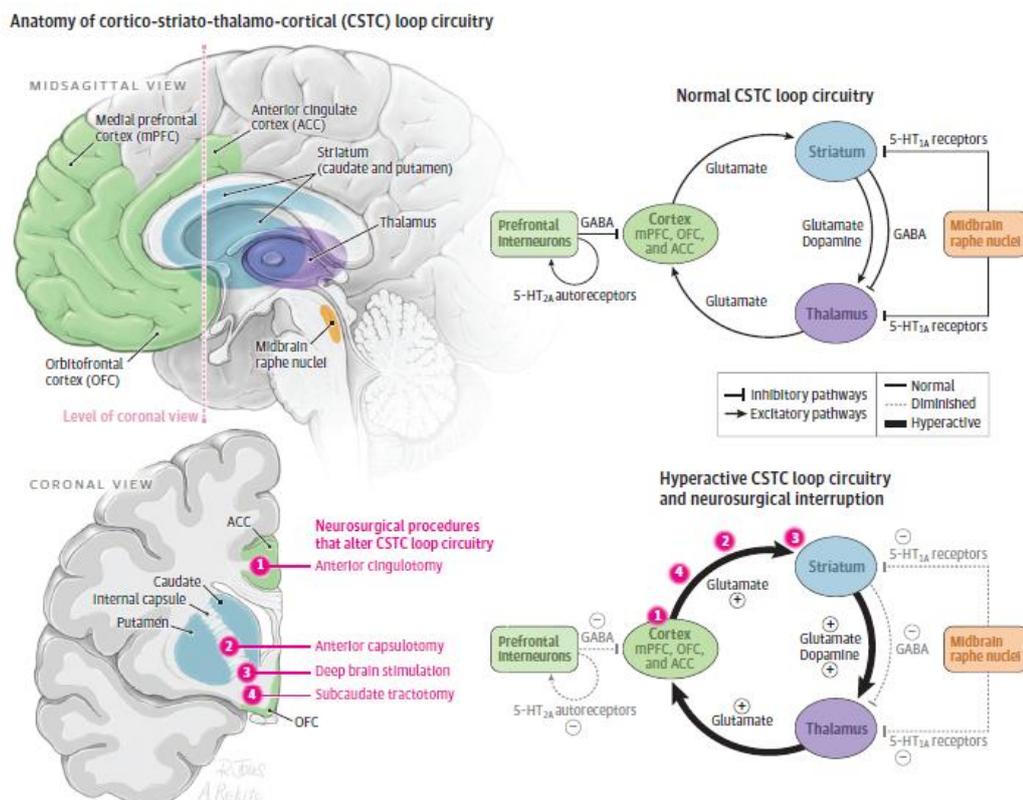


Figura 1. Anatomia e Modelos Neuroquímicos dos Circuitos CSTC Implicados na Perturbação Obsessiva Com intervenções neuroterapêuticas associadas. 5-HT indica 5 hidotriptamina; GABA, Ácido gama-aminobutírico (15)

Também foram identificadas anormalidades na neurotransmissão inibitória pré-frontal postuladas como resultado de atividade GABAérgica deficiente e níveis reduzidos de GABA cortical pré-frontal e orbitofrontal medial, em pacientes com POC. No entanto, o papel da disfunção do ácido gama-aminobutírico (GABA) na POC tem sido pouco estudado o que ressalta a necessidade de exploração adicional (15).

Independentemente das diferentes explicações, é importante perceber que todas as variantes explicativas predizem que as estruturas do CSTC são consideradas hiperativas. No entanto, a etiologia desse estado hiperativo permanece obscura.

*Pauls et al.* (13), propõe um modelo que visa integrar circuitos, neuroquímica e genética, bem como elementos epigenéticos (Figura 3). Exemplos de gatilhos ambientais incluem eventos perinatais adversos, stress psicossocial, trauma e processos inflamatórios. É possível que esses eventos modifiquem a expressão de genes relacionados com o sistema de serotonina, sistema de dopamina, catecolaminas e vias de modulação do glutamato através de mecanismos epigenéticos. Isto poderia resultar em mudanças na atividade glutamatérgica e, assim, resultar na manifestação clínica da POC.

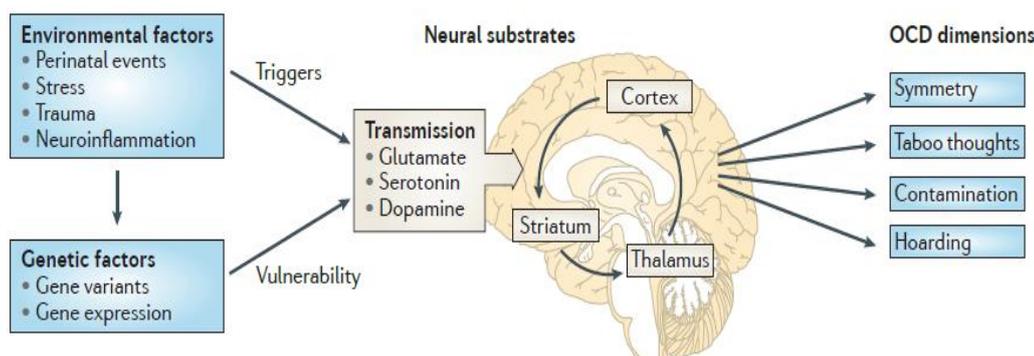


Figura 2. Modelo Integrativo de genética, fatores ambientais e neurobiológicos na etiopatogenia da POC. OCD indica Perturbação Obsessivo-Compulsiva. (13)

Apesar de tudo o que já sabemos sobre a etiopatogenia da POC, é necessária uma melhor compreensão destes circuitos e sua fisiopatologia, incluindo o papel do glutamato, vias serotoninérgicas e dopaminérgicas, para desenvolver tratamentos específicos e direcionados.

### 3) Estudos de imagem

Os estudos de neuro imagiologia como a Pet-scan (tomografia por emissão de positrões) e RMNf (ressonância magnética nuclear funcional) têm vindo a fornecer dados que apontam e apoiam a disfunção de circuitos neuronais entre o córtex orbitofrontal, o caudado e o tálamo, e referem também o envolvimento de várias outras regiões, incluindo o cíngulo. Investigações de fMRI relacionaram em detalhe regiões do lobo frontal com a POC e relataram várias novas descobertas que não foram identificadas anteriormente. Alguns estudos estruturais de imagem cerebral mostraram redução do tamanho do caudado em pacientes com POC, embora esse achado não seja consistente. Estudos de imagiologia funcional demonstraram anormalidades orbitofrontais e estriatais em pacientes com POC, que geralmente refletem uma hiperatividade nessas regiões. Para além disso, foram também encontradas anormalidades noutras regiões do cérebro, incluindo os lobos temporais e a amígdala. Essas anormalidades sugerem uma disfunção mais ampla e complexa (2,8,10,11,14).

Relativamente a outros neurotransmissores, *Dougherty et al.* (15), afirmam que a tomografia por emissão de positrões e os estudos de tomografia computadorizada por emissão de fotões também demonstraram aumento da densidade do transportador de dopamina do estriado e diminuição da ligação do receptor estriado D2/D3 e D1 em pacientes com POC, sugerindo uma hiperatividade dopaminérgica nessa região.

#### 4) Neuroimunologia

A imunologia associada à neurologia tem também um papel na etiopatogenia da POC, tendo sido documentado que a exacerbação dos sintomas obsessivo-compulsivos pode ser despoletada por várias infeções que provocam alterações imunitárias. Existem crescentes evidências clínicas e científicas para apoiar o conceito de Síndrome Neuropsiquiátrica Aguda Pediátrica (PANS) em crianças submetidas a avaliação, diagnóstico e tratamento de início abrupto da perturbação obsessivo-compulsivo ou restrição severa da alimentação (19-21).

O uso do termo PANS evoluiu na literatura do termo Perturbações neuropsiquiátricas autoimunes pediátricas associadas a infeções estreptocócicas (PANDAs), no entanto, o termo definido, PANS, não requer infeção específica para o diagnóstico, ao contrário do termo PANDAs (20). Propôs-se que esta perturbação neuropsiquiátrica tenha uma fisiopatologia semelhante à da coreia de Sydenham, que por sua vez, é uma manifestação neurológica da febre reumática - uma doença auto-imune desencadeada por infeções por estreptococos. Foi sugerido que, por um processo de mimetismo, epítomos somáticos do grupo A *Streptococcus*  $\beta$ -hemolítico (*Streptococcus pyogenes*) evocam anticorpos que são capazes de reagir de forma cruzada com áreas específicas do cérebro (por exemplo, gânglios da base) para produzir sintomas comportamentais e neuropsiquiátricos (18).

A relevância da neuroinflamação e/ou autoimunidade na fisiopatologia da POC parece não ser limitada para alguns subconjuntos de formas pediátricas e de início agudo da POC, mas também pode ser relevante nos adultos. Por exemplo, taxas específicas de prevalência de POC no lúpus eritematoso sistêmico e esclerose múltipla, são tipicamente cada vez mais altas (16).

A etiologia auto-imune das condições levou à sugestão de opções alternativas de tratamento e ao desenvolvimento de possíveis biomarcadores diagnósticos. No entanto, a maioria dos estudos ainda não conseguiu demonstrar uma relação clara nestes tópicos (19-21).

### 3.3 Manifestações Clínicas

A POC é caracterizada pelo pensamento obsessivo, comportamento compulsivo e vários graus de ansiedade, depressão e despersonalização. O início da sintomatologia desta perturbação pode ser agudo ou insidioso. Em geral, a evolução é crónica ou com flutuações na intensidade dos sintomas, com agravamento em situações de stress. A remissão completa da sintomatologia é rara. Os casos de POC de início agudo são mais frequentes no sexo feminino, mas habitualmente apresentam relação temporal com um evento da vida (2,5,12,13,22).

Uma obsessão é definida como um pensamento intrusivo indesejado, dúvida, imagem ou desejo que repetidamente entra na mente. Obsessões são angustiantes e egodistónicas, isto é, elas são repugnantes ou inconsistentes com os valores da pessoa, o que pode fazer com que o indivíduo possa sentir-se demasiado envergonhado ou ridicularizado para expor estes sintomas mais precocemente. A pessoa geralmente considera as intrusões excessivas e tenta resistir-lhes (1-5,12,13,23).

As obsessões não dizem respeito a preocupações do dia a dia, que ocorrem no transtorno de ansiedade generalizada, defeitos percebidos na aparência, que ocorrem no transtorno dismórfico do corpo, ou medo de ter uma doença grave, o que ocorre na ansiedade de saúde. Além disso, também as compulsões não são comportamentos motores sem conteúdo, como tiques, nem ações sem significado, como por vezes se observam em indivíduos com psicoses ou distúrbios do desenvolvimento, como perturbações do espectro do autismo (2).

Compulsões são comportamentos repetitivos ou atos mentais a que uma pessoa se sente impelida a agir, em resposta a uma obsessão. Elas são, em grande parte, involuntárias e raramente são resistíveis. Uma compulsão pode tomar a forma de uma ação visível observada por outros (como verificar se uma porta está trancada) ou um ato mental encoberto que não pode ser observado (como repetir uma certa frase mentalmente). Compulsões ocultas ou mentais são geralmente mais difíceis de resistir ou monitorizar do que as mais evidentes, pois são “portáteis” e mais fáceis de executar. Embora existam compulsões primárias, a maioria são secundárias às ideias obsessivas, com o objetivo de as suprimir ou anular. A redução da ansiedade através destes comportamentos nem sempre ocorre entrando o doente num ciclo de obsessões-compulsões virtualmente interminável. A tentativa de resistir-lhes desencadeia habitualmente aumento da ansiedade (1-5,12,13).

Identificaram-se algumas características psicológicas mais comuns entre os indivíduos com POC, designadamente: indecisão, falta de convicção interna, intolerância à incerteza, dificuldade de decisão, dúvida patológica, procrastinação, escrupulosidade e auto-culpabilização. O conteúdo específico das obsessões e compulsões varia entre os indivíduos. Entretanto, certos temas, ou dimensões, são comuns, como se lista na tabela seguinte:

Tabela 1. Obsessões frequentes e compulsões associadas. (Adaptado de *Richter et al.* (4) e *Vaele et al.* (3))

Obsessões	Compulsão associada
Contaminação - medo de ser contaminado ou contaminar outros por germes, infeções.	Rituais de limpeza e lavagem excessiva das mãos, casa, todo o que rodeia o indivíduo
Simetria - pensamentos recorrentes sobre ter de fazer as tarefas de uma forma exata.	Ordenar e reorganizar
Agressividade - medo de magoar os outros, ter recorrentes pensamentos de imagens violentas.	Monitorizar as notícias sobre crimes violentos, procurando conforto ao perguntar se é boa pessoa
Sexual - pensamentos recorrentes sobre ser pedófilo ou depravado e praticar uma sexualidade imprópria para com os outros.	Evitar situações que estimulem os pensamentos e rituais mentais para contrariar os pensamentos
Religiosa - pensamentos sobre ser imoral ou ser eternamente condenado.	Pedir perdão, rezar, procurar conforto
Superstição - medo de certos números maus ou cores.	Contagem excessiva

O conteúdo específico das obsessões e compulsões é variável, o DSM-5 (9) aponta 4 temas ou dimensões como sendo os mais comuns na POC: limpeza (obsessões de contaminação e compulsões de limpeza); simetria (obsessões de simetria e ordem e compulsões de contagem e repetição); pensamentos proibidos ou tabus (por exemplo: obsessões religiosas, sexuais ou agressivas e compulsões relacionadas) e dano/prejuízo (por exemplo: medo de magoar a si próprio ou a outro e compulsões de verificação).

### 3.4 Classificação e Diagnóstico

Segundo a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde mental (23), todas as pessoas sentem necessidade, em algum momento, de verificar se as portas ficaram bem fechadas, por exemplo. É, por isso, fundamental estabelecer alguns critérios de diagnóstico para diferenciar um comportamento normal de algo que poderia ser considerado uma doença.

Só pode ser considerada uma perturbação quando as obsessões ou compulsões interferem significativamente com as rotinas normais do indivíduo e quando as mesmas ocupam uma considerável parte do dia (pelo menos uma hora por dia), como vamos ver de seguida.

O Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM), da APA, é uma classificação de transtornos mentais e critérios associados, elaborada para facilitar o estabelecimento de diagnósticos mais confiáveis destas perturbações. A classificação está harmonizada com a Classificação internacional de Doenças (CID), da Organização Mundial da Saúde (OMS), o sistema oficial de codificação usado nos Estados Unidos, de forma que os

critérios do DSM definem transtornos identificados pela denominação diagnóstica e pela codificação alfanumérica da CID, que podem ser consultados no anexo I e II (9).

Na mais recente edição do DMS-5, foram feitas pequenas alterações na redação dos critérios diagnósticos e a POC deixou de fazer parte dos transtornos de ansiedade (DSM-4) para ser incluída, numa nova categoria - Perturbações relacionadas à POC (9). A inclusão de um capítulo sobre as perturbações obsessivo-compulsivas e transtornos relacionados no DSM-5 reflete as crescentes evidências da relação desses transtornos entre si em termos de uma gama de indicadores diagnósticos, bem como a utilidade clínica de agrupá-los num mesmo capítulo. É importante avaliar essas condições em indivíduos que se apresentam com uma delas e ter conhecimento das sobreposições existentes entre elas.

Em relação aos especificadores na DSM-5 os indivíduos com POC variam no grau de insight que têm quanto à exatidão das crenças subjacentes aos seus sintomas obsessivo-compulsivos. O insight pode variar num indivíduo durante o curso da doença. O insight mais pobre foi vinculado a pior evolução a longo prazo (9). Assim, no DSM-5 recomenda-se que se especifique se o indivíduo tem: bom insight, fraco insight ou ausência de insight.

A versão mais recente da CID é a CID-10 onde a perturbação obsessivo-compulsiva está incluída dentro da categoria dos “Perturbações neuróticas, perturbações relacionados com o stress e perturbações somatoformes” (F40-F48), dentro de uma categoria específica (F42), subdividido ainda nas subcategorias F40.0 - com predominância de pensamentos obsessivos ou ruminações obsessivas, F42.1 - com predominância de comportamentos compulsivos (rituais obsessivos), F42.2 pensamentos e atos obsessivos mistos (24).

Na CID-11, que será apresentada para adoção dos Estados Membros pode vir a incluir-se um especificador de insight nas mesmas linhas do DSM-5. No entanto, há mudanças radicais na descrição da POC na proposta da CID-11. Critérios de duração e subtipagem da POC podem ser removidos na revisão por falta de evidências e relevância clínica e enquanto na CID-10, um diagnóstico de POC é desencorajado na presença de esquizofrenia, tique nervoso ou depressão, na CID-11 este critério também pode ser removido, preparando o caminho para o diagnóstico de POC, mesmo na presença de comorbilidades psiquiátricas (7).

### **3.5 Diagnóstico Diferencial**

A apresentação clínica da POC não é linear, sendo dotada de um marcado polimorfismo.

A diferenciação entre a POC e outros transtornos relacionados com a POC é baseada nas diferenças específicas, no conteúdo e no caráter dos processos e comportamentos do pensamento, sendo que esta diferenciação é crucial já que existem diferenças significativas na abordagem ao tratamento. Dentro das outras perturbações relacionadas com a POC encontram-se: Transtorno dismórfico corporal; Tricolomania; Transtorno da acumulação; Transtorno de Escoriação (1,2,9).

Relativamente a outras patologias a POC faz diagnóstico diferencial com: Transtornos alimentares; Transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva; Transtornos de ansiedade; Transtornos de tiques; Depressão major; Transtornos psicóticos (2,9).

Além de todas estas patologias psiquiátricas, sintomas que se assemelham a características da POC podem ser encontrados em algumas condições neurológicas, tais como: Doença de Huntington; Doença de Parkinson; Coreia de Sydenham; Síndrome de Gilles de La Tourette (1,20).

### 3.6 Comorbilidade

A severidade do quadro clínico da POC é, habitualmente, agravada pela presença de comorbilidades. Segundo o DSM-5 (9), as psicopatologias que estes pacientes mais frequentemente têm em conjunto com a POC são: as perturbações ansiosas, 76% para Ataques de Pânico, Ansiedade Generalizada, Ansiedade Social, Fobia Específica; as perturbações de humor, 63% para Perturbação Depressiva ou Bipolar; a Perturbação de Personalidade Obsessivo-Compulsiva, 23% a 32% e a Perturbação de Tiques, presente em 30% dos indivíduos com POC ao longo da vida. Especificamente, a depressão major apresenta uma taxa de comorbilidade de 40,7%; perturbações de controlo de impulsos uma taxa de 55,9% e o abuso de substâncias uma taxa de 38,6%.

Pacientes com POC geralmente sofrem de uma ou mais patologias. Nos últimos anos, houve outra importante mudança de paradigma, levando à hipótese crucial de que a POC pode ser uma condição etiologicamente heterogénea, sendo, portanto, afetada por um amplo espectro de comorbilidades. Indivíduos com POC frequentemente apresentam distúrbios psiquiátricos adicionais concomitantemente ou em algum momento durante sua vida. Recentemente, foi proposta uma subclassificação da POC baseada na comorbilidade (25).

A POC também é muito mais comum em indivíduos com determinados transtornos, quando um desses outros transtornos é diagnosticado, o indivíduo também deve ser avaliado para POC. Por exemplo, em pessoas com esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo, a prevalência de POC é de aproximadamente 12% (9). Além disso, indivíduos com POC de início precoce, em particular aqueles com início na infância, têm altas taxas de perturbação do déficit de atenção com hiperatividade (PDAH), perturbação de oposição e transtornos de tiques (7).

*Brakoulias et al.* (10), identificaram que as comorbilidades mais comuns são depressão major (28.4%; n=1055), transtorno da personalidade obsessivo-compulsivo (24.5%, n=478), ansiedade generalizada (19.3%, n=716), fobias específicas (19.2%, n=714) e fobia social (18.5%, n=686). A depressão major foi também o diagnóstico mais comum ao longo da vida, com uma taxa de 50,5% (n=1874).

Num outro estudo, a depressão major apresentou-se também como uma comorbilidade muito representativa, *Chaudhary et al.* (25), identificaram que 80% dos casos

do seu estudo apresentaram depressão de diferentes intensidades, sendo que destes, 40% apresentavam depressão leve, enquanto 16% apresentavam depressão moderada e 10% e 14% apresentavam depressão grave e muito grave, respetivamente. Verificou-se ainda que, a coexistência de depressão major com POC está relacionada à cronicidade e à gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos, incapacitando os pacientes de realizar suas atividades diárias de rotina.

### 3.7 Qualidade de Vida, Evolução e Prognóstico

A OMS define a qualidade de vida, do seguinte modo: “trata-se da percepção, por parte de indivíduos ou grupos, da satisfação das suas necessidades e daquilo que não lhes é recusado nas ocasiões propícias à sua realização e à sua felicidade”.

Vários estudos têm tentado delinear fatores preditores da evolução da POC. Comprovou-se existir uma relação entre o estado civil do indivíduo, a sua personalidade e o funcionamento pré-mórbido no curso da doença. Verificou-se que, indivíduos casados e com melhor funcionamento pré mórbido apresentam um curso mais favorável, aos 5 anos de follow-up (26).

O tempo despendido na realização dos rituais, o isolamento social e as desavenças familiares também parecem contribuir para o aumento do sofrimento e dos prejuízos na qualidade de vida. Num estudo realizado na Universidade de Lisboa, foi evidenciado que o grupo Clínico (com POC), comparativamente com o grupo Não Clínico (sem POC), apresentava, na generalidade, níveis significativamente mais elevados quer de dificuldade de regulação das emoções quer de discrepâncias das necessidades e, ainda, níveis mais baixos de regulação da satisfação das necessidades (25). Isto alerta para o facto de que as concetualizações e intervenções atuais têm sido elaboradas com base, sobretudo, em variáveis cognitivo-comportamentais, descurando o sistema emocional e as necessidades psicológicas.

A POC tem geralmente um curso crónico e incapacitante, causando comprometimento funcional e impacto negativo nos pacientes e nas suas famílias. Por exemplo, o diagnóstico de POC tem sido associado a deficiências sociais nas relações de trabalho, e a um aumento no uso de serviços de saúde. Os pacientes com POC têm uma probabilidade quase três vezes maior de receber apoio financeiro da segurança social do que indivíduos sem POC (26).

No estudo “*Clinical predictors of Quality of Life in a large sample of adult Obsessive-Compulsive Disorder outpatients*” (26), evidenciou-se que a POC afeta a qualidade de vida dos pacientes em muitos aspetos diferentes. Concluiu-se que a resposta ao tratamento está associada à melhoria da qualidade de vida, e que parâmetros como a depressão, sintomas de ansiedade, gravidade dos sintomas, duração da doença, suicídio e o número de comorbidades estão significativamente associadas ao comprometimento da qualidade de vida. As mulheres apresentaram piores pontuações na Qualidade de Vida (QV). Considerando que a ansiedade e

a gravidade dos sintomas depressivos são associadas a QV mais baixa e que as mulheres são mais propensas para apresentar estes diagnósticos, propôs-se hipoteticamente que QV mais baixa nas mulheres pode ser secundária a ansiedade e depressão.

Hoje não restam dúvidas que o custo social desta doença é elevado, particularmente a nível do desemprego, da dependência financeira da família e do recurso aos serviços de saúde, particularmente no caso de jovens adultos, os quais se encontram numa fase de vida de grande capacidade produtiva. Por outro lado, estas pessoas muitas vezes têm tendência a esconder o seu problema e, conseqüentemente, não procuram ajuda. Daqui resulta que os indivíduos com POC, muitas vezes só recebem ajuda profissional bastante tempo após o início da doença (27). Sendo que leva, em média, 7,5 anos para procurarem ajuda (28).

No estudo "*Public Recognition and Perceptions of Obsessive Compulsive Disorder*", Stewart et al. (28), relataram que o conhecimento sobre a POC na população é escasso. A população descreve a POC em termos de compulsões ou em termos de perfeccionismo e grande parte não distingue alguém que sofre de POC de alguém que é obsessivo-compulsivo, sendo que os resultados desta pesquisa suportam uma ligação entre escolaridade, salários e identificação da POC, ou seja, aqueles com maior escolaridade e salários mais altos revelaram mais conhecimento e atenção para a POC.

Numa outra componente importante, os pensamentos suicidas ocorrem, em algum momento, em cerca de metade dos indivíduos com POC. Tentativas de suicídio também são relatadas até em 25% daqueles com a perturbação e a presença de depressão major aumenta a ideação suicida (2,9).

Classicamente, considerava-se que os doentes obsessivos apresentavam baixo risco de "comportamento suicida" devido à sua indecisão e dificuldade na passagem ao ato, às constantes preocupações de evicção de impulsos agressivos e de prevenção de potenciais danos próprios. Os fatores preditores positivos de "comportamento suicida" na POC mais consistentes são: comorbilidade com depressão major e doença bipolar; gravidade do quadro clínico; presença de sintomas da dimensão "pensamentos agressivos/verificação"; presença de sintomas depressivos, ansiosos e de sentimento de falta de esperança e alguns fatores sociodemográficos e culturais como baixo nível socioeconómico, estado civil solteiro, ausência de filhos e ausência de prática religiosa (10).

Estudos mais antigos relatavam menos de 1% de suicídios consumados e 3-4% de tentativas de suicídio. Contudo, estudos mais recentes têm obtido resultados divergentes aos supracitados, indicando que cerca de 26% dos indivíduos com POC (40% dos quais em tratamento) tentam o suicídio pelo menos uma vez na vida, obrigando a uma reflexão cuidada sobre esta problemática e requerendo elaboração de novos estudos sobre o tema (29).

Segundo Brakoulia et al. (10), a ideação suicida no último mês, no seu estudo, foi relatada numa média de 6,4% (n = 200) dos pacientes, enquanto 9,0% (n = 314) relataram ter tentado suicídio em algum momento da vida.

Ao usar uma meta-análise, *Angelakis et al.* (30), descobriram que a incidência de suicídio na POC é consideravelmente maior do que o esperado na população geral (taxas médias de ideação suicida = 27,9%, taxas médias de tentativas de suicídio = 10,3%). Consistente com esta informação, a meta-análise confirmou que o diagnóstico de POC estava associado a níveis substancialmente aumentados de suicídio. Além disso, demonstrou que os níveis elevados de suicídio na POC tendiam a coexistir com comorbilidades (gravidade dos sintomas depressivos e ansiosos), fatores de risco genéricos como história anterior de ideação suicida e fatores de risco cognitivo-emocionais.

Tudo isto é muito significativo e assustador porque o clínico pode muitas vezes negligenciar a possível ameaça suicida do paciente.

### **3.8 Avaliação**

Na prática clínica de rotina, o uso de entrevistas estruturadas/semiestruturadas e escalas de avaliação pode não ser necessário. Elas são opcionais. No entanto, estas podem ser usadas quando o clínico necessita de informações suplementares (7). A Escala Obsessivo-Compulsiva de Yale-Brown (YBOCS) é a escala de classificação de gravidade mais utilizada para avaliar a POC em adultos e crianças e é considerada um instrumento “gold-standard” para medir a gravidade da POC dada a sua boa fiabilidade, validade interna de construto e amplo uso na pesquisa clínica (11).

Esta escala mede a gravidade geral dos sintomas obsessivo-compulsivos ocorridos na semana anterior à realização do questionário. Apesar de ser uma medida global dos sintomas, não fornece a gravidade dos sintomas individuais. Análises de detecção de sinal mostraram que uma redução pré-pós-tratamento de  $\geq 35\%$  no Y-BOCS foi mais preditiva da resposta ao tratamento (11,25).

Apesar de tudo isto, a escala é longa em comparação com a maioria das ferramentas de triagem comportamentais usadas em cuidados primários, e a sua utilização requer avaliadores treinados, o que pode limitar seu uso difundido em ambientes de atenção primária. Além desta escala, existem muitas outras (anexo III), que, no entanto, não são tão amplamente utilizadas.

Se uma escala de classificação não for usada, é útil documentar e estimar o número de horas gasto por dia tendo obsessões, realizando tarefas compulsivamente e o grau de esforço aplicado para tentar escapar às obsessões e resistir aos comportamentos (8).

### 3.9 Tratamento

Ao escolher uma abordagem de tratamento, o médico deve considerar a motivação e a capacidade do paciente de cumprir com a farmacoterapia e psicoterapia. Como para o tratamento de qualquer patologia, o clínico é recomendado a escolher o melhor tratamento para um paciente com base nos fatores como: resposta anterior, comorbilidades, tolerabilidade, aceitabilidade, efeitos adversos, custo e interações farmacológicas.

A TCC e os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) são tratamentos de primeira linha seguros e eficazes para o tratamento da POC (anexo IV) (8).

A psicoterapia constitui uma parte importante do tratamento do doente com POC. As técnicas de psicoterapia são particularmente importantes na atenuação e até extinção dos comportamentos destes doentes.

O psiquiatra deve também avaliar o desenvolvimento do paciente, história psicossocial e sociocultural, incluindo o seu grupo de apoio primário e sociocultural, potenciais destabilizadores psicossociais, educação e história ocupacional.

Vários estudos comprovam a eficácia relativa da psicoterapia cognitiva no tratamento destes doentes, sendo perfeitamente aceite que, em combinação com farmacoterapia, estes beneficiem sobretudo de terapias cognitivo-comportamentais, que combinam técnicas de Exposição e Prevenção de Respostas (EPR) com técnicas de percepção, compreensão e desvalorização da utilidade/necessidade dessas respostas, por parte destes indivíduos (2,12). O tratamento pode ser então em monoterapia com ISRS ou TCC, ou combinado, sendo que o tratamento combinado deve ser considerado para pacientes com uma resposta insatisfatória à monoterapia, para pacientes com comorbilidades psiquiátricas para os quais os ISRS são eficazes, e para aqueles que desejam limitar a duração do tratamento farmacológico (8).

Também é importante perceber que as psicoterapias têm uma duração limitada. A natureza breve da intervenção promove a independência e encoraja a autoajuda. Além disso, esta é uma abordagem objetiva e estruturada que guia o paciente por meio de um processo de averiguação, formulação de problemas, intervenção, monitorização e avaliação. As metas e os alvos da intervenção são definidos explicitamente e revistos regularmente (2).

Até há bem pouco tempo a POC era considerada uma patologia de tratamento difícil. Este panorama mudou. No entanto, mesmo após os ensaios de tratamento adequados, 40% a 60% dos pacientes manifestam sintomas residuais, comprometendo o tratamento inicial, levando à investigação de estratégias de reforço, novos agentes farmacológicos e abordagens neuromodulatórias (11).

O tratamento é em regime de ambulatório ou de internamento. O tratamento ambulatorial é geralmente suficiente para a maioria dos pacientes com POC. Os pacientes podem ser acompanhados em intervalos periódicos, inicialmente, uma vez num mês ou dois e, posteriormente, em intervalos mais longos, dependendo da resposta ao tratamento e tolerabilidade e efeitos colaterais. O tratamento hospitalar pode ser considerado para

aqueles que estão sob alto risco de suicídio, perigo para si ou para outros e resistentes ao tratamento (7).

É importante documentar o curso dos sintomas do paciente e história de tratamento, incluindo hospitalizações psiquiátricas, ensaios farmacológicos e psicoterapias (8).

Todos os estudos abordados relatam que a recuperação clínica e remissão completa, se ocorrerem, não ocorrem rapidamente. Assim, os objetivos contínuos do tratamento incluem:

- Diminuir a frequência e gravidade dos sintomas;
- Melhorar o funcionamento biopsicossocial do paciente;
- Ajudar o paciente a melhorar a sua qualidade de vida;
- Ajudar o paciente a desenvolver estratégias para enfrentar os elementos destabilizadores;
- Minimizar os efeitos adversos da terapêutica farmacológica;
- Educar o paciente e a família em relação ao transtorno e seu tratamento.

### 3.9.1 Tratamento Farmacológico

A POC tem uma resposta altamente seletiva a medicações serotoninérgicas. A clomipramina, um antidepressivo tricíclico, com um forte efeito serotoninérgico, era o tratamento farmacológico de primeira linha, no entanto, agora é guardada para tratamento de segunda linha nas diretrizes devido aos seus efeitos secundários desafiantes como: boca seca, visão embaçada, constipação, fadiga, tremor, hiperidrose, impacto na condução cardíaca, limiar de convulsão e toxicidade no caso de doses muito elevadas. Por tudo isto, os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) são agora preferidos para terapia inicial (1,2,4,11,26).

No seu artigo de revisão, *Richter et al.* (4) defendem que, de entre todos os ISRS, não existe nenhum que se destaque, ou seja, que seja mais eficaz, sendo que a escolha do fármaco deve ser individualizada, levando em consideração interações medicamentosas e tolerabilidade. Estas afirmações são corroboradas por *Skapinakis et al.* (31), que na sua meta-análise, confirmou que os ISRS são igualmente eficazes quando comparados com o placebo, sem evidência para sugerir que um medicamento é sobreponível a outro.

Estes medicamentos têm a vantagem de também trabalharem no humor e perturbações da ansiedade, que frequentemente são comorbilidades com a POC. Existem duas distinções principais na maneira como estes medicamentos devem ser usados para a POC em comparação com a depressão major. Em primeiro lugar, a dosagem é geralmente mais eficaz na extremidade superior do intervalo recomendado, como resultado, a dose alvo recomendada tipicamente excede a dose usada para depressão. Em segundo, o atraso terapêutico é mais longo, ou seja, demora mais tempo até que os benefícios sejam observados, sendo que geralmente a eficácia manifesta-se num intervalo de 6 a 10 semanas (4,26).

*Janardhan et al.* (7), na sua meta-análise, relatam que a dose deve ser aumentada quatro a seis semanas até que a dosagem máxima seja alcançada. O tratamento deve continuar por oito a 12 semanas, com pelo menos quatro a seis semanas na dose máxima tolerável, o que é suportado pelas diretrizes da Associação Americana de Psiquiatria (8).

A maioria dos pacientes com ISRS obtém melhora modesta, com redução na gravidade de 25% a 35% (11). Aproximadamente 60% dos pacientes normalmente respondem ao primeiro medicamento testado, sendo que os indivíduos que não respondem ao primeiro ISRS exigem um teste com pelo menos um segundo ISRS. Se um segundo fármaco falhar, a maioria das diretrizes recomenda mudar para uma opção de segunda linha, como a clomipramina. A maioria dos especialistas sugere a realização de TCC, se esta estiver disponível, para reduzir o risco de recaída para os pacientes que querem eventualmente abandonar o tratamento farmacológico (7).

Na sua maioria, os estudos efetuados com antipsicóticos em doentes com POC analisam esta abordagem terapêutica como um suplemento ao tratamento base com ISRS (21). Assim, os antipsicóticos são recomendados apenas em pacientes refratários ao tratamento com terapia cognitiva comportamental e ISRS. Quando um antipsicótico é prescrito, deve ser administrado em dose baixa num teste de quatro semanas para determinar se é eficaz (1).

Segundo *Hirschtritt et al.* (11), várias meta-análises demonstraram a eficácia dos neurolépticos nos pacientes com POC refratária ao tratamento, sendo que não parece haver diferenças na eficácia entre os diferentes neurolépticos. Referem ainda que a potenciação neuroléptica é eficaz em aproximadamente 30% dos pacientes com POC refratária ao tratamento.

Outra abordagem consiste na terapia com medicamentos que afetam o sistema glutamatérgico e anti-inflamatórios, pois como vimos, o sistema glutamatérgico presente em praticamente todos os circuitos cerebrais está diretamente relacionado com o que se pensa ser a patofisiologia da POC.

Desde a primeira evidência de uma suposta disfunção glutamatérgica nos pacientes com POC, o glutamato e o sistema glutamatérgico tornaram-se um dos principais focos de pesquisa farmacológica no campo da POC. *Grassi e Pallantino* (16), no seu artigo, verificaram que ainda existem dados limitados sobre agentes anti-inflamatórios e que os resultados atuais dos agentes glutamatérgicos ainda são difíceis de interpretar já que os agentes pró e anti-glutamatérgicos parecem trabalhar apenas num subconjunto de pacientes e que estes podem ser necessários em diferentes fases da doença. *Grassi e Pallantino* (16) acreditam que este será o futuro da farmacoterapia na POC.

### 3.9.2 Tratamento não farmacológico - Evolução das Terapias Cognitivas Comportamentais

É inegável que o movimento da Terapia Cognitiva Comportamental fundou uma nova fase na psicologia clínica, rompendo com a prática dominante da época e instaurando a utilização de uma terapia embasada cientificamente. Desde suas origens, a abordagem é caracterizada pelo estudo do comportamento humano de forma objetiva e racional, com rigor científico e com o desenvolvimento de leis de aprendizagem que sejam validadas empiricamente (33).

Centenas de estudos avaliaram várias teorias da psicopatologia, e outras centenas avaliaram a eficácia das intervenções da TCC. Esta literatura científica colocou a TCC numa posição única para dominar o campo da psicoterapia.

Como todas as disciplinas científicas, a TCC não é estática, mas esta evolui continuamente. Steven Hayes é considerado o grande difusor da ideia de evolução da Terapia Cognitiva Comportamental em três gerações sucessivas, e tem recebido crescente apoio da comunidade científica, apesar deste tema não estar livre de controvérsias (32).

A primeira geração foi, em parte, uma movimentação contra as concepções clínicas predominantes na época, visto que estas eram pouco relacionadas com princípios básicos cientificamente testados. Apoiou-se principalmente nos conceitos de condicionamento clássico (Pavlov), condicionamento operante (Skinner) e, aprendizagem social (Bandura). A abordagem só começou a ganhar força e a ser efetivamente levada a sério na década de 1950, por meio dos esforços de Hans Eysenck. Eysenck, observou e disseminou a ideia de que os tratamentos psicoterápicos da época não possuíam evidências de eficácia, o que despertou nos psicoterapeutas a busca por alternativas mais efetivas (33).

A primeira fase do movimento das Terapias Cognitivas Comportamentais foi embasada em princípios de aprendizagem. O foco do trabalho era a modificação do comportamento através da utilização de técnicas derivadas dos princípios do condicionamento clássico e operante, sendo que as técnicas de exposição são agora uma peça central em muitos protocolos de TCC. A primeira geração focava diretamente as emoções e os comportamentos problemáticos, utilizando-se de condicionamentos e princípios comportamentais (35). Uma fraqueza das teorias comportamentais era a falta de especificidade. Quanto aos problemas clínicos como resultado de uma aprendizagem inadequada não adaptativa teve o seu mérito, mas deixou muito por dizer (35).

Na segunda geração, em 1960, o psicólogo Albert Bandura criou a Teoria de Aprendizagem Social, e enfatizava o papel das cognições no desenvolvimento e no tratamento de perturbações psiquiátricas (33). Aaron Beck desenvolveu a Terapia Cognitiva (TCg). A Terapia Cognitiva começou a influenciar a Terapia Comportamental, dando espaço à combinação de técnicas cognitivas com técnicas comportamentais. Na TCg de Beck, os pacientes são treinados para responder de forma mais racional aos pensamentos automáticos

negativos, primeiro, rotulando várias distorções cognitivas e, em seguida, fazendo uma reestruturação cognitiva com o terapeuta em exercícios diários e como trabalho de casa (34).

Durante a década de 1960, diversos terapeutas passaram a falar em Terapia Cognitivo-Comportamental, a qual incluía mudanças nas cognições mal adaptativas que contribuíssem para as perturbações psicológicas. Muito das Terapias Comportamentais foi integrado às Terapias Cognitivas, incluindo ativação comportamental, exercícios de exposição, experiências comportamentais, treino de relaxamento e treino de habilidades sociais. Hoje, todas essas técnicas são misturadas, em conjunto, no corpo de intervenções conhecidas como Terapia Cognitiva Comportamental (34).

Os protocolos de TCC partilham a premissa de que cognições mal adaptativas estão relacionadas de forma causal ao sofrimento emocional e, portanto, através da modificação das cognições, o sofrimento emocional e os comportamentos desadequados diminuem. A maneira pela qual os processos cognitivos disfuncionais são adquiridos, ativados e afetam o comportamento e as emoções pode ser resumida da seguinte forma: postula-se que as experiências precoces e os cuidados parentais levam ao desenvolvimento de maneiras de pensar fixas e rígidas. Informações e experiências novas são avaliadas em relação a essas crenças (p. ex., “tenho que ter sucesso”), e a informação que as reforça e mantém é selecionada e filtrada. As crenças/esquemas são desencadeadas ou ativadas por eventos importantes (p. ex., fazer exames), os quais levam a uma série de pressupostos (p. ex., “só conseguirei notas boas se estudar o dia inteiro”). Por sua vez, estes dão lugar a um fluxo de pensamentos automáticos relacionados à pessoa (“devo ser estúpido”), a seu desempenho (“não estou a trabalhar o suficiente”) e ao futuro (“não passarei nesses exames e nunca chegarei à universidade”), e são frequentemente referidos como a tríade cognitiva: visão negativa de si mesmo, visão negativa do ambiente de vida e visão negativa do futuro. Os pensamentos automáticos podem resultar em mudanças emocionais (p. ex., ansiedade, stress), comportamentais (p. ex., imobilidade, trabalho constante) e somáticas (p. ex., perda de apetite, dificuldade para dormir) (36,37).

A TCC é, então, uma intervenção semiestruturada, objetiva e orientada para metas, que aborda fatores cognitivos, emocionais e comportamentais no tratamento das patologias psiquiátricas. Um dos objetivos da TCC clássica é corrigir as distorções cognitivas que geram problemas ao indivíduo e fazer com que este desenvolva meios eficazes para enfrentá-los. Para isso são utilizadas técnicas cognitivas que procuram identificar os pensamentos automáticos, testar estes pensamentos e substituir as distorções cognitivas. Dependendo da patologia em causa há técnicas mais apropriadas do que outras. As várias técnicas são: Stop Signal Task; Modelação; Treino em habilidades sociais; Exposição e Prevenção da Resposta; Relaxamento aplicado e dessensibilização sistemática, entre outras, sendo que o clínico deve apropriar a técnica ao paciente em questão, de modo a maximizar a eficácia do seu tratamento (33).

Resumindo, a segunda geração procurou preservar a objetividade e o foco técnico presente na primeira geração, ao mesmo tempo que tentou valorizar o ser humano racional. O movimento de segunda geração ganhou força mediante a realização de estudos que demonstraram a sua eficácia para uma variedade de perturbações psiquiátricas. A TCC tornou-se a força dominante em psicoterapia em quase todo o mundo.

A terapia comportamental continuou a evoluir, e no final do século XX e início do século XXI testemunhou-se o desenvolvimento de terapias que se destinam a aliviar o sofrimento dos pacientes através de abordagens que utilizam estratégias de aceitação e mindfulness. A alegação para esta mudança era de que algo estava a mudar na orientação da TCC, e que um conjunto de novos comportamentos e abordagens cognitivas surgiram com base em conceitos contextuais focados mais na relação das pessoas com o pensamento e emoção do que no conteúdo. Os métodos de terceira geração enfatizaram questões como atenção plena, emoções, aceitação, o relacionamento, valores, metas e metacognição. Os novos modelos e abordagens de intervenção incluíram a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), a Ativação Comportamental, a Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness (MCBT), o Programa de Redução de Stresse Baseado em Mindfulness, a Terapia Comportamental Integrativa de Casais, a Psicoterapia Analítico-Funcional, a Terapia Focada na Compaixão e a Terapia Comportamental Dialética (37,38,41).

A ACT desenvolvida por Steven Hayes tornou-se a mais proeminente terapia de terceira geração (34,39). No que diz respeito às similaridades e diferenças entre a ACT e a TCC tradicional, *Pérez-Álvarez* (32), *Thomas et al.* (34), e *Hayes* (38), identificam várias das quais destacam-se as seguintes:

(1) ambas utilizam exercícios de exposição, habilidades de resoluções de problemas, role playing, tarefas de casa e modelagem;

(2) ambas estabelecem objetivos claros e observáveis, encorajam maior consciência dos pensamentos, sentimentos e sensações e objetivam melhorias gerais na qualidade de vida;

(3) as cognições são vistas pela ACT como uma forma de comportamento que deve ser identificado e ter a sua função alterada, enquanto o foco da TCC inclui a modificação dos seus conteúdos;

(4) a ACT não objetiva refutar cognições desadaptativas com o objetivo de modificar a resposta emocional e/ou comportamental associada a tais cognições. Assim, os tratamentos baseados em mindfulness e a ACT focam a função dos pensamentos e a promoção de estratégias de regulação emocional que se contrapõem à esquiva das experiências internas;

(5) na TCC tradicional, geralmente, o foco de mudança está no conteúdo dos pensamentos, muito em virtude da premissa básica de que as cognições desempenham um importante papel na manutenção dos transtornos emocionais, através da sua influência nas emoções e nos comportamentos.

Segundo a perspectiva de Steven Hayes, a terceira geração emergiu a partir de ambas as gerações anteriores, que foram reformuladas, sintetizadas e direcionadas a temas e domínios previamente valorizados por outras tradições terapêuticas (38). De entre as principais razões que suportam uma nova geração de terapias comportamentais estão as irregularidades identificadas na segunda geração e as mudanças filosóficas (33).

As psicoterapias que atualmente mais estão a mudar o paradigma das terapias cognitivas comportamentais são o mindfulness e o programa de stress baseado em mindfulness (MBSR). O Mindfulness é um aspeto central da tradição e psicologia budista com cerca de 2500 anos de história. Jon Kabat-Zinn, principal responsável pela integração do Mindfulness na Medicina ocidental, define-o como prestar atenção de uma forma especial - propositadamente, no momento presente e sem julgamento. Um objetivo central é desenvolver a consciência metacognitiva, que é a capacidade de experimentar cognições e emoções como eventos mentais que podem ou não estar relacionados com a realidade externa. O foco não é mudar pensamentos “disfuncionais”, mas aprender a vivenciá-los como eventos internos separados do “eu”. Já o MBSR, é um programa baseado em técnicas de mindfulness, desenvolvido pelo Dr. Jon Kabat Zinn, em 1979, no Departamento de Medicina da Universidade de Massachusetts, nos E.U.A. Trata-se de um programa psicoeducativo experiencial baseado no desenvolvimento de técnicas de mindfulness e abordagens psicoeducativas na área da gestão de stress, regulação emocional, comunicação consciente e aplicação do mindfulness no do dia-a-dia. Aplicado numa variedade ampla de patologias o MBSR encontra-se integrado a nível hospitalar em muitos países, como uma intervenção complementar ao tratamento médico (6,34,39).

*Kahl et al.* (40), concluem ainda que, a evidência agora disponível permite que todos os tratamentos de terceira geração sejam considerados como empiricamente suportados. Ainda assim, comparando com a terapia cognitiva comportamental clássica, há um enorme défice na quantidade de dados.

As abordagens terapêuticas para a POC acompanharam a evolução das psicoterapias, sendo que até 1960 pensava-se que a POC seria uma patologia não tratável. Da primeira geração, ressalva-se que, a dessensibilização sistemática, bem como procedimentos de condicionamento operante destinados a bloquear ou punir obsessões e compulsões, foram usados com pouco ou nenhum sucesso na POC (41). O primeiro grande avanço veio em 1966, quando Meyer descreveu dois pacientes tratados com sucesso com um programa de terapia comportamental que incluía exposição prolongada a objetos e situações angustiantes, combinado com a prevenção rigorosa de rituais - exposição e prevenção de respostas (EPR) (37).

Edna Foa é reconhecida como uma fundadora e investigadora da exposição com prevenção de resposta (ERP), uma abordagem que ela aplicou para o tratamento da perturbação obsessivo-compulsiva. Foa refinou os métodos de ERP anteriores aplicados à

clínica por Meyer (1966), que incluiu um papel para a cognição referindo-se a este procedimento como uma modificação das expectativas (34).

O tratamento usando esta abordagem envolve o desenvolvimento de uma hierarquia de sintomas, do menos provocador de medo para o mais provocador, e, em seguida, orientando o paciente através da exposição aos itens hierarquizados, até que os itens de nível mais alto sejam prontamente tolerados. Em paralelo, a prevenção da resposta está incluída, quando o paciente é solicitado a abster-se de completar as compulsões que, de outro modo, eliminariam a ansiedade ou a angústia emocional, ou pela reaplicação da exposição ao estímulo do medo imediatamente após a conclusão de compulsões (42).

A EPR, que pode ser realizada em grupo ou individualmente, baseia-se na relação funcional entre obsessões e compulsões e objetiva enfraquecer as associações entre obsessões e aumento da ansiedade e entre compulsões e alívio de ansiedade. Para tal, envolve repetidas e prolongadas confrontações com o estímulo que dispara o medo obsessivo e, simultaneamente, o impedimento ou a interrupção dos comportamentos compulsivos associados. Quando a obsessão não é seguida por rituais, o paciente aprende que as compulsões não são necessárias para prevenir desastres ou reduzir a ansiedade. Mesmo sendo considerada um tratamento efetivo para a POC, há pacientes que não aderem à EPR, principalmente aqueles que apresentam obsessões puras ou cujas crenças são supervalorizadas (43).

Os programas de tratamento variam em relação aos componentes que eles incluem: a exposição *in vivo* envolve ajudar o paciente a confrontar sinais que desencadeiam pensamentos obsessivos como objetos, palavras, imagens ou situações; a exposição imaginária envolve pedir ao paciente para imaginar em detalhe os pensamentos ou situações angustiantes; a prevenção de rituais envolve instruir o paciente para abster-se da ritualização que eles acreditam que impede o desastre temido ou reduz a angústia produzida pela obsessão; o processamento envolve discutir a experiência do paciente durante ou após a exposição e prevenção de resposta, e como esta experiência confirma ou não a expectativa do paciente (41).

Desenvolvimentos recentes destacam a importância do envolvimento da família no tratamento do adulto. Além disso, a TCC administrada pela Internet pode oferecer uma oportunidade para superar barreiras ao tratamento efetivo, como distância e falta de médicos/terapeutas treinados (11,35).

Como vimos a Terapia Cognitiva é projetada para ajudar os pacientes a identificar pensamentos irracionais automáticos e mudar as interpretações do significado dos pensamentos, resultando em diminuição da ansiedade e diminuição das compulsões. Quando os pacientes são capazes de identificar rapidamente as suas obsessões e compulsões como sintomas, o terapeuta inicia algumas técnicas comportamentais para refutar erros, principalmente utilizando a EPR. Com o tempo, os pacientes aprendem a identificar e reavaliar as crenças

sobre as possíveis consequências de participar ou de se abster de comportamentos compulsivos e subsequentemente começam a eliminar compulsões (41).

A TCg para o tratamento da POC é baseada no modelo de terapia cognitiva para transtornos depressivos e ansiosos de Beck. As estratégias mais utilizadas são a eliciação e a discussão dos pensamentos automáticos e intrusivos, do medo disfuncional e dos esquemas de responsabilidade; a modificação de interpretações irrealistas; e a discussão sobre pensamento mágico e fusão de pensamento e ação. O esclarecimento sobre os efeitos de não ritualizar e o questionamento socrático são importantes técnicas cognitivas usadas pelos terapeutas. Alguns estudos têm proposto a utilização da TCg aliada à EPR com o objetivo de aumentar a adesão e a resposta ao tratamento de pacientes com POC (41,42,45).

A TCC para a POC segue basicamente as seguintes etapas: 1) Avaliação do paciente: diagnóstico, indicação do tratamento e avaliação das contraindicações ou preditores resposta; 2) Fase inicial: avaliação da motivação para o tratamento e psicoeducação; identificação, listagem, avaliação da intensidade e hierarquização dos sintomas; introdução dos exercícios de EPR, de tarefas de casa; explicação sobre o modelo cognitivo e introdução de técnicas cognitivas. 3) Fase intermediária: prática dos exercícios de EPR e exercícios cognitivos; monitoração e reforço das técnicas cognitivas e comportamentais; 4) Fase Final: avaliação da resposta ao tratamento (37).

Após a introdução das terapias chamadas de terceira geração, e devido a um número significativo de pacientes continuarem a apresentar sintomas que interferem no seu funcionamento após TCC, começaram, recentemente, a ser introduzidas psicoterapias baseadas nesta terceira geração, principalmente a ACT e o mindfulness (6). Estas intervenções, aplicadas à POC, ensinam habilidades que facilitam o desapego das rotinas cognitivas e aceitam a experiência interna, podendo ser valiosas, visto que, muitos dos pacientes dizem ficar “presos” em pensamentos repetitivos e consequentes rituais (33).

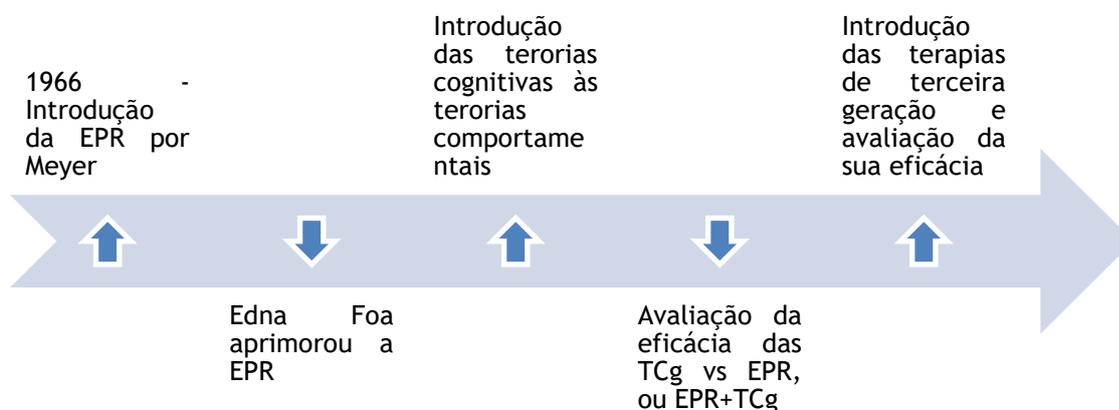


Figura 3. Evolução das Terapias Cognitivas Comportamentais na Perturbação Obsessivo-Compulsivas. TCg indica Terapia Cognitiva; EPR - Exposição e Prevenção de Resposta.

### 3.10 Eficácia baseada na evidência das Teorias Cognitivas Comportamentais na Perturbação Obsessivo-Compulsiva

Como já vimos, existem várias opções de primeira linha para a POC. A TCC isolada ou em associação com farmacoterapia é uma opção muito viável e de primeira linha. Por outro lado, a TCC pode também funcionar como um tratamento de potenciação de outro tratamento. Tudo depende da abordagem terapêutica que cada clínico praticar e da situação em que o paciente se encontra.

As terapias de base cognitivo-comportamental como EPR e a TCg, representam as alternativas psicoterápicas mais estudadas até o momento e as que apresentam melhores resultados.

Na prática, vários fatores devem ser levados em consideração para determinar se a terapia cognitivo-comportamental é a melhor opção para um determinado paciente. O insight é importante, porque aqueles com insight pobre podem não estar dispostos a desafiar os seus rituais. Por outro lado, também as comorbilidades existentes podem alterar a trajetória do tratamento (4).

Abordagens específicas de terapia cognitivo-comportamental para a POC foram desenvolvidas, sendo que, a TCC como é aplicada para depressão, tende a ser bastante ineficaz para esta patologia (3). Por esta razão, se se referenciar um paciente para este tratamento, é importante verificar se o terapeuta em causa tem as qualificações necessárias.

Segundo as diretrizes da APA, a TCC isolada, consistindo de exposição e prevenção de resposta, é recomendada como tratamento inicial para um paciente que não está muito deprimido, ansioso ou gravemente doente para cooperar com esta modalidade de tratamento, ou que prefere não tomar medicamentos e está disposto a fazer o trabalho que a TCC exige (8).

A psicoeducação é crucial no tratamento de pacientes com perturbação obsessivo-compulsiva devido ao estigma associado à doença, à falta de conhecimento geral na comunidade e também porque a sua aplicação aumenta a adesão ao tratamento.

A terapia cognitivo-comportamental é o tratamento mais eficaz na POC e a única forma de psicoterapia para a qual existe evidência robusta. A terapia comportamental, principalmente a terapia de Exposição e Prevenção de Resposta (EPR), é um componente central da terapia cognitiva comportamental e tem sido considerada o “gold standard” para o tratamento desta patologia (8,26,43,44).

A EPR baseia-se nos princípios de exposição a “triggers” que provocam ansiedade, sem a realização de rituais. Com o avançar das psicoterapias, vemos, hoje, que esta abordagem é geralmente combinada com abordagens cognitivas em que o paciente identifica e aprende a modificar pensamentos e crenças exageradas ou mal adaptativas.

Já em 1997, *Lindsay et al.* (45), ao estudarem uma população de 18 pacientes com POC concluíram que houve uma redução significativa dos sintomas obsessivo-compulsivos após

o tratamento com EPR, enquanto nenhuma mudança ocorreu no grupo de controlo, que recebeu um tratamento para ansiedade generalizada. Para os resultados serem estatisticamente significativos usaram-se medidas de gravidade dos sintomas, avaliação do paciente e classificações dos terapeutas da gravidade dos sintomas.

Por outro lado, *Simpson et al.* (46), compararam a eficácia da TCC versus Risperidona para potenciar os ISRS na POC. Foram avaliados 100 pacientes que foram randomizados para risperidona, EPR ou placebo. A Y-BOCS foi usada para medir a gravidade da POC. Concluiu-se que, significativamente mais pacientes que receberam EPR (32 de 40 [80%]) do que aqueles que receberam risperidona (9 de 40 [22,5%]) ou placebo (3 de 20 [15%]) responderam ao tratamento ( $\geq 25\%$  Y-BOCS diminuição do escore:  $\chi^2 = 35,37$ ;  $P < 0,001$ ).

Em concordância com estes resultados, *Foa et al.* (47), avaliaram 111 pacientes com POC e a sua resposta à EPR ou controlo do stress como um tratamento sinérgico da farmacoterapia com ISRS. Os resultados foram que, após 24 semanas, os pacientes randomizados e a receber EPR versus controlo do stress obtiveram desfechos significativamente melhores (scores médios de YBOCS de 14,69 e 21,37, respectivamente;  $t = 2,88$ ,  $P = 0,005$ ), maiores taxas de resposta (diminuição nos scores do YBOCS  $\geq 25\%$ : 40,7% vs 9,3%, teste exato de Fisher  $P < 0,001$ ) e maiores taxas de resposta excelente (score YBOCS  $\leq 12$ : 24,1% vs 5,6%, teste exato de Fisher  $P = 0,01$ ). Durante a fase de manutenção, a inclinação da mudança nos scores do YBOCS não foi significativa em nenhuma das duas condições (todos os valores de  $P \geq 0,55$ ), sem diferença entre EPR e controlo de stress ( $P > 0,74$ ).

Como vimos, a exposição e prevenção de resposta, é um tratamento eficaz para o POC e é recomendada nas diretrizes práticas. No entanto, nem todos os pacientes atingem sintomas mínimos no final do tratamento. Identificar preditores de resposta ao tratamento pode melhorar a assistência ao paciente, fornecendo marcadores para identificar quais indivíduos têm probabilidade de alcançar o bem-estar e quem pode precisar de intervenções adicionais ou tratamentos alternativos (50-52).

Portanto, enquanto aqueles que completam o tratamento geralmente têm bons resultados, muitos pacientes com POC não iniciam tratamento ou desistem, o que por sua vez levou à recomendação de adicionar TC ao tratamento protocolo (42).

Em 2001, *McLean et al.* (49), examinaram os efeitos da TCC em comparação com a terapia comportamental tradicional (ERP) no tratamento, em grupo, da POC. Dos 76 participantes que iniciaram o tratamento, 38 foram colocados na lista de espera por 3 meses antes do tratamento. Em termos de melhoria clinicamente significativa, os grupos de tratamento foram equivalentes na conclusão do tratamento, mas três meses depois, significativamente mais participantes de ERP preencheram os critérios para o status de recuperação.

*Cottraux et al.* (50), compararam o tratamento com TCg com o tratamento com terapia comportamental intensiva. Numa amostra de 65 pacientes, os investigadores descobriram que ambos os tratamentos se mostraram eficazes para a POC, sem diferença

significativa entre os grupos. No entanto, o pós-tratamento da TCg indicou maiores efeitos na depressão do que a EPR.

Corroborando o observado por estes investigadores, *Whittal et al.* (44), tentaram perceber qual o melhor tratamento, se a EPR ou a TCg e concluíram que, com base em 59 tratamentos completos, não houve diferença significativa nos scores do YBOCS entre TCC e ERP no pós-tratamento ou no seguimento de 3 meses. Uma percentagem maior de participantes da TCC obteve status de recuperação no pós-tratamento (67%) e no acompanhamento (76%), em comparação aos participantes do ERP (59% e 58%, respectivamente), mas a diferença não foi significativa.

Num estudo mais recente de 2008, *Whittal et al.* (51), procuraram perceber quais os resultados do acompanhamento de 2 anos para os 75 participantes que completaram ensaios randomizados de tratamento, em grupo ou individual, e receberam ou TCg ou ERP. Os investigadores concluíram que entre os participantes do tratamento individual, CT e ERP exibiram reduções equivalentes na gravidade dos sintomas de POC. No entanto, para os participantes tratados em grupo, aqueles que receberam ERP tiveram pontuações consistentemente mais baixas do YBOCS ao longo do tempo.

Mais recentemente em 2018, *Rector et al.* (52), procuraram perceber se a adição de TCg com EPR, melhorava a eficácia clínica do tratamento da POC. Foram avaliados 127 doentes com POC que foram aleatoriamente designados para receber ERP individual ou ERP + TCg. A gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos foi medida antes e após o tratamento e aos 6 meses de follow-up. Enquanto ambas as condições levaram a uma redução significativa dos sintomas e crenças obsessivas, EPR + TC levou a uma maior redução dos sintomas quando comparado com a ERP isolada em todas as principais apresentações de sintomatológicas da POC.

Na sua meta-análise, *Skapinakis et al.* (31), mostraram que todas as psicoterapias, foram mais propensas a levar a um efeito terapêutico maior do que os fármacos. E que todos os três tipos de psicoterapia são provavelmente mais eficazes do que terapia não específica, não se evidenciando uma terapia mais eficaz do que outra.

Na sua meta-análise que inclui estudos desde 1993 até 2014, *Ost et al.* (53), também procuraram avaliar a eficácia da TCC, e concluíram que: a TCC foi significativamente melhor do que a medicação antidepressiva, mas a combinação de TCC e a medicação não foi significativamente melhor do que a TCC mais placebo. Além destes resultados, os investigadores concluíram também que tanto a EPR como a TCg são igualmente eficazes no tratamento da POC, quer seja em conjunto ou separadamente, sendo que não se verificou uma maior eficácia quando se juntou a TCg à EPR. Por fim, o formato, individual ou em grupo, não afetou os resultados.

Um estudo realizado em 2006 por *Sousa et al.* (54), comparou a TCg aliada à EPR em grupo com o tratamento apenas com sertralina, revelando que ambos os tratamentos mostraram-se eficazes. No entanto, a taxa de remissão de sintomas, a redução da intensidade

das compulsões e a percentagem de pacientes que obtiveram remissão total foram significativamente maiores no grupo tratado com TCg+EPR em grupo.

Apesar da TCC baseada em EPR, com ou sem TCg, ter sido amplamente demonstrada como eficaz, existem algumas barreiras ao tratamento, incluindo falta de disponibilidade (por exemplo, poucos clínicos locais, especialmente os especialistas em abordagens da POC, altos custos), necessidade de muito tempo despendido (tipicamente 1 ou mais horas por semana para sessões de terapia, além de tarefas diárias "trabalhos para casa" durante pelo menos 12 semanas), e motivação do paciente para se envolver na TCC.

Assim, e apesar da TCC em conjunto com os ISRS permanecerem o tratamento de primeira linha na POC e, para combater as limitações impostas por esta abordagem ou até mesmo como uma estratégia de potenciação e terapia para pacientes refratários ao tratamento, surgem cada vez mais estudos sobre o papel das terapias de terceira geração para o tratamento desta patologia.

Em 2010, *Twohig et al.* (55), avaliaram 79 pacientes (66% Feminino, Média idade=37, 89% Caucasianos) que participaram num ensaio clínico randomizado de 8 sessões de ACT ou Treino de relaxamento progressivo (TRP). Os investigadores concluíram que, a ACT produziu maiores mudanças no pós-tratamento, no seguimento e na gravidade da POC (Y-BOCS: ACT pré=24,22, pós=12,76, acompanhamento=11,79; PRT pré=25,4, pós=18,67, follow-up=16,23), e produziu maior mudança na depressão entre aqueles que relataram pelo menos depressão leve antes do tratamento. Mudanças clinicamente significativas na gravidade da POC ocorreram em maior número com a ACT do que com PRT usando múltiplos critérios (taxas de resposta clínica: ACT pós=46-56%, seguimento 46-66%; PRT pós=13%-18%, follow-up 16-18%). A qualidade de vida melhorou em ambas as condições, mas foi marginalmente a favor da ACT. Finalmente, a recusa do tratamento (2,4% ACT, 7,8% PRT) e o abandono (9,8% ACT, 13,2% PRT) foram baixos em ambas as condições.

Por outro lado, *Kumar et al.* (39), avaliaram a eficácia da integração de mindfulness na TCC em pacientes com obsessões predominantes. Foram avaliados 27 doentes que tinham pouca ou nenhuma compulsão declarada e estavam livres de medicação ou em regime estável por pelo menos 2 meses antes da avaliação inicial. Todos os pacientes receberam 12-16 sessões de Mindfulness-integrated Cognitive Behaviour Therapy (MIBCBT) em ambulatório. Um avaliador independente administrou a YBOCS e a Escala de Impressão Clínica Global no início, no meio, e no pós-tratamento e aos 3 meses de acompanhamento. Dos 27 pacientes, 18 (67%) alcançaram a remissão (redução de 55% no score de gravidade do YBOCS) aos 3 meses de seguimento. A média da redução percentual da gravidade obsessiva no pós-intervenção e aos 3 meses de acompanhamento foi de 56 (desvio-padrão [DP] = 23) e 63 (DP = 21), respetivamente. Este estudo demonstrou que o MICBT é eficaz no tratamento de pacientes com obsessões predominantes sem compulsões evidentes. Os resultados deste estudo são encorajadores e sugerem que um estudo randomizado controlado maior, examinando os efeitos do MICBT, é justificado.

*Key et al.* (56), avaliaram como a Terapia Cognitiva baseada em mindfulness (MBCT) pode ser um acréscimo no tratamento da POC. O objetivo do grupo controlo da lista de espera randomizada foi avaliar a viabilidade e o impacto de fornecer uma intervenção de terapia cognitiva baseada em mindfulness de 8 semanas após a conclusão de uma intervenção TCC para pacientes com POC que continuaram a sofrer de sintomas importantes. Os participantes da MBCT relataram diminuição nos sintomas do POC ( $d=1,38$ ), sintomas de depressão ( $d=1,25$ ), sintomas de ansiedade ( $d=1,02$ ) e crenças obsessivas ( $d=1,20$ ) ao mesmo tempo que relataram aumentos na autocompaixão ( $d=0,77$ ) e habilidades de mindfulness ( $d=0,77$ ). Além disso, os participantes relataram altos níveis de satisfação com MBCT. Os resultados sugerem que o uso de MBCT para a POC como um acréscimo é aceitável para pacientes que continuam a sofrer de sintomas obsessivo compulsivos mesmo após completarem TCC.

Mais recentemente, *Twohig et al.* (57), procuraram testar a integração da ACT com ERP. Foram avaliados 58 doentes, 68% do sexo feminino, que se envolveram num estudo randomizado controlado de 16 sessões individuais duas vezes por semana de ERP ou ACT + ERP. Apesar das diferenças na lógica e implementação da EPR, os achados são caracterizados por semelhanças nos resultados imediatos e a longo prazo na aceitabilidade e compromisso.

Tabela 2 - Principais Conclusões dos estudos incluídos sobre eficácia das Terapias Cognitivas Comportamentais na POC. ECR - Ensaio Clínico Randomizado; EPR - Exposição e Prevenção de Resposta; TCC - Terapia Cognitiva Comportamental; TCg - Terapia Cognitiva; POC - Perturbação Obsessivo-Compulsiva; Y-BOCS - Yale Brown Obsessive Compulsive Scale; ACT - Teoria da Aceitação e Compromisso; MICBT - Mindfulness-integrated Cognitive Behaviour Therapy; MBCT - Mindfulness Based Cognitive Behaviour Therapy.

Autor	Estudo	N	Principais conclusões
<i>Lindsay et al.</i> (45)1997	ECR	18	As reduções de sintomas associadas com terapia comportamental para POC são resultado de técnicas específicas de EPR.
<i>McLean et al.</i> (49) 2001	ECR	76	EPR em grupo foi superior à TCC em grupo e ambas foram superiores á lista de espera.
<i>Cottraux et al.</i> (50) 2001	ECR	65	TCg e EPR mostraram-se igualmente eficazes para a POC, sem diferença significativa entre os grupos.
<i>Whittal et al.</i> (44) 2005	ECR	71	Não foi encontrada diferença significativa nos pacientes que receberam TCg ou EPR.
<i>Sousa et al.</i> (54) 2006	ECR	66	TCg+ EPR em grupo é igualmente eficaz à medicação com sertralina. A taxa de remissão de sintomas, a redução da intensidade das compulsões e a percentagem de pacientes que obtiveram remissão total foram significativamente maiores no grupo tratado com TCg+EPR em grupo.
<i>Whittal et al.</i> (51) 2008	ECR	75	Tanto a EPR como a TCg se apresentaram como eficazes no tratamento da POC.
<i>Simpson et al.</i> (46) 2013	ECR	100	Os pacientes que receberam EPR responderam melhor ao tratamento que os randomizados para risperidona ou placebo.

<i>Foa et al. (47) 2013</i>	ECR	111	Os pacientes randomizados e a receber EPR versus controlo do stress obtiveram desfechos significativamente melhores e maiores taxas de resposta.
<i>Öst et al. (53) 2015</i>	Meta-análise	37 ECR 2414 participantes	Não há ganho adicional na combinação de ERP e TCg. Cada um leva a bons efeitos no Y-BOCS por conta própria, sem diferença significativa entre eles. A TCC tem efeitos melhores do que a medicação antidepressiva; A adição de TCC aos antidepressivos leva a um efeito melhor do que o do que antidepressivos em monoterapia; O formato (individual ou grupo) não afeta os outcomes.
<i>Skapinakis et al. (31) 2016</i>	Meta-análise	54 ECR 6652 participantes	EPR+TCg+TCC são mais eficazes que do que terapêutica farmacológica, no entanto, é provável que as intervenções psicoterapêuticas e psicofarmacológicas em conjunto sejam mais eficazes do que as intervenções psicoterapêuticas sozinhas.
<i>Rector et al. (52) 2018</i>	ECR	127	EPR+TCg levou a uma maior redução dos sintomas quando comparado com a ERP isolada.
<i>Twohig et al. (55), 2010</i>	ECR	79	ACT superior no tratamento da POC do que o treino de relaxamento progressivo.
<i>Kumar et al. (39) 2016</i>	ECR	27	MICBT é eficaz no tratamento de pacientes com obsessões predominantes sem compulsões evidentes.
<i>Key et al. (56) 2017</i>	ECR	30	Uso de MBCT para a POC como um reforço, é aceitável para pacientes que continuam a sofrer de sintomas obsessivo compulsivos mesmo após completarem TCC.
<i>Twohig et al. (57) 2018</i>	ECR	58	Semelhanças nos resultados imediatos e a longo prazo na ACT + EPR versus EPR.

### 3.11 Perturbação Obsessivo-Compulsiva Refratária ao Tratamento

Muitos dos pacientes com POC tratados com inibidores da recaptação da serotonina ou TCC não respondem totalmente ao tratamento e continuam a apresentar sintomas significativos. Portanto, há uma necessidade de outros agentes para aliviar os sintomas desses distúrbios.

Na sua meta-análise, *Hirschtritt et al.* (11), dizem nos que, aproximadamente um quarto dos pacientes com POC não atinge uma resposta ao tratamento após farmacoterapia SSRI ou TCC.

A APA diz-nos que, quando uma boa resposta não é alcançada após 13-20 semanas de TCC ambulatorial semanal, 3 semanas de TCC diária ou 8-12 semanas de tratamento ISRS (incluindo 4-6 semanas na maior tolerância tolerada), o psiquiatra deve decidir com o paciente quando e como alterar o tratamento (8).

No entanto, o psiquiatra deve primeiro considerar a possível contribuição de vários fatores como a interferência por condições concomitantes, adesão inadequada do paciente ao tratamento, presença de stress psicossocial, nível de acomodação dos familiares aos sintomas obsessivo-compulsivos e uma incapacidade de tolerar um teste adequado de psicoterapia ou as doses máximas da medicação recomendadas.

Assim, quando um paciente não consegue atingir o alívio dos sintomas num teste de ISRS, TCC ou sua combinação, opções razoáveis incluem mudar para um ISRS diferente ou clomipramina, ou potenciação com medicamentos adicionais.

Existem muitas estratégias para reforçar a resposta ao tratamento em pacientes que não respondem à primeira ou segunda linha de tratamento, desde a adição de terapia cognitivo-comportamental, à potenciação com antipsicóticos, ou uma combinação de outros inibidores de recaptação de serotonina, anticonvulsivantes ou até mesmo o uso de procedimentos neurocirúrgicos, como está ilustrado no anexo V.

Os antipsicóticos provaram ser eficazes como reforço no tratamento refratário da POC em 30 % casos, no entanto, devido aos seus efeitos adversos são muitas vezes pouco tolerados, o que faz o clínico procurar outras estratégias. Agentes com perfis de segurança adequados e provas preliminares com redução dos sintomas da POC incluem a cetamina, riluzol, N-acetilcisteína, memantina, lamotrigina, celecoxib e ondansetron. Os benzodiazepínicos, que são eficazes para o tratamento a curto prazo de transtornos de ansiedade, têm eficácia limitada na POC (11).

E, curiosamente, embora apropriadamente visto como um tratamento de primeira linha para a POC, a TCC também é muito eficaz em pacientes com POC considerados refratários à farmacoterapia e pode ser usada como um tratamento de reforço.

No artigo “*Clinical practice guidelines for Obsessive-Compulsive Disorder*” (7) e em concordância com o acima citado, os investigadores apresentam várias possibilidades terapêuticas para os refratários à primeira linha de tratamento:

- a) Mudar para outro medicamento de primeira linha;
- b) Comutação/Aumento com TCC/TCg;
- c) Reforço com outra medicação como antipsicóticos, agentes glutamatérgico ou agentes serotoninérgicos;
- d) Outras estratégias experimentais como clomipramina endovenosa, que ainda não foram totalmente comprovadas como eficazes.

Como cerca de 20% dos pacientes não respondem aos tratamentos farmacológicos e psicológicos disponíveis. Tratamentos neuromoduladores e neurocirúrgicos alcançando os circuitos cortico-estriato-tálamo-cortical (CSTC) têm sido testados em pacientes resistentes ao tratamento, mas apenas após os tratamentos de primeira e segunda linha e quando as estratégias de reforço terapêutico bem apoiadas esgotam (8,26).

Incluído nos tratamentos neuromoduladores, temos a eletroconvulsivoterapia (ECT), a estimulação magnética transcraniana repetitiva (ETMr) e a estimulação de corrente contínua transcraniana. A literatura sobre ECT inclui uma série de casos individuais, alguns com grau de eficácia relatado. No entanto, a ECT não é usualmente recomendada como tratamento para a POC sendo mais considerada para o tratamento desta patologia quando esta se apresenta com comorbilidades como as perturbações de humor e psicoses graves. A ETMr e EMTc têm que ser avaliadas de forma mais sistemática antes de poder serem recomendadas para uso clínico na POC (4,8,26).

Por outro lado, a psicocirurgia tem sido usada e bem estudada por muitas décadas. Os procedimentos mais comuns são anteriores cingulotomia e capsulotomia anterior. Enquanto ambos os alvos cerebrais melhoram os sintomas da POC, a capsulotomia é mais frequentemente associada a eventos adversos graves, incluindo mudança de personalidade (4). Outro tratamento neurocirúrgico é a estimulação cerebral profunda (ECP), que tem vindo a mostrar-se eficaz em alguns estudos, com menor gravidade dos efeitos adversos. A ECP é um procedimento potencialmente reversível envolvendo estimulação de alta frequência de elétrodos implantados no cérebro (3,35).

É importante perceber que todos estes procedimentos, incluindo os cirúrgicos, devem ser considerados apenas em pacientes selecionados após avaliação cuidadosa dos pacientes quanto à refratariedade do tratamento, gravidade da doença e comorbilidades. Os pacientes devem ser esclarecidos sobre a possibilidade realista de benefícios e riscos, devendo ser avaliados por uma equipa multidisciplinar. O tratamento deve ser conduzido sob estreita colaboração de todos, com acompanhamento rigoroso dos efeitos adversos.

## 4. Conclusões Finais

Como vimos, a POC constitui um desafio clínico uma vez que não é totalmente compreendida a sua etiologia. Apesar de não ser uma patologia muito prevalente, pode comprometer gravemente o funcionamento psicossocial do indivíduo com limitações no desempenho de tarefas familiares, profissionais e sociais, o que demonstra que se torna cada vez mais importante melhorar a consciencialização da população em geral sobre este problema, bem como criar condições que permitam o rápido acesso aos tratamentos adequados, no sentido de minimizar o seu sofrimento e conseqüente impacto negativo na sua qualidade de vida, bem como daqueles que o rodeiam, em particular familiares e amigos.

Sem dúvida que nos últimos 40 anos, existiu um avanço enorme não só no diagnóstico como também no tratamento da POC. As taxas de resposta ao tratamento aumentaram significativamente e a recuperação está a tornar-se uma meta realista. O diagnóstico e a intervenção precoces, bem como uma abordagem de medicina centrada no doente, devem ser os objetivos centrais dos próximos anos para melhorar os resultados do tratamento e tornar a recuperação uma certeza para a maioria dos pacientes com POC.

Na prática, cada vez mais as técnicas cognitivas têm sido acrescentadas à terapia de EPR, e não usadas isoladamente, e a designação de Terapia Cognitivo-Comportamental foi adotada paulatinamente. As técnicas de EPR continuam a ser consideradas os ingredientes cruciais para a eliminação dos sintomas.

Os resultados dos estudos demonstraram a eficácia de EPR na redução dos sintomas da POC. Além disso, a maioria dos pacientes mantêm melhoria mesmo após o tratamento. A EPR é superior a uma variedade de tratamentos de controlo, incluindo medicação placebo, relaxamento e treino de controlo da ansiedade. Com base na grande evidência empírica a EPR é recomendada como tratamento de primeira linha para a POC, com a TCg como alternativa. A EPR associada à TCg resultou em benefícios significativos em pacientes com predominância de pensamentos obsessivos e a sua modalidade em grupo também produziu redução significativa dos sintomas obsessivos e compulsivos.

Conclui-se assim que a TCC é eficaz na POC e que está amplamente difundida para esta patologia, sendo que os tratamentos que têm evidência mais robusta são a EPR, a TCg ou as duas juntamente, tendo estas técnicas eficácia equivalente.

Assim, aos pacientes inicialmente incapazes de participar na EPR devem ser oferecidas abordagens de terapia cognitiva desenvolvidas especificamente para a POC que possam reduzir crenças intransigentes, intolerância à angústia e aversão ao risco. Considerando a heterogeneidade dos sintomas da POC, são necessárias pesquisas adicionais para determinar qual a abordagem mais adequada para cada sintoma, bem como, é necessário o desenvolvimento de estratégias para alcançar uma recuperação sustentada e eficaz (42).

No entanto, muito caminho há ainda para percorrer no que toca não só à patologia em si e seus mecanismos fisiopatológicos como no que toca ao tratamento, em que as recomendações se baseiam muitas vezes em estudos com várias limitações. Existe uma limitação importante que, até onde se sabe, não foi reconhecida antes: a maioria dos pacientes incluídos em ensaios que usavam exclusivamente intervenções psicoterapêuticas podiam continuar a tomar os seus medicamentos antidepressivos. Assim, a generalização desses resultados para intervenções psicoterapêuticas em pacientes que não tomam medicamentos antidepressivos concomitantes é difícil. Portanto, como os trabalhos existentes apresentam metodologias discrepantes, uma consideração importante para o futuro será uniformizar os métodos e os critérios de inclusão/exclusão de forma aos resultados serem mais pragmáticos.

Em estudos futuros, seria importante pensar em individualizar o tratamento da POC, tendo em conta que este deve ser específico do subtipo (em termos de dimensões dos sintomas e padrões de comorbilidade), específico da fase (numa perspetiva de estadiamento clínico), multimodal e sequencial e, mais importante, dimensional, integrando uma perspetiva em que os pacientes com POC são heterogéneos, tanto em termos de dimensões dos sintomas como de clusters de comorbilidades.

Outra questão pertinente relacionada com o tratamento é a abordagem multimodal e sequencial. De facto, embora o tratamento da POC seja frequentemente multimodal, ou seja, integração de medicação e psicoterapia, na prática clínica, nem sempre é claro qual deve ser a sequência desses diferentes tratamentos. E novamente, parece pertinente realizar uma abordagem específica de fase, para esclarecer qual intervenção deve acontecer em primeiro lugar, em cada estágio da doença.

O futuro passará também por perceber de uma maneira mais assertiva qual o papel das terapias de terceira geração e se estas podem ser declaradas mais fortes no tratamento da POC, uma vez que estes tratamentos ainda estão pouco estudados para a patologia em questão. Como vimos, as terapias chamadas de terceira geração, principalmente a ACT e as terapias baseadas em mindfulness podem ser abordagens pertinentes em determinados subtipos de pacientes, mas são necessários mais estudos para poder correlacionar e declarar a eficácia destas terapias na POC e compará-las também com as terapias mais eficazes e mais usadas atualmente. Além disso, torna-se importante estudar de uma forma mais afincada a importância do envolvimento da família no tratamento do adulto e a TCC administrada pela Internet, que pode oferecer uma oportunidade para superar barreiras ao tratamento efetivo, como distância e falta de especialistas treinados.

## 5. Anexos

### Anexo I. Critérios de Diagnóstico do DSM-5 (9).

#### Critérios Diagnósticos

300.3 (F42)

**A. Presença de obsessões, compulsões ou ambas:**

Obsessões são definidas por (1) e (2):

1. Pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que, em algum momento durante a perturbação, são experimentados como intrusivos e indesejados e que, na maioria dos indivíduos, causam acentuada ansiedade ou sofrimento.
2. O indivíduo tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação.

As compulsões são definidas por (1) e (2):

1. Comportamentos repetitivos (p. ex., lavar as mãos, organizar, verificar) ou atos mentais (p. ex., orar, contar ou repetir palavras em silêncio) que o indivíduo se sente compelido a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser rigidamente aplicadas.
2. Os comportamentos ou os atos mentais visam prevenir ou reduzir a ansiedade ou o sofrimento ou evitar algum evento ou situação temida; entretanto, esses comportamentos ou atos mentais não têm uma conexão realista com o que visam neutralizar ou evitar ou são claramente excessivos.

**Nota:** Crianças pequenas podem não ser capazes de enunciar os objetivos desses comportamentos ou atos mentais.

**B. As obsessões ou compulsões tomam tempo (p. ex., tomam mais de uma hora por dia) ou causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.**

**C. Os sintomas obsessivo-compulsivos não se devem aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica.**

**D. A perturbação não é mais bem explicada pelos sintomas de outro transtorno mental (p. ex., preocupações excessivas, como no transtorno de ansiedade generalizada; preocupação com a aparência, como no transtorno dismórfico corporal; dificuldade de descartar ou se desfazer de pertences, como no transtorno de acumulação; arrancar os cabelos, como na tricotilomania [transtorno de arrancar o cabelo]; beliscar a pele, como no transtorno de escoriação [skin-picking]; estereotípias, como no transtorno de movimento estereotipado; comportamento alimentar ritualizado, como nos transtornos alimentares; preocupação com substâncias ou jogo, como nos transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos; preocupação com ter uma doença, como no transtorno de ansiedade de doença; impulsos ou fantasias sexuais, como nos transtornos parafilias; impulsos, como nos transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta; ruminações de culpa, como no transtorno depressivo maior; inserção de pensamento ou preocupações delirantes, como nos transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos; ou padrões repetitivos de comportamento, como no transtorno do espectro autista).**

**Especificar se:**

**Com insight bom ou razoável:** O indivíduo reconhece que as crenças do transtorno obsessivo-compulsivo são definitiva ou provavelmente não verdadeiras ou que podem ou não ser verdadeiras.

**Com insight pobre:** O indivíduo acredita que as crenças do transtorno obsessivo-compulsivo são provavelmente verdadeiras.

**Com insight ausente/crenças delirantes:** O indivíduo está completamente convencido de que as crenças do transtorno obsessivo-compulsivo são verdadeiras.

**Especificar se:**

**Relacionado a tique:** O indivíduo tem história atual ou passada de um transtorno de tique.

### Anexo II. Critérios de Diagnóstico CID-10 (3).

#### ICD-10 diagnostic criteria for obsessive compulsive disorder

For a definite diagnosis, obsessional symptoms, compulsive acts, or both, must be present on most days for at least two successive weeks and be a source of distress or interference with activities. The obsessional symptoms should have the following characteristics:

- (1) Either obsessions or compulsions (or both) present on most days
- (2) Obsessions (intrusive thoughts, images, or doubts), which are repetitive, persistent, unwanted, and unpleasant and cause marked distress in most people
- (3) Compulsions are repetitive behaviours or mental acts that the person feels driven to perform
- (4) There are usually attempts to resist a compulsion (although resistance may be minimal in some cases)
- (5) Carrying out a compulsive act is not intrinsically pleasurable, but there may be some relief from distress

### Anexo III. Instrumentos úteis na avaliação da Perturbação Obsessivo-Compulsiva (7).

---

#### **Diagnostics interview schedules**

- The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)[42]
- Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5)[43]

#### **Severity rating scales**

- Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (YBOCS): symptom checklist and severity rating scale (adult and child versions)[9,10]
- Dimensional YBOCS (DYBOCS)[44]

#### **Scales to assess insight in OCD**

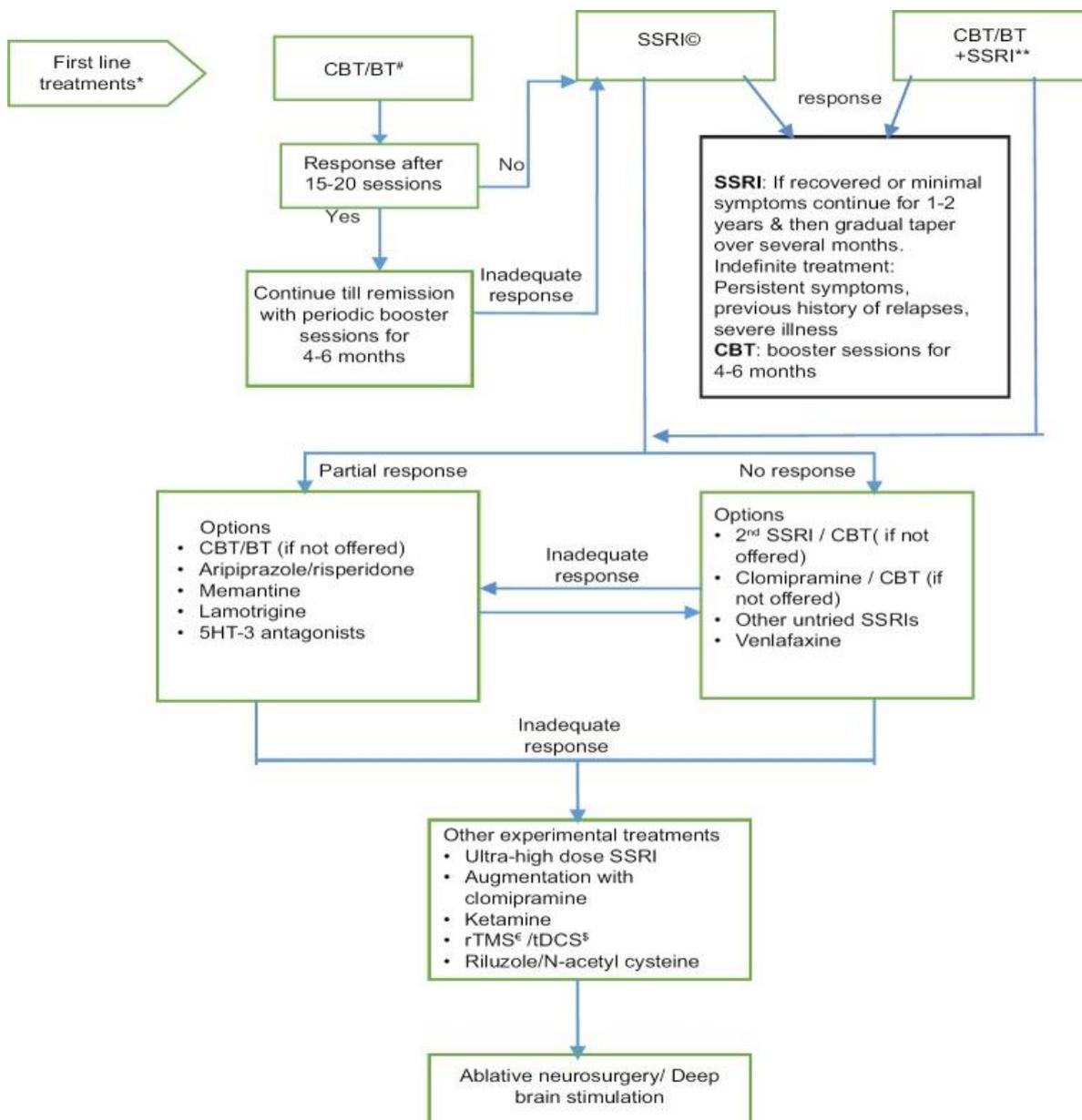
- Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (YBOCS), Item 11[9]
- Brown-Assessment of Beliefs Scale (BABS)[45]
- Overvalued Ideas scale (OVIS)[46]

**Obsessive-beliefs questionnaire (OBQ)** to measure beliefs underlying obsessions [47]

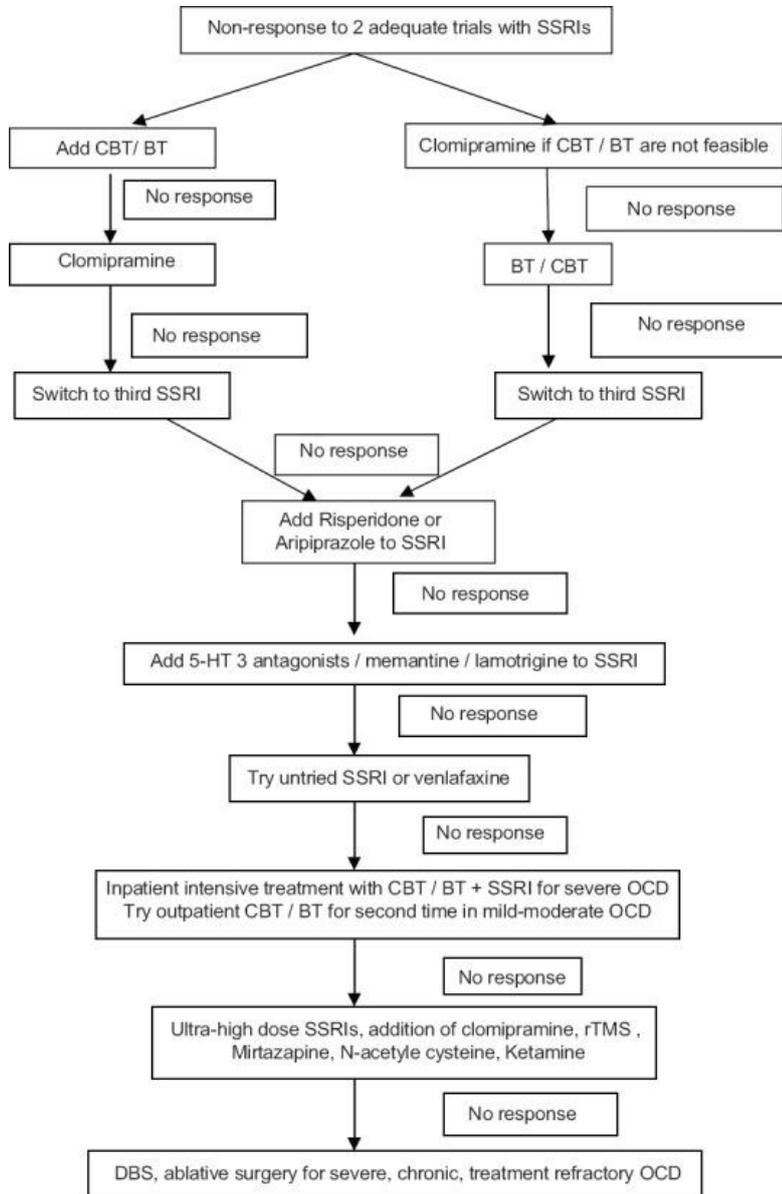
The **Family Accommodation Scale (FAS)** assesses the degree to which family members of those with OCD accommodate patient's compulsions/rituals[48]

---

Anexo IV. Algoritmo de tratamento para tratar um paciente com POC (7).



Anexo V. Estratégias para pacientes refratários ao tratamento (7).



## 6. Bibliografia

1. Fenske JN, Schwenk TL. Obsessive-compulsive disorder: Diagnosis and management. *Am Fam Physician* [Internet]. 2009;80(3):239-45. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Fenske+JN%2C+Schwenk+TL>
2. Figueira ML, Sampaio D, Afonso P. *Manual De Psiquiatria Clínica*. 10th-2014th ed. Lidel - Edições Técnicas, editor. Lisboa: Lidel; 2014. 472 p.
3. Veale D, Roberts A. Obsessive-compulsive disorder. *BMJ* [Internet]. 2014 Apr 7;348(apr07 6):g2183. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24709802>
4. Richter PMA, Ramos RT. Obsessive-Compulsive Disorder. *Contin Lifelong Learn Neurol* [Internet]. 2018;24(3, BEHAVIORAL NEUROLOGY AND PSYCHIATRY):828-44. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29851880>
5. Celina A, Campos P De. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSI- VO : REPERCUSSÕES NA DINÂMICA FAMILIAR OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER : EFFECTS ON FAMILY DYNAMICS. 2012.
6. Herbert JD, Forman EM. Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy: Understanding and Applying the New Therapies. In: Herbert JD, Forman EM, editors. *Acceptance and mindfulness in cognitive behaviour therapy Understanding and applying the new therapies*. John Wiley and Sons; 1 edition (November 23, 2010); 2011. p. 3-25.
7. Janardhan Reddy YC, Sundar AS, Narayanaswamy JC, Math SB. Clinical practice guidelines for Obsessive-Compulsive Disorder. *Indian J Psychiatry* [Internet]. 2017 Jan [cited 2018 Dec 17];59(Suppl 1):S74-90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28216787>
8. Koran LM, Hanna GL, Hollander E, Nestadt G, Simpson HB, American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2007 Jul [cited 2012 Aug 20];164(7 Suppl):5-53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17849776>
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition* [Internet]. 10th-2014th ed. Editores C, editor. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*. American Psychiatric Publishing, Inc; 2014. 991 p. Available from: <https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/DSM5Update2015.pdf>

10. Brakoulias V, Starcevic V, Belloch A, Brown C, Ferrao YA, Fontenelle LF, et al. Comorbidity, age of onset and suicidality in obsessive-compulsive disorder (OCD): An international collaboration. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2017 Jul;76:79-86. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010440X1630699X?via%3Dihub>
11. Hirschtritt ME, Bloch MH, Mathews CA. Obsessive-compulsive disorder advances in diagnosis and treatment. *JAMA - J Am Med Assoc* [Internet]. 2017;317(13):1358-67. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28384832>
12. Cowen P, Harrison P, Burns T. *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry* [Internet]. 7th ed. Oxford: Oxford University Press; 2012. 896 p. Available from: <http://www.oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199605613.001.0001/med-9780199605613>
13. Pauls DL, Abramovitch A, Rauch SL, Geller DA. Obsessive-compulsive disorder: An integrative genetic and neurobiological perspective. *Nat Rev Neurosci* [Internet]. 2014;15(6):410-24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/nrn3746>
14. Anderson KE, Savage CR. Cognitive and neurobiological findings in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* [Internet]. 2004;27(1):37-47. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15062629>
15. Dougherty DD, Brennan BP, Stewart SE, Wilhelm S, Widge AS, Rauch SL. Neuroscientifically Informed Formulation and Treatment Planning for Patients with Obsessive-Compulsive Disorder: A Review. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2018;75(10):1081-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30140845>
16. Grassi G, Pallanti S. Current and up-and-coming pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder in adults. *Expert Opin Pharmacother* [Internet]. 2018;19(14):1541-50. Available from: <https://doi.org/10.1080/14656566.2018.1528230>
17. Nakao T, Okada K, Kanba S. Neurobiological model of obsessive-compulsive disorder: Evidence from recent neuropsychological and neuroimaging findings. *Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2014;68(8):587-605. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24762196>
18. Hesselmark E, Bejerot S. Biomarkers for diagnosis of Pediatric Acute Neuropsychiatric Syndrome (PANS) - Sensitivity and specificity of the Cunningham Panel. *J Neuroimmunol* [Internet]. 2017;312(February):31-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jneuroim.2017.09.002>

19. Kurlan R, Kaplan EL. The pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infection (PANDAS) etiology for tics and obsessive-compulsive symptoms: hypothesis or entity? Practical considerations for the clinician. *Pediatrics* [Internet]. 2004;113(4):883-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15060240>
20. Pavone P, Rapisarda V, Serra A, Nicita F, Spalice A, Parano E, et al. Pediatric autoimmune neuropsychiatry disorder associated with group a streptococcal infection: The role of surgical treatment. *Int J Immunopathol Pharmacol* [Internet]. 2014;27(3):371-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25280028>
21. Horta Borges PÂ. Abordagem à perturbação obsessivo-compulsiva resistente ao tratamento. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2014.
22. Abramowitz JS, Blakey SM, Reuman L, Buchholz JL. New Directions in the Cognitive-Behavioral Treatment of OCD: Theory, Research, and Practice. *Behav Ther* [Internet]. 2018;49(3):311-22. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.09.002>
23. SPPSM | Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental [Internet]. [cited 2019 Jan 4]. Available from: <http://www.sppsm.org/>
24. World Health Organization. CID-10 [Internet]. 1992 [updated 2016]. [cited 2018 Dec 4]. Available from: <https://icd.who.int/browse10/2016/en>
25. Chaudhary R, Kumar P, Mishra B. Depression and risk of suicide in patients with obsessive-compulsive disorder: A hospital-based study. *Ind Psychiatry J* [Internet]. 2016 [cited 2018 Dec 18];25(2):166. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28659695>
26. Velloso P, Piccinato C, Ferrão Y, Perin EA, Cesar R, Fontenelle LF, et al. Clinical predictors of quality of life in a large sample of adult obsessive-compulsive disorder outpatients. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2018;86:82-90. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.07.007>
27. Sofia L, Frade M. Qualidade De Vida E Ansiedade Na Perturbação Obsessivo-Compulsiva. 2016;
28. Stewart E, Grunthal B, Collins L, Coles M. Public Recognition and Perceptions of Obsessive Compulsive Disorder. *Community Ment Health J* [Internet]. 2018;0(0):0. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10597-018-0323-z>
29. Dias MCM. Perturbação Obsessivo-Compulsiva e Suicídio. 2013;
30. Angelakis I, Gooding P, Tarrier N, Panagioti M. Suicidality in obsessive compulsive disorder (OCD): A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2015;39:1-15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.03.002>

31. Skapinakis P, Caldwell DM, Hollingworth W, Bryden P, Fineberg NA, Salkovskis P, et al. Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in file:///C:/Users/Joana Dias/Desktop/Standards of care for obsessive-compulsive.pdfadults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2016;3(8):730-9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30069-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30069-4)
32. Pérez-Álvarez M. Third-Generation Therapies : Achievements and challenges 1 Third-Generation Therapies : Achievements [Internet]. Vol. 12. 2015. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2012-11670-008>
33. Lucena-Santos P, Pinto-Couveia J, Oliveira M da S. *Terapias Comportamentais De Terceira Geração: Um Guia Para Profissionais*. Novo Hamburgo: Sinopsys; 2015. 526 p.
34. Thoma N, Pilecki B, McKay D. Contemporary Cognitive Behavior Therapy: A Review of Theory, History, and Evidence. *Psychodyn Psychiatry* [Internet]. 2015;43(3):423-61. Available from: <http://guilfordjournals.com/doi/10.1521/pdps.2015.43.3.423>
35. Rachman S. The evolution of behaviour therapy and cognitive behaviour therapy. *Behav Res Ther* [Internet]. 2015;64:1-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2014.10.006>
36. Hayes SC, Hofmann SG. The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry* [Internet]. 2017 Oct;16(3):245-6. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/wps.20442>
37. Cordioli AV. Cognitive-behavioral therapy in obsessive- compulsive disorder. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2008;30(Supl II):65-72. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462008000600003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000600003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
38. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behav Ther* [Internet]. 2004;35(4):639-65. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005789404800133>
39. Kumar A, Sharma M, Narayanaswamy J, Kandavel T, Janardhan Reddy Y. Efficacy of mindfulness-integrated cognitive behavior therapy in patients with predominant obsessions. *Indian J Psychiatry* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 3];58(4):366. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28196991>
40. Kahl KG, Winter L, Schweiger U. The third wave of cognitive behavioural therapies: What is new and what is effective? *Curr Opin Psychiatry* [Internet]. 2012;25(6):522-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22992547>

41. Foa EB. Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder. *Dialogues Clin Neurosci* [Internet]. 2010 [cited 2019 Jan 14];12(2):199-207. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20623924>
42. McKay D, Sookman D, Neziroglu F, Wilhelm S, Stein DJ, Kyrios M, et al. Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* [Internet]. 2015;227(1):104-13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.058>
43. Prazeres AM, Souza WF de, Fontenelle LF. [Cognitive-behavior therapy for obsessive-compulsive disorder: a systematic review of the last decade]. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2007;29:262-70. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med4&AN=17713699%5Cnhttp://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:medline&id=pmid:17713699&id=doi:&issn=1516-4446&isbn=&volume=29&issue=3&spage=262&pages=262-70&date=2007&title=Revista+Brasi>
44. Whittal ML, Thordarson DS, McLean PD. Treatment of obsessive-compulsive disorder: Cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behav Res Ther* [Internet]. 2005 Dec [cited 2019 Jan 9];43(12):1559-76. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15913543>
45. Lindsay M, Crino R, Andrews G. Controlled trial of exposure and response prevention in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry* [Internet]. 1997;171:135-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9337948>
46. Simpson HB, Foa EB, Liebowitz MR, Huppert JD, Cahill S, Maher MJ, et al. Cognitive-behavioral therapy vs risperidone for augmenting serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry* [Internet]. 2013 Nov [cited 2019 Jan 2];70(11):1190-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24026523>
47. Foa EB, Simpson HB, Liebowitz MR, Powers MB, Rosenfield D, Cahill SP, et al. Six-month follow-up of a randomized controlled trial augmenting serotonin reuptake inhibitor treatment with exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2013 May [cited 2019 Jan 2];74(5):464-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23759449>
48. Wheaton MG, Galfalvy H, Steinman SA, Wall MM, Foa EB, Simpson HB. Patient adherence and treatment outcome with exposure and response prevention for OCD: Which components of adherence matter and who becomes well? *Behav Res Ther* [Internet]. 2016 [cited 2018 Dec 17];85:6-12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27497840>

49. McLean PD, Whittal ML, Thordarson DS, Taylor S, Söchting I, Koch WJ, et al. Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2001 Apr [cited 2019 Jan 14];69(2):205-14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11393598>
50. Cottraux J, Note I, Yao SN, Lafont S, Note B, Mollard E, et al. A Randomized Controlled Trial of Cognitive Therapy versus Intensive Behavior Therapy in Obsessive Compulsive Disorder. *Psychother Psychosom* [Internet]. 2001 [cited 2019 Jan 9];70(6):288-97. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11598428>
51. Whittal ML, Robichaud M, Thordarson DS, McLean PD. Group and individual treatment of obsessive-compulsive disorder using cognitive therapy and exposure plus response prevention: A 2-year follow-up of two randomized trials. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2008;76(6):1003-14. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0013076>
52. Rector NA, Richter MA, Katz D, Leybman M. Does the addition of cognitive therapy to exposure and response prevention for obsessive compulsive disorder enhance clinical efficacy? A randomized controlled trial in a community setting. *Br J Clin Psychol* [Internet]. 2018; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Does+the+addition+of+cognitive+therapy+to+exposure+and+response+prevention+for+obsessive+compulsive+disorder+enhance+clinical+efficacy%3F+A+randomized+controlled+trial+in+a+community+setting>
53. Öst LG, Havnen A, Hansen B, Kvale G. Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993-2014. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2015;40:156-69. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.003>
54. Sousa MB, Isolan LR, Oliveira RR, Manfro GG, Cordioli A V. A randomized clinical trial of cognitive-behavioral group therapy and sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2006 Jul [cited 2019 Jan 9];67(7):1133-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16889458>
55. Twohig MP, Hayes SC, Plumb JC, Pruitt LD, Collins AB, Hazlett-Stevens H, et al. A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2010 Oct [cited 2019 Jan 15];78(5):705-16. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20873905>
56. Key BL, Rowa K, Bieling P, McCabe R, Pawluk EJ. Mindfulness-based cognitive therapy as an augmentation treatment for obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Psychother* [Internet]. 2017 Sep [cited 2019 Jan 3];24(5):1109-20. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/cpp.2076>

57. Twohig MP, Abramowitz JS, Smith BM, Fabricant LE, Jacoby RJ, Morrison KL, et al. Adding acceptance and commitment therapy to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Behav Res Ther* [Internet]. 2018;108:1-9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.06.005>