

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

JULIANA BRAGA GOMES

**AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE
ACOMODAÇÃO FAMILIAR PARA TRANSTORNO OBSESSIVO-
COMPULSIVO – VERSÃO PONTUADA PELO ENTREVISTADOR (FAS-IR)
E DO IMPACTO DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM
GRUPO NA ACOMODAÇÃO FAMILIAR**

Porto Alegre

2015

JULIANA BRAGA GOMES

**AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE
ACOMODAÇÃO FAMILIAR PARA TRANSTORNO OBSESSIVO-
COMPULSIVO – VERSÃO PONTUADA PELO ENTREVISTADOR (FAS-IR)
E DO IMPACTO DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM
GRUPO NA ACOMODAÇÃO FAMILIAR**

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

Orientadora: Profa Dra Elizeth Heldt

Porto Alegre

2015

CIP - Catalogação na Publicação

Gomes, Juliana Braga

Avaliação das propriedades psicométricas da Escala de Acomodação Familiar para Transtorno Obsessivo-Compulsivo - Versão Pontuada pelo Entrevistador (FAS-IR) e do impacto da terapia cognitivo-comportamental em grupo na acomodação familiar / Juliana Braga Gomes. -- 2015.

132 f.

Orientador: Elizeth Heldt.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Transtorno Obsessivo-Compulsivo. 2. Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo. 3. Acomodação Familiar. I. Heldt, Elizeth, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Elizeth Heldt, pelos ensinamentos, disponibilidade e confiança, o que foi muito importante nessa trajetória.

Aos pacientes e seus familiares, que aceitaram participar e acreditaram na relevância da pesquisa, mostrando-se solícitos em todos os momentos.

Ao Professor Aristides Volpato Cordioli, pelo ensino, apoio e amizade.

Às colegas de pesquisa e amigas Ana Cristina Wesner, Andressa Behenck, Cristiane Bortoncello, Daniela Braga e Francine Gonçalves, por toda a convivência e parceria, deixando a caminhada mais leve.

À estatística Ceres Oliveira, pela disponibilidade e colaboração na realização deste trabalho.

À minha família, por todo o amor, em especial ao meu pai, pela intensa dedicação em todos os momentos, demonstrando sempre preocupação em me auxiliar e me ver bem. À minha mãe, pelo afeto, incentivo e ajuda. Aos meus avós, irmãos, cunhadas e sobrinhos, por todo o carinho e união. Ao meu marido Henrique, pelo amor, companheirismo e apoio. À minha querida e amada cachorrinha Zuca, companheira em todos os momentos, e à sua filha, a doce e alegre Maia. Amo muito vocês!

Ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria da UFRGS e a seus professores, pela oportunidade de aprendizado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de pesquisa fornecida.

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

RESUMO

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é uma doença crônica que causa prejuízos para o paciente, bem como para a maioria dos familiares. Frequentemente interfere no funcionamento familiar, pois muitas vezes os membros da família modificam suas rotinas devido aos sintomas do paciente. Esses comportamentos observados nos familiares são chamados de acomodação familiar (AF). Os comportamentos de AF podem reforçar os sintomas do paciente e, conseqüentemente, contribuir para a manutenção da doença. A AF tem sido correlacionada com maior gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos e está associada a resposta menos satisfatória a tratamento, por exemplo, terapia cognitivo-comportamental. No entanto, estudos que avaliam o impacto de intervenções para o TOC na AF em curto e longo prazos ainda são escassos. Esta tese é composta de três artigos com os seguintes objetivos: 1) analisar as propriedades psicométricas da versão adaptada para o Brasil da Escala de Acomodação Familiar para o TOC – versão pontuada pelo entrevistador (FAS-IR); 2) verificar o impacto da terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG), com duas sessões destinadas a família, na AF e identificar as variáveis sociodemográficas e clínicas preditoras de redução da AF após as 12 sessões de tratamento (curto prazo); e 3) avaliar o impacto da TCCG na AF 3 anos após o término do tratamento e verificar a correlação entre a gravidade dos sintomas do TOC e AF em longo prazo. Trata-se de um estudo com pacientes com diagnóstico de TOC e seus respectivos familiares. Para a avaliação dos sintomas obsessivo-compulsivos, foram aplicados os seguintes instrumentos: Inventário de Obsessões e Compulsões – Revisado (OCI-R), Escala Obsessivo-Compulsivo de Yale-Brown (Y-BOCS) e Escala de Impressão Clínica Global (CGI). Também foram aplicados os Inventários de Beck para Depressão (BDI) e Ansiedade (BAI), além da Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos de Eixo I do DSM-IV, Versão Clínica (SCID-I), para a verificação de possíveis comorbidades. Para a avaliação da AF, a FAS-IR foi aplicada nos familiares. Após o estudo de validação da FAS-IR, foi realizado um ensaio clínico randomizado com alocação aleatória dos pacientes para o grupo intervenção (12 sessões de TCCG, sendo duas com a participação dos familiares) ou para o grupo controle (lista de espera). Por fim, foi realizado um estudo de seguimento naturalístico 3 anos após o término da TCCG. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Observou-se que a versão da FAS-IR em português brasileiro apresenta propriedades psicométricas satisfatórias, reforçando que este instrumento se mostra confiável para avaliar a participação e modificação da rotina dos familiares em decorrência dos sintomas dos pacientes. No que se refere ao tratamento realizado, o ensaio clínico randomizado compreendeu uma amostra de 98 pares de pacientes com TOC e seus respectivos familiares, sendo que 52 (53.1%) foram randomicamente alocados para o grupo intervenção e 46 (46.9%) para a lista de espera. Houve melhora significativa de todos os sintomas de TOC e também da AF após TCCG no grupo intervenção quando comparado ao grupo controle ($p < 0,001$). As seguintes variáveis foram preditoras de redução da AF após a análise multivariada: características dos pacientes – ausência de comorbidade com transtorno unipolar ($\beta = 0,338$; $p = 0,014$), pontuação mais baixa de obsessão ($\beta = 0,244$; $p = 0,045$) e maior nível de escolaridade ($\beta = -0,351$; $p = 0,006$); e características dos familiares – pontuação mais elevada de sintomas de colecionismo ($\beta = -0,461$; $p = 0,001$). O modelo explicou 47,2% da variação na AF após a TCCG. No estudo de seguimento, foi observado que os resultados de redução na AF obtidos ao final da TCCG se mantiveram ao longo do tempo (3 anos). Os resultados do presente estudo somam-se às evidências atuais, não somente

confirmando que a TCCG é efetiva na redução dos sintomas do TOC, mas também por mostrar que a TCCG com uma breve participação dos familiares com foco na AF contribui para reduzir os níveis de envolvimento da família nos sintomas do paciente, e que esses resultados se mantêm ao longo do tempo. Algumas características dos pacientes e dos familiares foram preditoras da redução da AF, um resultado que pode contribuir para a qualificação dos protocolos de TCCG atualmente empregados. Este é o primeiro estudo a avaliar o impacto da TCCG (com a participação da família em duas sessões) na AF em curto e longo prazos. A partir dos resultados, pode-se concluir que é importante avaliar a AF permanentemente, assim como incluir a família no tratamento para o TOC.

Palavras-chave: Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo. Acomodação Familiar.

ABSTRACT

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a chronic illness that negatively affects the lives of patients and usually of family members as well. It frequently interferes with family functioning, as very often family members modify their routines because of the patient's symptoms. These behaviors observed among family members are referred to as family accommodation (FA). FA behaviors can reinforce the patient's symptoms and thus contribute to maintain the disorder. FA has been correlated with an increased severity of obsessive-compulsive symptoms and is associated with poorer response to treatment approaches, e.g., cognitive-behavioral therapy. However, there is a scarcity of studies designed to assess the impact of interventions for OCD on FA in both short and long terms. The present thesis includes three research articles, which had the following objectives: 1) to analyze the psychometric properties of the Brazilian version of the Family Accommodation Scale for OCD – Interviewer-Rated (FAS-IR); 2) to assess the impact of cognitive-behavioral group therapy (CBGT) with the involvement of family members in two sessions on FA and to identify sociodemographic and clinical variables predictive of FA reduction after the 12 treatment sessions (short term); and 3) to assess the impact of CBGT on FA 3 years after completion of the program and to investigate the correlation between severity of OCD symptoms and FA in the long term. The study included patients with a diagnosis of OCD and their family members. Obsessive-compulsive symptoms were assessed using the following instruments: Obsessive-Compulsive Inventory – Revised (OCI-R), Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS), and Clinical Global Impressions Scale (CGI). Beck Depression (BDI) and Anxiety (BAI) Inventories, as well as the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-I), were also administered to investigate the presence of possible comorbidities. FA was assessed using the FAS-IR, administered to family members. Upon completion of the FAS-IR validation study, a randomized clinical trial was conducted, randomly assigning patients to either the intervention group (12 sessions of CBGT, of which two involved family members) or to a control group (waiting list). Finally, a naturalistic follow-up study was conducted 3 years after completion of the CBGT program. The study was approved by the Research Ethics Committee of Hospital de Clínicas de Porto Alegre. We found that the Brazilian Portuguese version of the FAS-IR had sound psychometric properties, reinforcing that this is a reliable instrument for assessing the participation and modifications of the routines of family members as a result of the patient's symptoms. With regard to treatment outcomes, the randomized clinical trial included a sample of 98 pairs of patients with OCD and their family members, of which 52 (53.1%) were randomly allocated to the intervention group and 46 (46.9%) to the waiting list. There was a significant improvement of all OCD symptoms and also of FA levels after CBGT in the intervention group when compared to the control group ($p < 0.001$). The following variables were predictors of FA reduction after the multivariate analysis: patient characteristics – absence of comorbid unipolar disorder ($\beta = 0.338$; $p = 0.014$), a lower obsession score ($\beta = 0.244$; $p = 0.045$), and higher education level ($\beta = -0.351$; $p = 0.006$); and family member characteristics – a higher hoarding score ($\beta = -0.461$; $p = 0.001$). The model explained 47.2% of the variance in FA scores after CBGT. Finally, in the follow-up study, the FA reduction results obtained at the end of CBGT were found to remain in the long term (3 years). These results add to the current body of evidence not only by confirming that CBGT is effective in reducing OCD symptoms, but also by showing that CBGT with a brief family intervention

focused on FA contributes to reduce the level of involvement of family members in the patient's symptoms, and that these results are maintained over time. Some patient and family member characteristics were found to predict FA reduction, a finding that can contribute to qualify the CBGT protocols currently employed. This is the first study to assess the impact of CBGT (with the participation of family members in two sessions) on FA in both short and long terms. These findings underscore the importance of permanently assessing FA, as well as of involving family members in the treatment of patients with OCD.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder. Cognitive-Behavioral Group Therapy. Family Accommodation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Introdução

Quadro 1 - Sessões da terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) para o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). 18

Figura 1 - A acomodação familiar nos sintomas do transtorno obsessivo-compulsivo. 21

Artigo 2

Figure 1 - Flow chart of the patient selection process. 70

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

- Table 1 - Inter-rater and test-retest reliability of the Brazilian version of the FAS-IR. 45
- Table 2 - Exploratory factor analysis of the Brazilian version of the FAS-IR (n=114). 46

Artigo 2

- Table 1 - Sociodemographic and clinical characteristics of patients and family members at baseline. 66
- Table 2 - Symptom severity in patients (CBGT and control groups) before and after the intervention. 68
- Table 3 - Symptom severity in family members (CBGT and control groups) before and after the intervention. 69

Artigo 3

- Table 1 - Symptoms before and after CBGT and at 3-year follow-up. 77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Acomodação familiar
BAI	Inventário de Ansiedade Beck
BDI	Inventário de Depressão Beck
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CGI	Escala de Impressão Clínica Global
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EPR	Exposição e prevenção de resposta
FAS	Family Accommodation Scale
FAS-IR	Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder: Interviewer-Rated (Escala de Acomodação Familiar para Transtorno Obsessivo-Compulsivo: versão pontuada pelo entrevistador)
FIPE-HCPA	Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos/Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
OCI-R	Inventário de Obsessões e Compulsões- Revisado
PROTAN	Programa de Transtornos de Ansiedade
SCID-I	Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos de Eixo I do DSM-IV (Versão Clínica)
TCC	Terapia cognitivo-comportamental
TCCG	Terapia cognitivo-comportamental em grupo
TOC	Transtorno obsessivo-compulsivo
Y-BOCS	Escala Obsessivo-Compulsivo de Yale-Brown

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	12
2 INTRODUÇÃO.....	14
2.1 TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO.....	14
2.2 O TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO E O DSM-5	15
2.3 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA O TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO	16
2.4 O IMPACTO DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO NA FAMÍLIA.....	19
2.4.1 Acomodação familiar	20
2.4.2 Avaliação da acomodação familiar aos sintomas do transtorno obsessivo- compulsivo.....	21
2.4.3 Fatores associados à acomodação familiar	23
2.4.4 Tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo e acomodação familiar	23
3 OBJETIVOS	25
3.1 OBJETIVO GERAL	25
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	26
REFERÊNCIAS.....	27
5 ARTIGOS.....	32
5.1 ARTIGO 1: Family Accommodation Scale for Obsessive–Compulsive Disorder - Interviewer-Rated (FAS-IR), Brazilian Portuguese version: Internal consistency, reliability, and exploratory factor analysis	32
5.2 ARTIGO 2: Impact of cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder on family accommodation: a randomized clinical trial	47
5.3 ARTIGO 3: Obsessive-compulsive disorder and family accommodation: a 3-year follow- up	71

6 CONCLUSÕES.....	78
APÊNDICE A – PROTOCOLO DE PESQUISA	80
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PACIENTES.....	100
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA FAMILIARES	101
ANEXO A – ARTIGO: TRANSLATION AND ADAPTATION INTO BRAZILIAN PORTUGUESE OF THE FAMILY ACCOMMODATION SCALE FOR OBSESSIVE- COMPULSIVE DISORDER – INTERVIEWER-RATED (FAS-IR).....	102
ANEXO B – ARTIGO: PATIENT AND FAMILY FACTORS ASSOCIATED WITH FAMILY ACCOMMODATION IN OBSESSIVE–COMPULSIVE DISORDER	106
ANEXO C - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	132

1 APRESENTAÇÃO

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) caracteriza-se pela presença de sintomas que envolvem alterações do pensamento (obsessões) e alterações do comportamento (rituais e evitações)¹. Apresenta um curso crônico e frequentemente progressivo quando não tratado². A presença de sintomas obsessivo-compulsivos reduz a qualidade de vida e o funcionamento psicossocial dos pacientes³, além de interferir significativamente no funcionamento familiar⁴, particularmente na vida pessoal do familiar cuidador⁵.

Pacientes com TOC sofrem com dúvidas e indecisões frequentes, o que leva à necessidade de reassuramentos e, conseqüentemente, o envolvimento dos familiares em seus rituais. O processo pelo qual os familiares auxiliam e participam dos rituais dos pacientes é denominado de acomodação familiar (AF)⁶. Os estudos que avaliaram AF encontraram uma alta prevalência, com taxas variando entre 88,2%⁶ e 98,2%⁷, sendo os comportamentos de AF mais frequentes os de reassurar (tranquilizar) e de participar dos rituais do paciente⁶⁻⁹. Em relação ao tratamento do TOC, estudos revelaram que uma maior AF está associada a resposta menos satisfatória à terapia cognitivo-comportamental (TCC) e/ou à farmacoterapia^{10,11}.

Portanto, um aspecto importante é a inclusão do familiar no tratamento de pacientes com TOC¹². Nesse sentido, intervenções específicas para abordar o envolvimento da família nos sintomas do paciente podem impactar positivamente tanto para o paciente como para o familiar¹³. No entanto, estudos que avaliem o envolvimento da família e o impacto da TCC na AF ainda são escassos em pacientes adultos.

Atualmente, a psicoterapia de primeira escolha para o TOC é a TCC¹⁴. No Programa de Transtornos de Ansiedade (PROTAN) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), o tratamento de pacientes com TOC com terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) vem sendo realizado há mais de 15 anos, tendo-se mostrado efetiva em ensaios clínicos randomizados de curto¹⁵ e longo prazos¹⁶. O protocolo de TCCG é realizado em 12 sessões e inclui os familiares em dois momentos¹⁷.

A avaliação do envolvimento da família nos sintomas do TOC do paciente é mais recente em nosso meio e iniciou com a tradução e adaptação para o português da Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder: Interviewer-Rated (FAS-IR)¹⁸. O processo metodológico objetivou a equivalência semântica, e o resultado foi a escala FAS-IR

adaptada transculturalmente para o Brasil (Anexo A). A etapa seguinte foi a avaliação da AF utilizando a FAS-IR em uma amostra de pacientes com TOC e seus respectivos familiares⁷. Entre os resultados encontrados estiveram a alta prevalência da acomodação, em 98,2% dos familiares, e a associação significativa positiva entre maior AF e maior gravidade dos sintomas do paciente. Também houve associação significativa com a presença de sintomas de colecionismo nos familiares e com a relação de parentesco (Anexo B).

Considerando que os comportamentos de AF podem reforçar os sintomas de TOC do paciente e, conseqüentemente, contribuir para a manutenção da doença, novas questões de pesquisa surgiram. A presente tese é composta de uma introdução que revisa a literatura sobre o tema e três artigos com os resultados da pesquisa. O primeiro artigo trata da análise das propriedades psicométricas da FAS-IR adaptada para o português. Foi realizado um estudo metodológico para verificar a consistência interna, confiabilidade e análise exploratória do instrumento. Os resultados estão apresentados no Artigo 1, que já está publicado¹⁹.

O segundo artigo apresenta o ensaio clínico randomizado realizado para avaliar o impacto da TCCG para o TOC com duas sessões destinadas à família na AF (Artigo 2). O terceiro artigo avalia os resultados de 3 anos de seguimento dos pacientes com TOC tratados com TCCG na AF (Artigo 3). Este é o primeiro estudo que avalia a AF ao longo do tempo em familiares de pacientes adultos que realizaram a TCCG para o TOC.

2 INTRODUÇÃO

2.1 TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

O TOC se caracteriza pela presença de sintomas que envolvem alterações do pensamento (obsessões) e alterações do comportamento (compulsões e evitações). As obsessões são pensamentos, impulsos e imagens intrusivos e indesejáveis, que causam acentuada ansiedade ou desconforto para a maioria dos indivíduos. As compulsões ou rituais referem-se aos comportamentos repetitivos ou atos mentais que são realizados com a intenção de aliviar a ansiedade, o medo ou o desconforto associado a uma obsessão, ou de acordo com regras que devem ser aplicadas rigidamente¹.

De acordo com estudos recentes, o TOC tem uma prevalência aproximada de 2 a 3% e apresenta um curso crônico e frequentemente progressivo quando não tratado². Acomete principalmente indivíduos jovens no final da adolescência, embora os primeiros sintomas possam se manifestar na infância¹. O início dos sintomas obsessivo-compulsivos, na maioria das vezes, é insidioso, e nem sempre é percebido pelos familiares²⁰. É considerado uma doença multifatorial, que envolve questões genéticas e ambientais entre os fatores de risco²¹, tendo os familiares de 1º grau de portadores do TOC quatro vezes mais chances de desenvolver a doença²².

O TOC é considerado um transtorno mental heterogêneo, devido à diversidade dos sintomas. Embora o conteúdo específico das obsessões e compulsões varie entre os indivíduos, certas dimensões dos sintomas são comuns. Diferentes subgrupos de sintomas são propostos na literatura e vêm sendo estudados, pois muitas vezes apresentam características distintas – por exemplo, resposta ao tratamento. As dimensões mais comuns são: obsessões por contaminação e compulsões por limpeza; obsessões por simetria e compulsões de repetição, organização e contagem; obsessões de conteúdos agressivos, sexuais e religiosos e compulsões relacionadas; e medo de ferir a si mesmo ou aos outros e compulsões de verificação relacionadas¹. É comum o portador do TOC apresentar mais de uma dimensão de sintomas obsessivo-compulsivos.

Os sintomas do TOC consomem tempo, causam sofrimento e interferem significativamente na vida do indivíduo, com prejuízos principalmente nas relações sociais e familiares e no desempenho ocupacional¹⁷.

De acordo com o *Practice Guideline* da Associação Americana de Psiquiatria, os tratamentos mais eficazes para TOC são a TCC e/ou medicação. Os inibidores seletivos da recaptação da serotonina, a clomipramina, e a TCC são considerados os tratamentos de primeira linha¹⁴. Os psicofármacos administrados a pacientes com TOC apresentam ação antiobsessiva comprovada, diminuindo e até eliminando sintomas²³. Foram encontradas alterações benéficas similares na função cerebral tanto com o tratamento comportamental quanto com o medicamentoso, demonstrando a inter-relação dos aspectos biológicos e psicológicos do TOC²⁴. Portanto, a recomendação, sempre que possível, é a realização do tratamento combinado, associando a TCC com medicação¹⁷.

2.2 O TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO E O DSM-5

Na 4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR), o TOC estava incluído entre os transtornos de ansiedade²⁵. Apesar de a ansiedade ser um sintoma comum ao TOC e aos demais transtornos de ansiedade, na 5ª edição do DSM (DSM-5), o TOC foi inserido como um capítulo à parte, intitulado “Transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados”¹. Essa separação aconteceu devido à necessidade de agrupar o TOC a outros transtornos, como o transtorno dismórfico corporal, o transtorno de acumulação, a tricotilomania e o transtorno de escoriação (*skin picking*)¹. Essa união reflete a crescente evidência de que esses transtornos estão relacionados entre si, com características em comum, como preocupações e comportamentos repetitivos.

Foram feitas alterações na redação dos critérios diagnósticos do TOC. Os sintomas de acumulação (caracterizados pela dificuldade persistente de descartar ou se desfazer de pertences, independentemente de seu valor real, devido a uma forte percepção da necessidade de conservá-los e do sofrimento associado ao seu descarte) vivenciados por uma parcela dos pacientes com TOC passaram a ser chamados de transtorno de acumulação, o qual está incluído no mesmo grupo, porém como um transtorno independente. Isso ocorreu porque, nos últimos anos, encontraram-se evidências sugerindo que a acumulação compulsiva é um transtorno distinto do TOC, devido à neurofisiologia e a características genéticas específicas²⁶.

Os acumuladores, na maior parte das vezes, não apresentam motivação para o tratamento, uma vez que o desconforto está, na verdade, vinculado ao descarte dos objetos guardados. Geralmente, o transtorno de acumulação ocasiona sofrimento e impacta a qualidade de vida dos familiares, que precisam conviver com ambientes caóticos e muitas vezes impróprios para moradia^{27,28}.

O presente estudo foi iniciado no período em que a referência era o DSM-IV-TR²⁵. No entanto, não houve em nossa amostra nenhum paciente com sintomas apenas de acumulação compulsiva, embora muitos pacientes apresentassem esses sintomas juntamente com outras dimensões do TOC.

2.3 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA O TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

A TCC é a abordagem psicoterápica indicada para o tratamento do TOC, sendo efetiva na redução dos sintomas obsessivo-compulsivos em aproximadamente 70% dos casos¹⁷. Para o tratamento do TOC, nessa abordagem, utiliza-se como base a técnica de exposição e prevenção de resposta (EPR) associada a técnicas cognitivas.

A EPR tem como meta a eliminação dos sintomas do TOC por meio da mudança de comportamentos. Propõe-se que o paciente, de forma gradual, entre em contato direto com os objetos, locais ou situações que lhe provocam medo ou desconforto (exposição) e que deixe de executar os rituais ou outras manobras para aliviar ou neutralizar o desconforto (prevenção de rituais ou prevenção de resposta). Num primeiro momento, o paciente sofre um aumento instantâneo do medo ou desconforto, mas, a cada nova exposição, a intensidade diminui, podendo, com as repetições, desaparecer por completo (habituação). Dessa forma ocorre a eliminação dos sintomas¹⁷.

As técnicas cognitivas visam à correção das interpretações distorcidas e das crenças disfuncionais, auxiliando na adesão aos exercícios de EPR, principalmente para os casos em que predominam as obsessões. Desta forma, o paciente é estimulado a lidar com seus pensamentos como se fossem hipóteses, examinando-os quanto à sua veracidade e procurando alternativas mais coerentes e próximas da realidade¹⁷.

Diversos ensaios clínicos, realizados tanto individualmente como em grupo, comprovaram a efetividade da TCC em reduzir os sintomas do TOC^{15,29-32}. Em um estudo que

comparou a TCCG com a TCC desenvolvida individualmente, os resultados positivos foram semelhantes nas duas modalidades de tratamento³⁰. Em outro estudo realizado em nosso meio, que acompanhou por 2 anos os pacientes que realizaram a TCCG, observou-se que os resultados obtidos no final do tratamento se mantiveram ao longo do tempo³³.

A TCCG para o TOC realizada no HCPA é composta de 12 sessões semanais, cada uma com duração de 2 horas. Os grupos são coordenados por dois terapeutas com experiência prévia em TCCG, e cada grupo tem, em média, oito pacientes com TOC como diagnóstico principal^{17,34}.

O tratamento em grupo proporciona a possibilidade de compartilhar experiências com outras pessoas que apresentam os mesmos problemas. Frequentemente, os pacientes se apoiam, motivando uns aos outros na eliminação dos sintomas. Durante as sessões, são discutidos diversos assuntos relevantes ao tratamento, e os pacientes são estimulados a participar, trazendo seus depoimentos e fazendo perguntas³⁵. Um recente estudo concluiu que os fatores terapêuticos de grupo (por exemplo, universalidade) influenciam positivamente na resposta à TCCG³⁶.

A TCCG tem como base um manual de terapia, o qual prevê um material estruturado para cada sessão^{17,34}. Resumidamente, o tratamento inclui psicoeducação, técnicas de ERP, técnicas cognitivas para corrigir pensamentos e crenças disfuncionais, estratégias para prevenir recaídas e exercícios para realizar em casa, após cada sessão³⁷. No Quadro 1 estão detalhados os procedimentos realizados em cada sessão.

Os familiares são convidados a participar, juntamente com os pacientes, da 1ª e da 8ª sessão, com o objetivo de receber psicoeducação sobre o TOC e a TCC, além de orientações sobre atitudes que podem ajudar os pacientes a reduzir os sintomas obsessivo-compulsivos¹⁷. O protocolo de TCCG utilizado no presente estudo foi descrito anteriormente e demonstrou ser efetivo na redução dos sintomas obsessivo-compulsivos em curto^{15,34,38} e longo³³ prazos.

Quadro 1 - Sessões da terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) para o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC)

Sessões	Conteúdo
1	O que é TOC? Prevalência, incidência e curso do transtorno O impacto na vida pessoal e familiar do paciente com TOC Como funciona a TCCG Orientações sobre a participação do familiar no tratamento
2	Causas do TOC Relação entre obsessões e compulsões Modelo comportamental e cognitivo do TOC
3	Os fundamentos da terapia cognitivo-comportamental Terapia de exposição e prevenção da resposta (EPR) O fenômeno da habituação
4	O que são pensamentos automáticos e crenças? Quais as principais crenças disfuncionais no TOC?
5	Crenças distorcidas envolvendo excesso de responsabilidade e avaliação exagerada do risco
6	Pensamentos obsessivos de conteúdos indesejáveis e perturbadores Crenças envolvendo exagerar a importância do pensamento e a necessidade de controlá-lo
7	Crenças disfuncionais envolvendo o perfeccionismo e a necessidade de ter certeza
8	Discussão sobre o impacto do TOC nas rotinas e relações familiares Influências da família no tratamento: orientações de manejo e o fenômeno da acomodação familiar
9	O que é o colecionismo e como combatê-lo?
10	Preparação para alta: o que são lapsos e recaídas?
11	Preparação para alta: estratégias de prevenção de recaída
12	Avaliação da terapia

Fonte: Adaptado de Braga e Cordioli³⁵.

2.4 O IMPACTO DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO NA FAMÍLIA

O TOC, como regra, compromete não só a vida do paciente como também a de toda a família, que compartilha diariamente dos seus medos, da sua ansiedade e do seu sofrimento. Ao assistirem o paciente envolvido em rituais exaustivos e intermináveis, os familiares sofrem junto. Muitos referem que não podem aproveitar a vida enquanto seu familiar está sofrendo ou com a vida pessoal e/ou profissional comprometida³⁹. Pode-se afirmar que, na maioria das vezes, especialmente quando os sintomas do TOC são graves e incapacitantes, toda a família “adoece”²⁸.

Em um estudo que examinou 225 familiares de adultos com TOC, foi relatado que 75% experimentaram algum conflito em suas vidas devido à doença, incluindo perda de relacionamentos pessoais e diminuição das atividades de lazer³⁹. Os sintomas obsessivo-compulsivos interferem significativamente no funcionamento familiar⁴, particularmente na vida pessoal do familiar cuidador⁵. Em outro estudo, foi encontrado que os familiares eram mais ansiosos e depressivos quando tinham que modificar suas rotinas em resultado do TOC de um familiar⁴⁰. De fato, o TOC frequentemente traz prejuízos na vida dos pacientes e de seus familiares³⁵.

É comum os familiares se manifestarem frente aos sintomas do paciente: ou se opõem de forma intransigente às suas exigências, ou cedem às suas demandas. Assim, algumas famílias podem se tornar “divididas”, com um familiar criticando o paciente enquanto outro está engajado na participação dos rituais. Outros familiares ainda podem oscilar entre esses dois tipos de resposta^{4,41}.

No primeiro caso, o familiar se recusa a se envolver nos rituais, tendendo a ser hostil, crítico e punitivo. Esse tipo de familiar acredita que, se o paciente quisesse, ele poderia controlar os sintomas. Esse estilo pode conduzir ao aumento dos sintomas obsessivo-compulsivos, de ansiedade e de depressão. Também pode induzir os pacientes a realizarem seus rituais de forma escondida, além de aumentar as dificuldades na realização de tarefas de exposição e prevenção de rituais^{4,42}.

No outro extremo estão os familiares que tendem a se acomodar aos sintomas. A maioria dos familiares de pacientes com TOC auxilia ou participa de alguma forma dos rituais dos pacientes. Esse comportamento por parte dos familiares é chamado de AF⁶. Esses familiares são excessivamente envolvidos, permissivos e intrusivos em relação ao paciente, tendem a permanecer junto com ele e acabam participando dos rituais, apoiando sua

realização ou se submetendo às regras rígidas que o paciente estabelece, ainda que contrariados. Algumas famílias se acomodam tanto aos sintomas do TOC que seus estilos de vida giram em torno das solicitações dos pacientes⁴¹.

2.4.1 Acomodação familiar

A frequência e a natureza da AF no TOC e as consequências de não participar dos rituais do paciente foram avaliadas inicialmente por Calvocoressi et al.⁶. Os autores observaram que a maioria dos familiares entrevistados participava das compulsões do paciente. Em estudo posterior, observou-se que a acomodação aos sintomas ocorre na tentativa de diminuir a raiva e o sofrimento do paciente, bem como o tempo gasto em rituais. Contudo, grande parte dos familiares percebe que as acomodações não contribuem para a melhora do paciente⁴³. Na verdade, os familiares têm dificuldade em suportar o nível de aflição e sofrimento apresentado pelos pacientes frente à dificuldade de lidar com os sintomas do TOC e, muitas vezes, se submetem para evitar conflitos³⁵.

Os portadores de TOC sofrem com dúvidas e indecisões frequentes, o que os leva à necessidade de reassuramentos e, conseqüentemente, ao envolvimento dos familiares em seus rituais. Esse envolvimento interfere no dia a dia da família, em suas rotinas, vida social e lazer, trazendo um impacto negativo na qualidade de vida do familiar. Quando terminam de se envolver com um ritual já surge um outro, e eles percebem que todo esse envolvimento não tem fim, gerando sentimentos de frustração, raiva e culpa²⁸. Um esquema para a melhor compreensão da AF está apresentado na Figura 1.

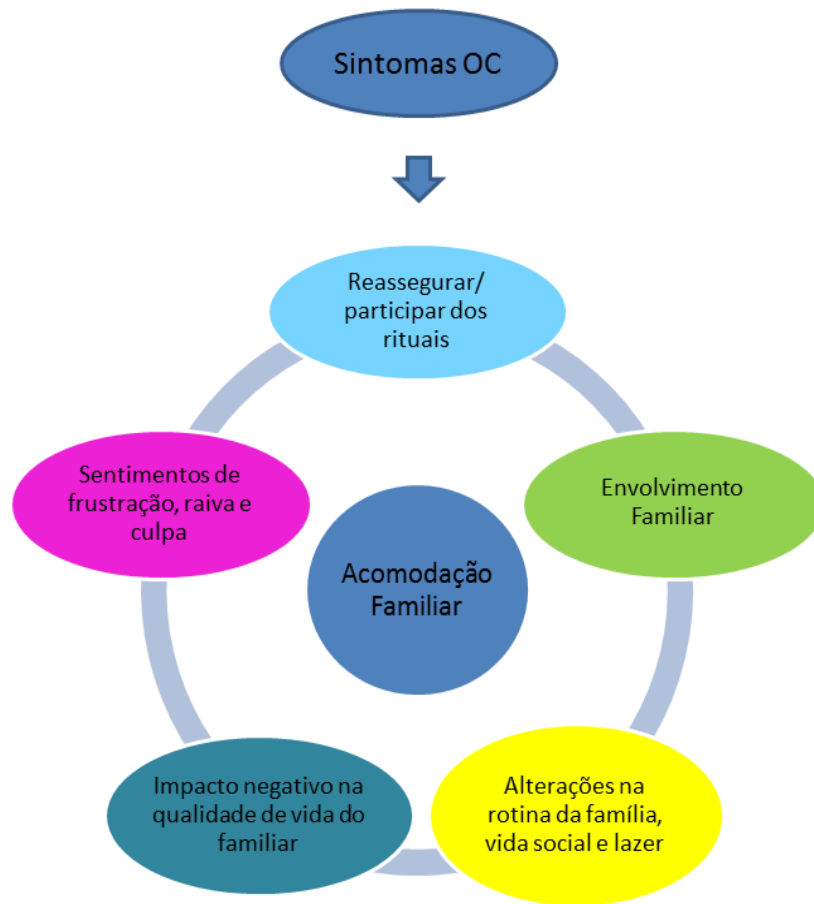


Figura 1 - A acomodação familiar nos sintomas do transtorno obsessivo-compulsivo

Fonte: Gomes e Cordioli²⁸.

2.4.2 Avaliação da acomodação familiar aos sintomas do transtorno obsessivo-compulsivo

Para avaliar a frequência da participação dos familiares nos sintomas do TOC, foi desenvolvida a Family Accommodation Scale (FAS)⁶. Essa escala foi revisada em 1999⁴³ e foi denominada de Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder: Interviewer-Rated (FAS-IR).

A FAS-IR é um instrumento amplamente utilizado, considerado padrão ouro para a avaliação da AF nos casos de TOC⁴⁴, tendo sua versão original sido traduzida e adaptada para o português do Brasil¹⁸. A FAS-IR é dividida em duas etapas: na primeira, o entrevistador identifica, junto ao familiar, os tipos de obsessões e compulsões experimentadas pelo paciente na última semana; na segunda etapa, o entrevistador avalia a AF através de 12

perguntas que identificam a participação do familiar em rituais e as modificações da rotina da família. O familiar é indagado com relação a quanto, na última semana, tranquilizou o paciente (reasseguramentos) devido aos sintomas; assistiu à realização de rituais; esperou pelo paciente em função de demoras provocadas pelos sintomas; teve que se conter para não dizer coisas que poderiam magoá-lo ou deixá-lo aflito; realizou ou ajudou-o a realizar rituais a pedido dele; evitou ou ajudou-o a evitar contato com objetos, lugares ou pessoas; tolerou comportamentos estranhos ou condições incomuns; ajudou-o a completar tarefas diárias e a tomar decisões; assumiu responsabilidades que seriam dele; mudou suas rotinas pessoais; e o quanto as rotinas da família mudaram⁴³.

Esses comportamentos são avaliados em uma escala de 5 pontos, que mede a frequência ou a extensão do envolvimento familiar, variando de 0 (nenhum) a 4 (todos os dias/extremo). As pontuações obtidas em cada item são somadas para gerar o escore total de acomodação, que pode variar de 0 a 48. A escala mostrou consistência interna considerada adequada, com alfa = 0,820⁴³.

A AF é altamente prevalente, com taxas variando entre 88,2 e 98,2%^{6,7,43,45,46}. Os comportamentos de AF mais comuns encontrados nos estudos têm sido os de reassegurar (tranquilizar) e de participar dos rituais do paciente⁶⁻⁹.

Diversos pesquisadores têm avaliado a AF utilizando uma versão abreviada da FAS, adaptada da versão piloto publicada por Calvocoressi et al.⁶, o que dificulta a comparação dos resultados. A possibilidade de haver instrumentos validados fortalece a pesquisa, auxiliando nas comparações e proporcionando resultados mais confiáveis. Assim, após a adaptação transcultural da FAS-IR para o português do Brasil¹⁸, foi realizada a análise das propriedades psicométricas da escala: 1) consistência interna, que representa as intercorrelações entre as respostas aos itens do instrumento, sendo 0,700 o limite mínimo aceito para representar uma medida confiável⁴⁷; 2) confiabilidade interavaliadores, que examina a concordância entre duas medidas (dois entrevistadores avaliam o mesmo paciente); 3) confiabilidade teste-reteste, que examina a concordância entre duas medidas do mesmo indivíduo obtidas em intervalos de tempo preestabelecidos (normalmente 2 semanas); e 4) validade fatorial, que examina se um grande número de variáveis pode ser resumido em um conjunto menor de fatores sem perda substancial da informação. Em geral, as cargas fatoriais devem ser de, no mínimo, 0,3 para contribuição ao fator a que pertence⁴⁷. Os resultados do processo de validação estão descritos no Artigo 1 desta tese.

2.4.3 Fatores associados à acomodação familiar

Estudos têm relatado que a acomodação aos sintomas do TOC está associada a determinadas características. Em relação a variáveis demográficas, foi encontrada uma associação entre o grau de parentesco e a AF, isto é, ser cônjuge do paciente esteve associado com maior AF⁷. Talvez os cônjuges se acomodem mais como forma de evitar brigas que poderiam levar a separações⁷, o que é frequente em casais de pacientes com TOC³⁹. Quanto às variáveis clínicas dos pacientes, estudos têm apontado para uma relação entre AF e gravidade dos sintomas do TOC^{7,9,10,43,45,46,48,49}, assim como para correlações diretas entre maior AF e a intensidade de diferentes sintomas ansiosos e depressivos⁴⁹.

Algumas pesquisas avaliaram se o tipo de sintomas obsessivo-compulsivos poderiam ter relação com o grau de AF e identificaram uma associação significativa entre a dimensão de contaminação/lavagem e maior AF^{9,46,49,50}. De acordo com outro estudo, realizado com adolescentes, pacientes que apresentavam TOC e comorbidade com transtorno depressivo tinham uma maior AF quando comparados com os que não apresentavam essa comorbidade⁵¹.

A associação entre variáveis clínicas de familiares e AF também já foi avaliada. Encontrou-se uma correlação significativa entre maior AF e escores mais elevados dos próprios familiares na Escala Obsessivo-Compulsivo de Yale-Brown (Y-BOCS)⁴³. De acordo com os autores, familiares que apresentam sintomas obsessivo-compulsivos podem se acomodar aos sintomas dos pacientes com TOC ou promovê-los como uma extensão de seus próprios comportamentos sintomáticos.

Outros estudos que avaliaram variáveis clínicas do familiar encontraram uma correlação positiva entre AF e sobrecarga do cuidador⁵², assim como associação entre AF e pior qualidade de vida do familiar⁹. De fato, a AF está relacionada a prejuízos tanto para os pacientes como para seus familiares⁵³.

2.4.4 Tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo e acomodação familiar

Relatos clínicos sugerem que as respostas emocionais e comportamentais dos familiares aos sintomas do TOC podem contribuir para o aumento da gravidade da doença⁴¹. Em relação ao tratamento, alguns estudos encontraram que uma maior AF está associada a resposta menos satisfatória à TCC e/ou à farmacoterapia^{10,11}.

É possível que intervenções que visem à redução da AF colaborem significativamente para melhorar os resultados da TCC⁴. Um recente estudo avaliou o efeito de duas sessões de psicoeducação e treinamento de habilidades para reduzir a AF em nove familiares de pacientes com TOC que realizavam tratamento de EPR. Esse grupo foi comparado a controles que não receberam a intervenção familiar. Os resultados sugeriram que a intervenção adjunta produziu resposta ao tratamento dos sintomas obsessivo-compulsivos mais rapidamente em comparação com a EPR isolada e foi eficaz na redução dos escores de AF⁵⁴. Um outro estudo desenvolveu um programa de 16 sessões de TCC para pacientes adultos com TOC juntamente com seus cônjuges, com foco na AF. Observou-se uma redução na AF após o tratamento, e os resultados foram mantidos ao longo do seguimento de 1 ano⁵⁵.

Portanto, intervenções específicas para abordar o envolvimento da família nos sintomas do TOC podem contribuir para a melhora do paciente, bem como do próprio funcionamento familiar¹³. Ao se envolver no tratamento, os membros da família também se beneficiam, obtendo uma maior compreensão sobre a doença e aprendendo estratégias efetivas para manejar os sintomas do paciente, em vez de reforçá-los²⁴.

Um estudo salientou a importância da formação de uma aliança no processo terapêutico entre profissionais, pacientes e seus familiares²⁰. Os familiares dos pacientes tendem a ser receptivos à solicitação de participação na terapia⁴³, sendo gratos por terem a oportunidade de aprender mais sobre como manejar situações familiares frustrantes⁴¹.

A AF está na contramão das orientações da terapia, ao reforçar os comportamentos compulsivos e ajudar o paciente a evitar a ansiedade. Assim, a AF exerce um papel semelhante ao dos rituais e das manobras de neutralização: o de reforçar os sintomas do TOC pelo alívio que proporciona, contribuindo para sua perpetuação e, conseqüentemente, atrasando a resposta terapêutica²⁸. Nesse sentido, reduzir a AF poderia contribuir para uma maior efetividade da TCC e, conseqüentemente, para a diminuição efetiva dos sintomas. No entanto, são poucos os ensaios clínicos que avaliaram a AF em adultos.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Verificar as propriedades psicométricas da versão brasileira da FAS-IR e avaliar o impacto da TCCG para TOC com duas sessões destinadas à família na AF em curto e longo prazos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar as propriedades psicométricas de consistência interna, confiabilidade interavaliadores, teste-reteste e validade fatorial da FAS-IR.
- Verificar o impacto da TCCG com duas sessões para a família na AF e identificar variáveis sociodemográficas e clínicas preditoras da redução da AF após as 12 sessões de tratamento (curto prazo).
- Avaliar o impacto da TCCG na AF 3 anos após o término do tratamento e verificar a correlação entre gravidade dos sintomas do TOC e AF no longo prazo.

4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo está de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução nº 466/12), tendo sido previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Anexo C).

Antes da coleta dos dados, conforme o protocolo de pesquisa (Apêndice A), foi fornecido termo de consentimento livre e esclarecido tanto aos pacientes (Apêndice B) quanto aos familiares (Apêndice C).

REFERÊNCIAS

1. Associação Americana de Psiquiatria. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5). Porto Alegre: Artmed; 2014. 948 p.
2. Hollander E, Simeon D. Transtornos de ansiedade. In: Hales RE, Yudofsky SC, Gabbard GO. Tratado de psiquiatria clínica. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 531-638.
3. Eisen JL, Mancebo MA, Pinto A, Coles ME, Pagano ME, Stout R, Rasmussen SA. Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. *Compr Psychiatry*. 2006;47:270-5.
4. Renshaw KD, Steketee G, Chambless DL. Involving family members in the treatment of OCD. *Cogn Behav Ther*. 2005;34:164-75.
5. Torres AR, Hoff NT, Padovani CR, Ramos-Cerqueira AT. Dimensional analysis of burden in family caregivers of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2012;66:432-41.
6. Calvocoressi L, Lewis B, Harris M, Trufan SJ, Goodman WK, McDougle CJ, Price LH. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1995;152:441-3.
7. Gomes JB, Van Noppen B, Pato M, Braga DT, Meyer E, Bortoncello CF, Cordioli AV. Patient and family factors associated with family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2014;68:621-30.
8. Peris TS, Bergman RL, Langley A, Chang S, McCracken JT, Piacentini J. Correlates of accommodation of pediatric obsessive-compulsive disorder: parent, child, and family characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47:1173-81.
9. Albert U, Bogetto F, Maina G, Saracco P, Brunatto C, Mataix-Cols D. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder: relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics. *Psychiatry Res*. 2010;179:204-11.
10. Ferrão YA, Shavitt RG, Bedin NR, de Mathis ME, Carlos Lopes A, Fontenelle LF, Torres AR, Miguel EC. Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord*. 2006;94:199-209.
11. Garcia AM, Sapyta JJ, Moore PS, Freeman JB, Franklin ME, March JS, Foa EB. Predictors and moderators of treatment outcome in the Pediatric Obsessive Compulsive Treatment Study (POTS I). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49:1024-33.

12. Stengler-Wenzke K, Kroll M, Matschinger H, Angermeyer MC. Quality of life of relatives of patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2006;47:523-7.
13. Lebowitz ER, Panza KE, Su J, Bloch MH. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Expert Rev Neurother*. 2012;12:229-38.
14. Koran LM, Simpson HB. Guideline Watch (March 2013): practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
15. Cordioli AV, Heldt E, Braga Bochi D, Margis R, Basso de Sousa M, Fonseca Tonello J, Gus Manfro G, Kapczinski F. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *Psychother Psychosom*. 2003;72:211-6.
16. Braga DT, Cordioli AV, Niederauer K, Manfro GG. Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: a 1-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;112:180-6.
17. Cordioli AV. Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
18. Gomes JB, Calvocoressi L, Van Noppen B, Pato M, Meyer E, Braga DT, Kristensen CH, Cordioli AV. Translation and adaptation into Brazilian Portuguese of the Family Accommodation Scale for Obsessive Compulsive Disorder – Interviewer-Rated (FAS-IR). *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2010;32:102-12.
19. Gomes JB, Cordioli AV, Van Noppen B, Pato M, Wolitzky-Taylor K, Gonçalves F, Heldt E. Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder – Interviewer-Rated (FAS-IR), Brazilian Portuguese version: internal consistency, reliability, and exploratory factor analysis. *Compr Psychiatry*. 2015;57:155-9.
20. Stengler-Wenzke K, Trosbach J, Dietrich S, Angermeyer MC. Coping strategies used by the relatives of people with obsessive-compulsive disorder. *J Adv Nurs*. 2004;48:35-42.
21. Pauls DL, Abramovitch A, Rauch SL, Geller DA. Obsessive-compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective. *Nat Rev Neurosci*. 2014;15:410-24.
22. Hetttema JM, Neale MC, Kendler KS. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 2001;158:1568-78.

23. Lovato L, Cordioli AV. O uso de medicamentos no tratamento do TOC. In: Cordioli AV. Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. p. 303-13.
24. Steketee G, Pigott T. Transtorno obsessivo-compulsivo: as mais recentes estratégias de avaliação e tratamento. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. 120p.
25. Associação Americana de Psiquiatria. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Texto Revisado, 4ª edição (DSM-IV-TR). Porto Alegre: Artes Médicas; 2002. 880 p.
26. Cordioli AV, Braga DT. Acumulação compulsiva e transtorno de acumulação. In: Cordioli AV. Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. p. 278-300.
27. Tolin DF, Frost RO, Steketee G, Fitch KE. Family burden of compulsive hoarding: results of an internet survey. *Behav Res Ther.* 2008;46:334-44.
28. Gomes JB, Cordioli AV. O TOC e a família. In: Cordioli AV. Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. p. 337-50.
29. Jónsson H, Hougaard E. Group cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2009;119:98-106.
30. Jónsson H, Hougaard E, Bennedsen BE. Randomized comparative study of group versus individual cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2011;123:387-97.
31. McKay D, Sookman D, Neziroglu F, Wilhelm S, Stein DJ, Kyrios M, Matthews K, Veale D. Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 2015;227:104-13.
32. Safak Y, Karadere ME, Ozdel K, Ozcan T, Türkçapar MH, Kuru E, Yücens B. The effectiveness of cognitive behavioral group psychotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Turk Psikiyatri Derg.* 2014;25:225-33.
33. Braga DT, Manfro GG, Niederauer K, Cordioli AV. Full remission and relapse of obsessive-compulsive symptoms after cognitive-behavioral group therapy: a two-year follow-up. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32:164-8.
34. Cordioli AV, Heldt E, Bochi DB, Margis M, de Sousa MB, Tonello JF, Teruchkin B, Kapczinski F. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a clinical trial. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24:113-20.

35. Braga DT, Cordioli AV. Terapia cognitivo-comportamental em grupo para pacientes com TOC. In: Cordioli AV. Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. p. 351-69.
36. Behenck AS. Avaliação de fatores terapêuticos na resposta à terapia cognitivo-comportamental em grupo [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015.
37. Heldt E, Cordioli A, Knijnik DZ, Manfro GG. Terapia cognitivo-comportamental em grupo para transtornos de ansiedade. In: Cordioli AV (org.). Psicoterapias: abordagens atuais. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 317-40.
38. Raffin AL, Guimarães Fachel JM, Ferrão YA, Pasquoto de Souza F, Cordioli AV. Predictors of response to group cognitive-behavioral therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry*. 2009;24:297-306.
39. Cooper M. Obsessive-compulsive disorder: effects on family members. *Am J Orthopsychiatry*. 1996;66:296-304.
40. Amir N, Freshman M, Foa EB. Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients. *J Anxiety Disord*. 2000;14:209-17.
41. Steketee G, Van Noppen B, Lam JN, Shapiro L. Expressed emotion in families and the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychother Pract*. 1998;4:73-91.
42. Steketee G, Lam JN, Chambless DL, Rodebaugh TL, McCullouch CE. Effects of perceived criticism on anxiety and depression during behavioral treatment of anxiety disorders. *Behav Res Ther*. 2007;45:11-9.
43. Calvocoressi L, Mazure CM, Kasl SV, Skolnick J, Fisk D, Vegso SJ, Van Noppen BL, Price LH. Family accommodation of obsessive-compulsive symptoms: instrument development and assessment of family behavior. *J Nerv Ment Dis*. 1999;187:636-42.
44. Pinto A, Van Noppen B, Calvocoressi L. Development and preliminary psychometric evaluation of a self-rated version of the Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2013;2:457-65.
45. Ramos-Cerqueira AT, Torres AR, Torresan RC, Negreiros AP, Vitorino CN. Emotional burden in caregivers of patients with obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 2008;25:1020-7.
46. Stewart SE, Beresin C, Haddad S, Egan Stack D, Fama J, Jenike M. Predictors of family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Ann Clin Psychiatry*. 2008;20:65-70.
47. Hair JF, Black WC, Babin BI, Anderson RE. Multivariate data analysis. New Jersey: Prentice Hall; 1998.

48. Van Noppen B, Steketee G. Testing a conceptual model of patient and family predictors of obsessive compulsive disorder (OCD) symptoms. *Behav Res Ther.* 2009;47:18-25.
49. Ferrão YA, Florão MS. [Family accommodation and perceived criticism in patients with obsessive-compulsive disorder.] *J Bras Psiquiatr.* 2010;59:34-43. Portuguese.
50. Boeding SE, Paprocki CM, Baucom DH, Abramowitz JS, Wheaton MG, Fabricant LE, Fischer MS. Let me check that for you: symptom accommodation in romantic partners of adults with obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 2013;51:316-22.
51. Storch EA, Geffken GR, Merlo LJ, Jacob ML, Murphy TK, Goodman WK, Larson MJ, Fernandez M, Grabill K. Family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2007;36:207-16.
52. Lee E, Steinberg D, Phillips L, Hart J, Smith A, Wetterneck C. Examining the effects of accommodation and caregiver burden on relationship satisfaction in caregivers of individuals with OCD. *Bull Menninger Clin.* 2015;79:1-13.
53. Wu MS, Pinto A, Horng B, Phares V, McGuire JF, Dedrick RF, Van Noppen B, Calvocoressi L, Storch EA. Psychometric properties of the Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder-Patient Version. *Psychol Assess.* 2015 Jun 15. [Epub ahead of print]
54. Thompson-Hollands J, Abramovitch A, Tompson MC, Barlow DH. A randomized clinical trial of a brief family intervention to reduce accommodation in obsessive-compulsive disorder: a preliminary study. *Behav Ther.* 2015;46:218-29.
55. Abramowitz JS, Baucom DH, Boeding S, Wheaton MG, Pukay-Martin ND, Fabricant LE, Paprocki C, Fischer MS. Treating obsessive-compulsive disorder in intimate relationships: a pilot study of couple-based cognitive-behavior therapy. *Behav Ther.* 2013;44:395-407.

5 ARTIGOS

5.1 ARTIGO 1

**Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder – Interviewer-Rated
(FAS-IR), Brazilian Portuguese version: Internal consistency, reliability, and
exploratory factor analysis***

Juliana Braga Gomes,^a Aristides Cordioli,^a Barbara Van Noppen,^b Michele Pato,^b Kate
Wolitzky-Taylor,^b Francine Gonçalves,^a Elizeth Heldt^a

^a Anxiety Disorders Program, Department of Psychiatry, Federal University of Rio Grande do Sul, RS, Brazil. E-mails: ju_gomes@terra.com.br, acordioli@terra.com.br, fran_alvess@hotmail.com, eliz.h@globo.com

^b Department of Psychiatry, Keck School of Medicine, University of Southern California, Los Angeles, CA, USA. E-mails: vannoppe@usc.edu, mpato@usc.edu, kbtaylor@med.usc.edu

Conflicts of interest: None to declare.

Corresponding author:

Juliana Braga Gomes, Av. Coronel Lucas de Oliveira, 505/406, CEP 90440-011 - Porto Alegre, RS - Brazil. Tel.: +55-51-9808-9708. E-mail: ju_gomes@terra.com.br

* Versão final submetida do artigo publicado na revista *Comprehensive Psychiatry* em 2015.

Abstract

Objective: To examine the psychometric properties of the Brazilian Portuguese version of the Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder – Interviewer-Rated (FAS-IR).

Method: A total of 114 family members of patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) were assessed. The following analyses of the FAS-IR were carried out: internal consistency, inter-rater and test-retest reliability, and exploratory factor analysis.

Results: The Brazilian Portuguese version of the FAS-IR showed excellent inter-rater reliability (intraclass correlation coefficient [ICC] = 0.94) and acceptable test-retest reliability (ICC = 0.77), with no significant differences in FAS-IR scores. Factor analysis produced three factors for the scale. However, factor loadings were not well defined within each factor, and the factors did not have distinct constructs. Thus, a global analysis approach was chosen, revealing good internal consistency of the scale as a whole (Cronbach's α = 0.805).

Conclusions: The Brazilian Portuguese FAS-IR showed sound psychometric properties for the evaluation of family accommodation, and is, therefore, a reliable instrument for use in research and clinical practice.

Keywords: Family accommodation, family accommodation scale, reliability, internal consistency, factor analysis, psychometric properties.

1 Introduction

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a chronic illness affecting 2-3% of the population.¹ Several OCD patients are dependent on their family members,² who often become overly involved with the OCD symptoms, suffering the consequences along with the patient.

In particular, it is common for family members to participate in the patients' rituals or to modify their daily routines to accommodate the patients' symptoms. This phenomenon is defined as family accommodation (FA), and is highly prevalent in families of patients with OCD, with rates as high as 89%³ and 96.9%.⁴ Data on FA are best obtained using the gold standard instrument developed by Calvocoressi et al.,³ entitled Family Accommodation Scale for Obsessive Compulsive Disorder – Interviewer-Rated (FAS-IR). The instrument was originally developed in English and has been cross-culturally adapted to other languages, including Brazilian Portuguese.⁵

A strong relationship between FA and obsessive-compulsive symptom severity has been reported and replicated.^{3,4,6,7} In an attempt to understand the interrelationships among family and OCD patient variables, one study⁷ found that FA was the variable with the largest contribution to explain the variance in OCD symptom severity (as measured by the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale [Y-BOCS]), when compared to other family variables such as expressed emotion (hostility, criticism, and emotional over-involvement) and criticism perceived by the patient, suggesting a directional relationship and an association between the two variables.

FA has also been associated with worse treatment outcomes in both adult and pediatric OCD patients.⁸ Consequently, there is growing interest in developing family-based interventions for OCD that are aimed at reducing family accommodation.

The adaptation of FAS-IR into Portuguese has enabled Brazilian researchers and practitioners to study FA using the gold standard instrument that has been used internationally. Now, in a relatively large sample, we aim to examine the psychometric properties of the FAS-IR Brazilian Portuguese version by replicating analyses already performed in other languages and cultures^{3,9} and conducting additional analyses that have not been previously reported (exploratory factor analysis and test-retest reliability).

Specifically, we assessed the following psychometric properties of the FAS-IR: internal consistency, inter-rater and test-retest reliability, and the factor structure of the instrument.

2 Methods

The present study was approved by the Research Ethics Committee of Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Rio Grande do Sul, southern Brazil (protocol no. 08-566).

2.1 Participants

A total of 114 family members of patients with a diagnosis of OCD (diagnostic criteria established by the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders [SCID-I]¹⁰ and Y-BOCS scores ≥ 16 ¹¹) were contacted from 2008 to 2010. Subjects were family members of patients selected to participate in a cognitive-behavioral group therapy program offered at HCPA.

Inclusion criteria for family members were living with the patient and being at least 18 years old. In the present study, family member was defined as any significant other living with the patient; this could be consanguineous relatives, such as parents, siblings, cousins, or children, or non-consanguineous relatives, such as partners, spouses, or other family members.

All participants provided written informed consent prior to their inclusion in the study. Family members were invited to participate only after consent was obtained from the patient.

2.2 Instruments

A Brazilian Portuguese version of the FAS-IR⁵ was used to evaluate the frequency of family members' responses to patients' OCD symptoms. Evaluation with the FAS-IR involves two stages: first, the family member is asked to report on patient symptoms based upon a modified Y-BOCS Symptom Checklist; second, the family member provides information on FA, as assessed by 12 items of accommodation: giving reassurance, participation in rituals, and modification of family routines, among other aspects. Behaviors are rated using a 5-point Likert-type scale that measures the frequency or extent of family involvement and ranges from 0 = none/not at all to 4 = every day/extreme. The scores obtained on each question are added to generate the total FA score, which may range from 0 to 48.

In addition to the FAS-IR, a questionnaire specifically designed for the study was used to collect socio-demographic data. Data were collected by psychologists experienced in evaluating OCD patients and trained in the study procedures.

2.3 Statistical analysis

2.3.1 Reliability

Inter-rater reliability (two trained psychologists assessing the same patient) and test-retest reliability (same psychologist assessing the same individual twice) were examined. The time interval between the two administrations of the scale was 15 days. The family members did not receive any intervention in the 15 days' interval between the two FAS-IR

administrations. The Wilcoxon test assessed differences between the first and second administrations and between raters. Intraclass correlation coefficients (ICCs) examined the agreement between raters and FAS-IR scores on the two test dates.

2.3.2 Factor structure

When conducting the factor analysis with 12 items, we used two measures to assess sampling adequacy: the Kaiser-Meyer-Olkin measure (KMO) and Bartlett's test of sphericity.¹² According to Hair et al.,¹² KMO is a measure of sampling adequacy calculated for both the entire correlation matrix and each variable individually. Values above 0.5 indicate that the sample is adequate for factor analysis. Bartlett's test indicates the strength of the association among variables. It tests the null hypothesis that the correlation matrix is an identity matrix, i.e., that there is no association among the variables, but only of each variable with itself. As a result, factor analysis is only indicated when the null hypothesis is rejected.

Assuming sample adequacy, we then planned to conduct an exploratory factor analysis. Primary components were extracted using Varimax rotation and eigenvalues were calculated to assess the amount of variance accounted for by a factor. Factors with eigenvalues greater than 1 were considered significant.¹²

Cronbach's alpha was used to examine the instrument's internal consistency.

All analyses were performed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 18.0.

3 Results

The sample included 114 family members of adult patients diagnosed with OCD. Mean age of family members was 44.6 ± 13.8 years, and they were predominantly females ($n = 73$; 64%); family members had a mean of 13.7 ± 4.2 years of education. Most interviewees

were spouses ($n = 58$; 50.9%), followed by parents ($n = 31$; 27.2%), children ($n = 17$; 14.9%), siblings ($n = 4$; 3.5%), and others ($n = 4$; 3.5%). The mean FAS-IR score obtained in our sample was 15.6 ± 10.1 (range: 0-43) and the median was 14.5 (P25 = 8; P75 = 22).

Patients' mean age was 40.5 ± 13.9 years; they were predominantly females ($n = 71$; 62.3%) and had a mean of 13.6 ± 4.2 years of education. Mean total score for Y-BOCS among patients was 26.9 ± 5.7 .

3.1 Reliability

In the assessment of inter-rater and test-retest reliability, ICC values indicated good agreement ($ICC > 0.7$). A total of 25 family members were used for inter-rater assessment, and 16 for test-retest reliability. No significant differences were found in any of the assessments (Table 1).

3.2 Factor structure

Exploratory factor analysis yielded three factors with eigenvalues higher than 1 (2.53, 2.24, 2.05). Fit indices for the three-factor solution in the exploratory factor analysis were as follows: Bartlett's $\chi^2 = 404.3$ ($df = 66$, $p < 0.001$); KMO = 0.79. Both measures indicated that the data sampled were adequate to carry out factor analysis. Factor loadings for the three-factor solution are presented in Table 2. When the internal consistency of the three factors was assessed, Cronbach's α values ranged from 0.666 to 0.704. However, internal consistency of the FAS-IR total score yielded a value higher than that of the three factors (Cronbach's $\alpha = 0.805$).

4 Discussion

This study revealed good psychometric properties of the Brazilian version of the FAS-IR,⁵ similar to those reported for the United States³ and Spanish⁹ versions. The findings confirmed the adapted instrument's reliability and that it can be used in Brazilian populations to measure family's participation in the obsessive-compulsive symptoms of patients with OCD.

The mean FAS-IR score obtained in our study was similar to that reported by Otero & Rivas⁹ (16.20 ± 12.81 ; range: 0-43); however, in that study, the sample comprised only children and adolescents, which hinders the comparison of results. Conversely, our results were slightly higher than the means reported by Calvocoressi et al.³ (12.1 ± 9.79 ; range: 0-38) and Van Noppen & Steketee⁷ (13.2 ± 9.54 ; range 0-40). A possible explanation for these results could be our larger sample size (114 here vs. 36³ and 50⁷), as well as the more severe symptoms observed in our patients (mean Y-BOCS score of 26.9 in our study vs. 20 in Van Noppen & Steketee⁷). Also, most of the patients assessed by Calvocoressi et al. were already receiving treatment.

Consistent with findings reported by Calvocoressi et al.,³ in our study the FAS-IR showed excellent inter-rater reliability (ICC = 0.94). There was also good test-retest reliability (ICC = 0.77), with no significant differences in FAS-IR scores. To our knowledge, this is the first study to present test-retest analysis results for the FAS-IR; our good results reinforce the reliability of the scale for measuring FA.

Internal consistency in our study (Cronbach's $\alpha = 0.805$) was similar to the results of Calvocoressi et al.,³ Van Noppen & Steketee,⁷ and Otero & Rivas,⁹ who reported coefficients of 0.82, 0.86, and 0.87, respectively, showing good internal consistency of the scale as a whole.

Factor analysis was performed using an exploratory approach and produced a solution with three factors (participation, facilitation and modification), as shown in Table 2. However, factor loadings were not well defined within each factor, with some questions corresponding to more than one factor and some overlap between them, depending on the characteristics of the patient's symptom. For example, question 1 ('When the patient showed worry, fear or doubts related to obsessions or compulsions, have you tried to calm him/her, reaffirming that he/she does not have to be concerned, or that the rituals that he/she have already done resolved their concerns?') corresponded to both factor 1 (participation = 0.457) and factor 2 (facilitation = 0.468). Clinical observation confirms that reassurance can fit both factors 1 and 2, depending on symptom characteristics and severity. Another example is question 10, which refers to taking over the patient's responsibilities ('Do you take over the patient's tasks that he/she can't due to the OCD?'). Examples such as taking care of the patient's children or paying his/her bills were mentioned in our sample. Again, this question corresponded to two factors, namely, facilitation (factor 2 = 0.613) and changes in the routine (factor 3 = 0.465).

There were also some questions with surprisingly low factor loadings. For example, despite the results indicating that question 8 ('Have you tolerated odd behavior or unusual circumstances in your home because of the patient's OCD? For example, leaving the home cluttered with old newspapers or ignore the repeated opening and closing doors?') could belong to both factor 1 (0.499) and factor 3 (0.404), it resulted more relevant for factor 2 (0.073). In this question, the interviewer scores situations where the family member has allowed the rituals to occur, not including those in which he/she effectively participated or facilitated compulsions/avoidances. This makes us believe that indeed question 8 is more related to facilitation (factor 2) than to participation or modification.

Because the establishment of independent factors was not feasible, a global analysis approach, i.e., focusing on the total scores only, was adopted. Previous FAS-IR validation

studies^{3,9} did not include factor analysis, which renders the comparison of results impossible. Some studies have conducted a factor analysis with other versions of the FAS, which were adapted from the 13-item pilot version published by Calvocoressi et al. in 1995,⁶ and different from the 12-item FAS-IR published by Calvocoressi et al. in 1999.³ Flessner et al.,¹³ in a study on parents of children and adolescents with OCD, found two factors using exploratory factor analysis, while Albert et al.,¹⁴ in a study with relatives of adults with OCD, found three factors. These studies reported better defined factor loadings in every single factor – this is why they have suggested the scale to be multidimensional. However, this was not confirmed in our study, as many items of the scale had similar factor loadings in more than one factor. Again, however, it is not possible to compare the versions, since they are very different from one another.

The three factors produced in our analysis were assessed, but none of them showed a coefficient higher than 0.8, as obtained in the global analysis. This reinforces the idea that FA is a single construct and corroborates our decision not to use independent factors.

One limitation of our study is the fact the sample comprised only patients with at least moderate OCD symptoms (no mild cases included), which prevents the generalization of findings to any patient diagnosed with OCD. Another limitation concerns the unavailability of another scale similar to FAS-IR and validated in Brazil that could be used as reference. As a result, convergent validity could not be assessed. Further studies are warranted to analyze other factors, e.g., sensitivity to change, as well as to replicate our findings in samples that include patients with mild symptoms.

5 Conclusion

This study showed that the Brazilian Portuguese version of FAS-IR presents good psychometric properties. The instrument proved to be reliable and may be a valuable tool for

assessing FA, targeting accommodating behaviors for change and determining change over time in research and clinical practice.

Acknowledgements

This study was supported by Fundação de Incentivo à Pesquisa e Eventos, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (FIPE-HCPA) and by grants from Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) awarded to the principal investigator (J.B.G.).

References

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revised (DSM-IV-TR)*. Washington: APA; 2000.
2. Cooper M. Obsessive-compulsive disorder: effects on family members. *Am J Orthopsychiatry* 1996;**66**:296-304.
3. Calvocoressi L, Mazure CM, Kasl SV, Skolnick J, Fisk D, Vegso SJ, et al. Family accommodation of obsessive-compulsive symptoms: instrument development and assessment of family behavior. *J Nerv Ment Dis* 1999;**187**:636-42.
4. Stewart SE, Beresin C, Haddad S, Egan Stack D, Fama J, Jenike M. Predictors of family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Ann Clin Psychiatry* 2008;**20**:65-70.
5. Gomes JB, Calvocoressi L, Van Noppen B, Pato M, Meyer E, Braga DT, et al. Translation and adaptation into Brazilian Portuguese of the Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive disorder: Interviewer-Rated (FAS-IR). *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 2010;**32**:102-12.
6. Calvocoressi L, Lewis B, Harris M, Trufan SJ, Goodman WK, McDougle CJ, et al. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995;**152**:441-3.
7. Van Noppen B, Steketee G. Testing a conceptual model of patient and family predictors of obsessive compulsive disorder (OCD) symptoms. *Behav Res Ther* 2009;**47**:18-25.
8. Lebowitz ER, Panza KE, Su J, Bloch MH. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Expert Rev Neurother* 2012;**12**:229-38.
9. Otero S, Rivas A. Adaptación y validación de la Escala de Acomodación Familiar a los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo en una muestra de adolescentes españoles. *Actas Esp Psiquiatr* 2007;**35**:99-104.

10. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders: Clinical Version (SCID-CV)*. Washington: American Psychiatric Press; 1997.
11. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989;**46**:1006-11.
12. Hair Jr JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Multivariate data analysis*. 5th ed. New Jersey: Prentice Hall; 1998.
13. Flessner CA, Sapyta J, Garcia A, Freeman JB, Franklin ME, Foa E, et al. Examining the psychometric properties of the Family Accommodation Scale-Parent-Report (FAS-PR). *Journal of psychopathology and behavioral assessment* 2009;**31**:38-46.
14. Albert U, Bogetto F, Maina G, Saracco P, Brunatto C, Mataix-Cols D. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder: Relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics. *Psychiatry Res* 2010;**179**:204-11.

Table 1. Inter-rater and test-retest reliability of the Brazilian version of the FAS-IR

	Median FAS-IR		
	(P25-P75)	<i>p</i>*	ICC
Inter-rater reliability (n = 25)		0.631	0.94
Rater 1	6 (1-12)		
Rater 2	5 (1-12)		
Test-retest reliability (n = 16)		0.587	0.77
Test	9.5 (1-15)		
Retest	6 (2-15)		

ICC = intraclass correlation coefficient; FAS-IR = Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder – Interviewer-Rated.

* Wilcoxon test.

Table 2. Exploratory factor analysis of the Brazilian version of the FAS-IR (n = 114)

Items	Factor 1	Factor 2	Factor 3
	Participation	Facilitation	Modification
5 – Participating in the compulsions	0.804	0.055	0.030
6 – Facilitating the compulsions	0.770	0.126	0.273
8 – Tolerating strange behaviors	0.499	0.073	0.404
1 – Providing reassurance	0.457	0.468	0.145
2 – Watching the patient’s rituals	0.361	0.688	-0.005
3 – Waiting for the patient	0.210	0.734	0.059
9 – Helping with daily tasks or simple decisions	-0.125	0.674	0.370
10 – Taking over the patient’s responsibilities	-0.226	0.613	0.465
4 – Refraining from saying or doing things	0.049	0.230	0.507
7 – Facilitating the avoidance	0.218	-0.065	0.539
11 – Modifying personal routine	0.167	0.157	0.845
12 – Modifying the family routine	0.171	0.272	0.807
Cronbach’s α	0.666	0.701	0.704

5.2 ARTIGO 2

Impact of cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder on family accommodation: a randomized clinical trial*

Juliana Braga Gomes,^{a,b} Aristides Volpato Cordioli,^{a,b} Cristiane Flôres Bortoncello,^b

Daniela Tusi Braga,^b Francine Gonçalves,^b Elizeth Heldt^{a,b}

^a Program of Anxiety Disorders, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brazil. ^b Graduate Program in Medical Sciences: Psychiatry, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brazil.

Short title: CBGT and family accommodation in OCD

Conflicts of interest: None.

Financial support: Fundo de Incentivo a Pesquisa e Eventos/Hospital de Clínicas de Porto Alegre (FIPE-HCPA) and Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Corresponding author:

Juliana Braga Gomes

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Av. Ramiro Barcelos, 2350, sala 400N

CEP 90035-903 – Porto Alegre – RS – Brazil

Tel.: +55 51 3359.8294

E-mail address: ju_gomes@terra.com.br

* Artigo formatado e submetido para a revista Psychotherapy and Psychosomatics.

Abstract

Background: Family accommodation (FA) in obsessive-compulsive disorder (OCD) has been correlated with greater symptom severity. Research evaluating the impact of treatment on FA is scarce. The aims of present study were to assess the impact of cognitive-behavioral group therapy (CBGT) with the brief involvement of family members on FA and to identify predictors of FA reduction after CBGT, with a focus on patient and family member characteristics.

Methods: This randomized clinical trial assessed 98 pairs of patients with OCD and their family members: 52 (53.1%) were randomly allocated to the intervention group (12 CBGT sessions – two with the family member), and 46 (46.9%) were assigned to a waiting list (control group). Symptom severity and FA were assessed before and after CBGT.

Results: There was significant improvement of all OCD symptoms and FA scores after CBGT in the intervention group when compared to the control group ($p < 0.001$). The following variables were predictors of FA reduction after the multivariate analysis: patient characteristics – absence of comorbid unipolar disorder ($\beta = 0.338$; $p = 0.014$), a lower obsession score ($\beta = 0.244$; $p = 0.045$), and higher education level ($\beta = -0.351$; $p = 0.006$); and family member characteristics – a higher hoarding score ($\beta = -0.461$; $p = 0.001$). The model explained 47.2% of the variance in FA scores after CBGT.

Conclusions: Our results suggest that CBGT for patients with OCD and the brief involvement of family members in therapy contributes to reduce FA. Both patient and family member characteristics were predictors of FA reduction. This finding can help qualify CBGT treatment protocols.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, family accommodation, cognitive-behavioral therapy.

Introduction

Families of patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) often change their daily routines in response to symptoms, in an attempt to relieve anxiety and/or reduce the time spent in rituals – a phenomenon that has been referred to as family accommodation (FA) [1-3]. Family involvement in OCD symptoms as evaluated by the Family Accommodation Scale for Obsessive Compulsive Disorder – Interviewer Rated (FAS-IR) has revealed high prevalence rates of FA, ranging from 89% [4] to 98.2% [5]. Some of the most frequently reported FA behaviors include providing reassurance and participating in the patient's compulsions [1,3,5-7].

Studies have shown a significant association between FA and obsessive-compulsive symptom severity [3,5,8-10]. For example, presence of contamination/cleaning symptoms [3,6,9] and more severe obsession symptoms [5] have been correlated with greater FA levels. In another study, FA was moderately correlated with the patient's anxiety and depressive symptoms [9].

In some cases, family members may have obsessive-compulsive symptoms of their own, and may therefore accommodate or even promote the patient's symptoms as an extension of their own anxiety [4]. A recent study investigating specific family member symptoms found a positive correlation between family member hoarding and FA [5].

Previous studies have identified an association between higher FA levels and worse treatment results in adult and pediatric patients treated with cognitive behavioral therapy (CBT) and/or pharmacotherapy [11-13]. In particular, a recent study has evaluated the effect of two sessions of psychoeducation and skills training in reducing accommodation in nine relatives of patients with OCD treated with exposure and ritual prevention, compared to a control group of family members who did not receive the two psychoeducation sessions. The preliminary results revealed a reduction in accommodation in the first month of patient

treatment. At the end of the study, FA scores in the control group remained at 78% of the initial levels, while in the intervention group, they decreased to 37% of baseline scores [14].

Several clinical trials have evidenced that CBT, applied either individually or in groups, is effective in reducing obsessive-compulsive symptoms [15-18]. However, to our knowledge, only one study so far – namely, the pilot study conducted by Thompson-Hollands et al. [14] – has evaluated the use of a brief family intervention focused on FA in adult patients with OCD. Specifically, no previous study has evaluated the impact of cognitive-behavioral group therapy (CBGT) administered to adults with OCD with the brief involvement of family members on FA.

Therefore, the objectives of present study were 1) to assess the impact of CBGT with the brief involvement of family members on FA, and 2) to identify predictors of FA reduction after CBGT, with a focus on patient and family member characteristics. Our hypotheses were 1) that CBGT administered to patients with OCD and involving family members in two sessions could have a positive impact on FA scores, and 2) that particular characteristics of patients and family members could have an influence on FA reduction after CBGT.

Methods

Generally, the patient screening/selection process was the same employed in a previous cross-sectional study [5]. However, because several differences exist, the methodology will be described below in detail.

The present study was approved by the Research Ethics Committee of Hospital de Clínicas de Porto Alegre (protocol no. 08-566).

Study design

In this randomized clinical trial, subjects were randomly allocated to either the intervention group, i.e., 12 CBGT sessions, of which 10 were conducted with patients only and two (first and eighth) involved both patients and family members, or to a control group where patients were assigned to a waiting list (no intervention with patients or family members). Group allocation was performed by an investigator not involved in the clinical trial, using a computer-generated list of random numbers provided by an independent statistician.

Participants

From 2009 to 2010, patients were recruited from the general population through lectures, radio and TV interviews, and newspaper advertisements, and invited to participate in the CBGT program offered to patients with OCD at the hospital. A total of 153 patients were screened; the patient selection process is shown in Figure 1.

The following inclusion criteria were considered for patients: age between 18 and 65 years; meeting diagnostic criteria for OCD as measured by the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I); Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) scores ≥ 16 ; and being medication-free or on a stable dose of medication for at least 3 months before entering the study. Exclusion criteria for patients were: presenting major depression with suicidal ideation, schizophrenia or other psychotic disorder, mental retardation, and current abuse of alcohol or other substances, except nicotine. Inclusion criteria for family members were living with the patient and being at least 18 years old. Family members were not excluded if they presented obsessive-compulsive symptoms.

Every patient selected to enter the study was asked to designate one family member, with whom they lived, to be interviewed as part of the study protocol (for the scope of the

present study, family member was defined as any significant other living with the patient, consanguineous or not, i.e., parents, siblings, children, spouses, or other). Family members were invited to participate only after consent was obtained from the patient. All patients and family members provided written informed consent prior to their inclusion in the study.

Patients assigned to the waiting list (controls) were referred to treatment with the same CBGT protocol immediately after treatment completion in the intervention group (i.e., after 3 months).

Variables and measures

Data were collected by psychologists with experience in OCD and previously trained in the study procedures. Patients and family members were assessed at two time points, namely, during randomization (before CBGT) and 3 months later (after the end of the CBGT program). Instruments were administered individually and separately to patients and their family members.

Sociodemographic characteristics and clinical variables were assessed in patients and family members using a questionnaire specifically designed for the study. OCD and comorbidities were measured in patients using the SCID-I, a gold standard instrument for the assessment of psychiatric disorders [19]. A multicenter study carried out in Brazil using the SCID-I reported inter-rater reliability rates as high as 96% [20].

The Obsessive-Compulsive Inventory – Revised (OCI-R) is a self-report scale used to identify obsessive-compulsive symptoms [21]. This instrument was filled by patients and family members. The OCI-R comprises 18 questions and 6 subscales: checking, hoarding, neutralizing, obsessing, ordering, and cleaning. The Brazilian version of the scale has shown good internal consistency, with Cronbach's alpha = 0.830 [22].

The Y-BOCS was also administered to both patients and family members to evaluate the severity of OCD symptoms [23]. This instrument includes 10 questions, 5 related to obsessions and 5 to compulsions, with scores ranging from 0 to 40. The Y-BOCS is widely used worldwide and has good psychometric properties, with good inter-rater reliability (intraclass coefficient = 0.980) and internal consistency (Cronbach's alpha ranging from 0.880 to 0.910).

The Clinical Global Impressions Scale (CGI) was used only in patients to evaluate global disease severity [24]. Ratings may vary from 1 (normal/not ill) to 7 (extremely severe mental illness). The CGI scale is a well-established research-rating tool applicable to all psychiatric disorders.

Depression and anxiety symptoms were assessed only in patients using the Beck Depression Inventory (BDI) [25] and the Beck Anxiety Inventory (BAI), respectively [26]. Each scale contains 21 questions, with a maximum score of 63. The Brazilian versions of the two instruments have shown good psychometric properties, with Cronbach's alpha accuracy rates ranging from 0.790 to 0.910 for BDI and from 0.830 to 0.920 for BAI [27].

Finally, the FAS-IR was administered to family members to evaluate the frequency of their participation in patients' symptoms. Application of this instrument comprises two stages: first, the interviewer evaluates the types of symptoms that the patient has or has had in the week preceding the interview, according to the family member's perception; second, the interviewer evaluates FA using 12 questions on reassurance, participation in rituals, and modification of family routines, among other aspects. The scores obtained on each question are summed to generate the total FA score, which may range from 0 to 48. This scale has shown adequate internal consistency, with Cronbach's alpha = 0.820 in the original version [4]. The instrument has been cross-culturally adapted to Brazilian Portuguese [28] and has

shown excellent inter-rater reliability (intraclass correlation coefficient [ICC] = 0.940), acceptable test-retest reliability (ICC = 0.770), and Cronbach's alpha = 0.805 [29].

Intervention

The CBGT program employed in the present study has been described elsewhere [15,30] and has been shown to be effective in patients with OCD [31]. Briefly, treatment includes psychoeducation, exposure and response prevention (ERP) techniques, cognitive tools to change dysfunctional thoughts and beliefs, strategies to prevent relapses, and homework exercises after each session. CBGT was delivered in 12 sessions, lasting for 2 hours each, over 3 months, coordinated by two therapists with prior experience in CBGT.

Family members were invited to join the first and eighth sessions of the CBGT program. The goal of these two sessions was to provide psychoeducation in OCD and CBT, in addition to guidance on attitudes (with a focus on FA) that could help the patients reduce their obsessive-compulsive symptoms. During these sessions, family members could make questions, share their experiences, and discuss any relevant topic with the therapist and with other group members.

Statistical analysis

Categorical variables were presented as absolute and relative frequencies. Continuous variables were described as means \pm standard deviation (SD) or standard error (SE). For the comparison of means, the Student *t* test for independent samples or one-way analysis of variance (ANOVA) was used. In cases of asymmetrical data, both Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests were applied. Associations between categorical variables were assessed using either Pearson's chi-square test or Fisher's exact test; associations with continuous or ordinal variables were assessed using either Pearson's or Spearman's correlation coefficients.

For simultaneous intragroup and intergroup comparisons, the generalized estimating equation (GEE) model was used, with adjustment for possible confounding factors through Bonferroni correction. Multiple linear regression analysis using the backward extraction method was performed to control for confounding factors and assess variables independently associated with reduction in FA scores. Only variables showing $p < 0.20$ in the bivariate analysis were included in the model.

Significance was set at $p < 0.05$ (bilateral) and 95% confidence intervals (95%CI). All analyses were performed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 21.0.

Results

A total of 98 pairs of patients and family members were included: 52 (53.1%) were randomly allocated to CBGT with the involvement of family members in two sessions (intervention group), and 46 (46.9%) were assigned to a waiting list (control group). The age of patients in the intervention group was significantly higher (44.5 ± 14.3) than in the control group (37.1 ± 13.3 ; $p = 0.010$). There were no other significant differences between the two groups of patients with regard to sociodemographic or clinical characteristics (Table 1).

Family members from the two groups also showed similar sociodemographic and clinical characteristics. However, a significant difference was found for FA scores, which were higher in the control group (18.5 ± 11.3) when compared to the CBGT group (13.9 ± 9.00 ; $p = 0.028$) (Table 1).

Treatment effects are shown in Table 2. The CBGT group showed a significant reduction in OCD symptoms (measured by Y-BOCS, OCI-R, and CGI) when compared to the control group, as well as in anxiety (BAI) and depression symptoms (BDI). The results remained significant after adjustment for potential confounding factors.

Family members in the CBGT group showed a significant reduction in FA as measured by the FAS-IR. Of all other symptoms assessed, a statistically significant effect was found only for the OCI-R checking domain (Table 3).

Predictors of FA reduction in the intervention group

Possible predictors of FA reduction were assessed considering the 46 patients and family members who completed CBGT. There was a statistically significant association between FA reduction and patients with higher education levels ($r = -0.415$; $p = 0.005$).

The family members showing the greatest reductions in FA after the intervention were those who presented higher baseline scores for hoarding ($r = -0.405$; $p = 0.005$), obsessions ($r = -0.483$; $p = 0.001$), cleaning ($r = -0.475$; $p = 0.001$), and total scores ($r = -0.327$; $p = 0.027$) in the OCI-R, and for compulsions ($r = -0.429$; $p = 0.028$) and total scores ($r = -0.362$; $p = 0.008$) in the Y-BOCS. Of the categorical variables, only comorbidity with unipolar disorder in the patient was associated with FA reduction: -6.8 ± 8.4 for absence of unipolar disorder vs. -1.7 ± 5.6 for presence of unipolar disorder ($p = 0.018$).

In order to identify independent predictors of FA reduction, multivariate regression was conducted. The following baseline data were included in the model: for patients, education level, number of comorbidities, comorbidity with unipolar disorder, current use of medication, disease duration, marital status, Y-BOCS obsession score, and OCI-R contamination score; and for family members, age, Y-BOCS compulsion score, and OCI-R obsession, cleaning, and hoarding scores.

The following patient-related variables were independent predictors of FA reduction after the multivariate analysis: absence of comorbid unipolar disorder, which was associated with a reduction of 4.97 (95% CI = 1.06-8.87) in post-intervention FA scores when compared with family members of patients who presented the comorbidity ($\beta = 0.338$; $p = 0.014$); a

lower Y-BOCS obsession score, where every point decrease reduced post-intervention FA scores in 0.59 (95%CI = 0.02-1.16; $\beta = 0.244$; $p = 0.045$); and a higher education level, where every year increase in education reduced post-intervention FA scores in 0.63 (95%CI = -1.08 to -0.19; $\beta = -0.351$; $p = 0.006$).

Among family member characteristics, only hoarding score was an independent predictor of FA reduction. Every point increase in the OCI-R hoarding score caused a reduction of 1.36 in post-intervention FA scores (95%CI = -2.10 to -0.62; $\beta = -0.461$; $p = 0.001$). This model explained 47.2% of the variance in FA scores after CBGT ($F[5,39] = 6.97$; $p < 0.001$; $R^2 = 47.2\%$).

Discussion

The results of the present study confirmed the effectiveness of CBGT in improving all outcome measures in patients with OCD, as reported previously [15,31]. Also, in line with our hypothesis, a significant reduction in FA was found in the group treated with CBGT (two sessions with family members) when compared to patients assigned to the waiting list. Previous studies assessing children and adolescents with OCD who received family-based CBT have also reported reductions of FA levels [2,32,33]. In addition, a study evaluating the effect of a 16-session couple-based CBT program targeted at patients with OCD and their romantic partners reported a reduction in FA levels after treatment [34]. Similarly, the study conducted by Thompson-Hollands et al. [14] involving adult patients treated with ERP for OCD observed FA reduction in family members who received two sessions of psychoeducation and skills training. The present study appears to be the first randomized clinical trial involving adult patients with OCD to identify an impact of CBGT on FA.

Our hypothesis on the reduction of FA as a result of CBGT administered to patients with OCD is related to a decrease in the patient's symptoms. As patients improve, they

become more willing to challenge themselves and not depend on the family [14]. Also, family members usually accommodate the patient's symptoms because they believe that this behavior will help, when in fact it reinforces symptoms. With the guidance received in the two sessions, family members became aware of the negative effects of FA on the maintenance of symptoms, and possibly felt comfortable contradicting the patient and even frustrating them by refusing to participate in rituals or avoidance behaviors.

In our study, FA reduction was determined by both patient and family member characteristics. In particular, we found that patient comorbidity with unipolar disorder had a negative effect on FA, weakening the benefits of the intervention. In a previous study, adolescents with both OCD and depressive disorder were found to have increased OCD symptom severity and family accommodation when compared with adolescents with OCD but without depressive disorder [35]. Also, there is evidence in the literature correlating major depression and more severe OCD symptoms [36], as well as increased OCD symptom severity and higher FA levels [5].

More severe obsessional symptoms in the patient were also found to predict smaller changes in FA in our sample. A possible explanation for this finding is that family members are often unaware of the patient's obsessions, and may fear an increase in patient anxiety as a result of changes in their routines. According to a previous study, the perception of family members regarding the patient's ability (or inability) to control their own thoughts and behaviors can play a significant role in family members' responses, including accommodation [8]. Also, it is likely that family members of patients with more severe symptoms live in a more rigid environment, with well established changes to the routine in an effort to adapt to the severity of the disease. As a result, these same family members may have been unable to perform the changes proposed in the sessions to decrease FA. It is likely that these more

severe patients and their family members would require longer interventions and would need more time before being able to change FA behaviors.

A higher education level was another patient-related factor showing a positive effect on FA reduction after the intervention. This result could be related to an improved understanding of the therapy in patients with more years of formal education. A previous study had already reported that patients not responding to treatment with CBT and medication tended to have lower education levels when compared to those who responded to treatment [12]. Patients with higher levels of education can probably have a better understanding of the guidance provided about the damage caused by FA, i.e., about the negative influence of family members' participation in rituals/avoidances on the maintenance of OCD symptoms.

Regarding family member characteristics, a higher hoarding score at baseline was a significant predictor of FA reduction. The presence of OCD symptoms in family members has been reported previously [4,7], and higher hoarding scores in family members have been associated with higher levels of FA [5]. Likewise, in this study, a positive association was found between higher baseline hoarding scores in the family member and higher FA scores ($r = 0.295$; $p = 0.034$). On the one hand, the higher FA scores obtained allowed a larger margin for FA reduction after the intervention. On the other hand, however, it is possible that having an OCD symptom makes the family member become more interested in the therapy and thus adhere more to the guidance so as to help the patient. It is important to highlight that the hoarding scores obtained by the family members in our study were not high enough to classify them as hoarders.

Some limitations of the present study deserve discussion. First and foremost, the investigators involved in the study were not blind to group allocation, which may have led to a measurement bias. Another limitation was the inclusion of only one family member designated by the patient and not assessed for the presence of psychopathology (SCID-I was

applied to patients only). Finally, considering the design of the study, it remains unclear whether FA reduction was due to a decrease in the patient's OCD symptoms, or to the two sessions of psychoeducation and guidance involving the family members, or maybe to a combination of both.

In conclusion, our results add to the current body of knowledge not only by confirming that CBGT is effective in reducing OCD symptoms, but also by showing that CBGT with a brief family intervention focused on FA contributes to reduce FA levels. Moreover, some patient and family member characteristics were found to predict FA, a finding that can contribute to the qualification of the CBGT protocols currently employed. Future longitudinal studies are warranted to investigate whether the reduction in FA observed after OCD treatment remains over time.

References

1. Calvocoressi L, Lewis B, Harris M, Trufan SJ, Goodman WK, McDougle CJ, Price LH: Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995;152:441–443.
2. Merlo LJ, Lehmkuhl HD, Geffken GR, Storch EA: Decreased family accommodation associated with improved therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol* 2009;77:355–360.
3. Albert U, Bogetto F, Maina G, Saracco P, Brunatto C, Mataix-Cols D: Family accommodation in obsessive-compulsive disorder: relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics. *Psychiatry Res* 2010;179:204–211.
4. Calvocoressi L, Mazure CM, Kasl SV, Skolnick J, Fisk D, Vegso SJ, Van Noppen BL, Price LH: Family accommodation of obsessive-compulsive symptoms: instrument development and assessment of family behavior. *J Nerv Ment Dis* 1999;187:636–642.
5. Gomes JB, Van Noppen B, Pato M, Braga DT, Meyer E, Bortolucello CF, Cordoli AV: Patient and family factors associated with family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2014;68:621–630.
6. Stewart SE, Beresin C, Haddad S, Egan Stack D, Fama J, Jenike M: Predictors of family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Ann Clin Psychiatry* 2008;20:65–70.
7. Peris TS, Bergman RL, Langley A, Chang S, McCracken JT, Piacentini J: Correlates of accommodation of pediatric obsessive-compulsive disorder: parent, child, and family characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47:1173–1181.
8. Van Noppen B, Steketee G: Testing a conceptual model of patient and family predictors of obsessive compulsive disorder (OCD) symptoms. *Behav Res Ther* 2009;47:18–25.

9. Ferrão YA, Florão MS: [Family accommodation and perceived criticism in patients with obsessive-compulsive disorder.] *J Bras Psiquiatr* 2010;59:34–43. Portuguese.
10. Lebowitz ER, Panza KE, Su J, Bloch MH: Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Expert Rev Neurother* 2012;12:229–238.
11. Amir N, Freshman M, Foa EB: Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients. *J Anxiety Disord* 2000;14:209–217.
12. Ferrão YA, Shavitt RG, Bedin NR, de Mathis ME, Carlos Lopes A, Fontenelle LF, Torres AR, Miguel EC: Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord* 2006;94:199–209.
13. Garcia AM, Sapyta JJ, Moore PS, Freeman JB, Franklin ME, March JS, Foa EB: Predictors and moderators of treatment outcome in the Pediatric Obsessive Compulsive Treatment Study (POTS I). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49:1024–1033.
14. Thompson-Hollands J, Abramovitch A, Tompson MC, Barlow DH: A randomized clinical trial of a brief family intervention to reduce accommodation in obsessive-compulsive disorder: a preliminary study. *Behav Ther* 2015;46:218–229.
15. Cordioli AV, Heldt E, Braga Bochi D, Margis R, Basso de Sousa M, Fonseca Tonello J, Gus Manfro G, Kapczinski F: Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *Psychother Psychosom* 2003;72:211–216.
16. Jónsson H, Hougaard E: Group cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2009;119:98–106.
17. Jónsson H, Hougaard E, Bennedsen BE: Randomized comparative study of group versus individual cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2011;123:387–397.

18. McKay D, Sookman D, Neziroglu F, Wilhelm S, Stein DJ, Kyrios M, Matthews K, Veale D: Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2015;227:104–113.
19. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB: *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders: Clinical Version (SCID-CV)*. Washington, American Psychiatric Press, 1997.
20. Miguel EC, Ferrão YA, Rosário MC, Mathis MA, Torres AR, Fontenelle LF, Hounie AG, Shavitt RG, Cordioli AV, Gonzalez CH, Petribú K, Diniz JB, Malavazzi DM, Torresan RC, Raffin AL, Meyer E, Braga DT, Borcato S, Valério C, Gropo LN, Prado Hda S, Perin EA, Santos SI, Copque H, Borges MC, Lopes AP, Silva ED; Brazilian Research Consortium on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders: The Brazilian Research Consortium on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders: recruitment, assessment instruments, methods for the development of multicenter collaborative studies and preliminary results. *Rev Bras Psiquiatr* 2008;30:185–196.
21. Foa EB, Kozak MJ, Salkovskis PM, Coles ME, Amir N: The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: the Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychol Assess* 1998;10:206–214.
22. Souza FP, Foa EB, Meyer E, Niederauer KG, Cordioli AV: Psychometric properties of the Brazilian Portuguese version of the Obsessive-Compulsive Inventory - Revised (OCI-R). *Rev Bras Psiquiatr* 2011;33:137–143.
23. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, Charney DS: The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: II. Validity. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:1012–1016.
24. Guy W: *ECDEU Assessment manual for psychopharmacology*. Rockville, U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug

- Abuse, and Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, Psychopharmacology Research Branch, Division of Extramural Research Programs, 1976.
25. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J: An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561–571.
 26. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA: An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:893–897.
 27. Cunha J: Manual da versão em português das escalas de Beck. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2001. Portuguese.
 28. Gomes JB, Calvocoressi L, Van Noppen B, Pato M, Meyer E, Braga DT, Kristensen CH, Cordioli AV: Translation and adaptation into Brazilian Portuguese of the Family Accommodation Scale for Obsessive Compulsive Disorder – Interviewer-Rated (FAS-IR). *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 2010;32:102–112.
 29. Gomes JB, Cordioli AV, Van Noppen B, Pato M, Wolitzky-Taylor K, Gonçalves F, Heldt E: Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder – Interviewer-Rated (FAS-IR), Brazilian Portuguese version: internal consistency, reliability, and exploratory factor analysis. *Compr Psychiatry* 2015;57:155–159.
 30. Cordioli AV, Heldt E, Bochi DB, Margis M, de Sousa MB, Tonello JF, Teruchkin B, Kapczinski F: Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a clinical trial. *Rev Bras Psiquiatr* 2002;24:113–120.
 31. Raffin AL, Guimarães Fachel JM, Ferrão YA, Pasquoto de Souza F, Cordioli AV: Predictors of response to group cognitive-behavioral therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry* 2009;24:297–306.

32. Barrett P, Healy-Farrell L, March JS: Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:46–62.
33. Storch EA, Geffken GR, Merlo LJ, Jacob ML, Murphy TK, Goodman WK, Larson MJ, Fernandez M, Grabill K: Family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2007;36:207–216.
34. Abramowitz JS, Baucom DH, Boeding S, Wheaton MG, Pukay-Martin ND, Fabricant LE, Paprocki C, Fischer MS: Treating obsessive-compulsive disorder in intimate relationships: a pilot study of couple-based cognitive-behavior therapy. *Behav Ther* 2013;44:395–407.
35. Storch EA, Lewin AB, Larson MJ, Geffken GR, Murphy TK, Geller DA: Depression in youth with obsessive-compulsive disorder: clinical phenomenology and correlates. *Psychiatry Res* 2012;196:83–89.
36. Quarantini LC, Torres AR, Sampaio AS, Fossaluza V, Mathis MA, do Rosário MC, Fontenelle LF, Ferrão YA, Cordioli AV, Petribu K, Hounie AG, Miguel EC, Shavitt RG, Koenen KC: Comorbid major depression in obsessive-compulsive disorder patients. *Compr Psychiatry* 2011;52:386–393.

Table 1 - Sociodemographic and clinical characteristics of patients and family members at baseline

Variables*	Patients (n = 98)		p	Family members (n = 98)		p
	CBGT (n = 52)	Control (n = 46)		CBGT (n = 52)	Control (n = 46)	
Sociodemographic						
Age (years)	44.5 ± 14.3	37.1 ± 13.3	0.010	47.3 ± 13.7	43.4 ± 13.7	0.168
Sex						
Male	22 (42.3)	15 (32.6)	0.436	17 (32.7)	20 (43.5)	0.373
Female	30 (57.7)	31 (67.4)		35 (67.3)	26 (56.5)	
Race						
Caucasian	50 (96.2)	43 (93.5)	0.888	49 (94.2)	44 (95.7)	1.000
Other	2 (3.8)	3 (6.5)		3 (5.8)	2 (4.3)	
Education level (years)	14.5 ± 4.27	13.4 ± 3.15	0.150	13.7 ± 4.67	13.2 ± 3.87	0.529
Marital status						
Married	36 (69.2)	24 (52.2)	0.128	36 (69.2)	33 (71.7)	0.960
Other	16 (30.8)	22 (47.8)		16 (30.8)	13 (28.3)	
Current occupation						
Yes	26 (50.0)	29 (63.0)	0.274	26 (50.0)	21 (45.7)	0.820
No	26 (50.0)	17 (37.0)		26 (50.0)	25 (54.3)	
Clinical						
Age at disease onset	14.5 ± 10.6	11.5 ± 5.06	0.073	-	-	-
Disease duration	30.0 ± 13.5	25.2 ± 12.9	0.078	-	-	-
Previous psychotherapy	25 (48.1)	24 (53.3)	0.754	-	-	-
Current use of medication	26 (50.0)	27 (58.7)	0.510	-	-	-
Number of comorbidities	1.62 ± 1.39	2.02 ± 1.56	0.177	-	-	-
Other anxiety disorders	27 (51.9)	31 (68.9)	0.136	-	-	-
Unipolar disorder [†]	25 (48.1)	12 (26.7)	0.051	-	-	-
Bipolar disorder	8 (15.4)	8 (17.8)	0.966	-	-	-
Eating disorders	3 (5.8)	6 (13.3)	0.295	-	-	-
Other psychiatric disorders	5 (9.6)	10 (22.2)	0.152	-	-	-
Symptom severity						
Y-BOCS						
Obsessions	13.6 ± 3.06	12.6 ± 3.21	0.104	5.03 ± 3.95	5.37 ± 4.00	0.725

Compulsions	14.0 ± 3.46	13.4 ± 3.01	0.343	4.85 ± 4.45	6.89 ± 4.81	0.075
Total	27.6 ± 5.78	26.0 ± 5.16	0.145	9.73 ± 7.74	12.3 ± 7.65	0.180
CGI	5.08 ± 0.86	4.91 ± 0.94	0.362	-	-	-
BAI	19.5 ± 9.62	18.2 ± 10.1	0.511	-	-	-
BDI	18.5 ± 8.68	18.6 ± 8.94	0.963	-	-	-
OCI-R total	34.5 ± 13.9	34.2 ± 12.9	0.918	7.96 ± 8.42	10.7 ± 9.96	0.151
FAS-IR	-	-	-	13.9 ± 9.00	18.5 ± 11.3	0.028

* Continuous variables are presented as mean ± standard deviation (SD); categorical variables are presented as n (%).

† Unipolar disorder includes states of depression and dysthymia.

BAI = Beck Anxiety Inventory; BDI = Beck Depression Inventory; CBGT = cognitive behavioral group therapy; CGI = Clinical Global Impressions Scale; FAS-IR = Family Accommodation Scale – Interviewer Rated; OCI-R = Obsessive-Compulsive Inventory – Revised; Y-BOCS = Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale.

Table 2 - Symptom severity in patients (CBGT and control groups) before and after the intervention

Variables*	Before		After		Adjusted difference [†] (95%CI)		P _{group}	P _{time}	P _{group vs. time} (adjusted)
	CBGT	Control	CBGT	Control	CBGT	Control			
Y-BOCS									
Obsessions	13.6 ± 0.42	12.8 ± 0.48	7.10 ± 0.62	11.7 ± 0.48	6.57 (5.09 to 8.04)	0.89 (-0.10 to 1.88)	0.003	<0.001	<0.001
Compulsions	14.0 ± 0.48	13.6 ± 0.45	6.65 ± 0.70	13.1 ± 0.48	7.38 (5.74 to 9.03)	0.28 (-0.99 to 1.54)	<0.001	<0.001	<0.001
Total	27.3 ± 0.79	26.4 ± 0.80	13.8 ± 1.26	24.7 ± 0.86	14.0 (11.2 to 16.7)	1.19 (-0.70 to 3.09)	<0.001	<0.001	<0.001
OCI-R									
Hoarding	6.39 ± 0.61	3.97 ± 0.55	2.67 ± 0.44	4.38 ± 0.67	3.82 (2.51 to 5.14)	0.13 (-0.99 to 1.25)	0.631	<0.001	<0.001
Checking	6.34 ± 0.60	6.95 ± 0.63	2.38 ± 0.38	7.44 ± 0.60	4.09 (2.52 to 5.66)	0.10 (-1.27 to 1.48)	<0.001	<0.001	<0.001
Ordering	6.84 ± 0.60	6.33 ± 0.60	3.31 ± 0.49	7.05 ± 0.63	4.35 (2.97 to 5.72)	0.95 (-0.23 to 2.12)	0.025	<0.001	<0.001
Neutralization	3.37 ± 0.52	4.38 ± 0.65	1.48 ± 0.38	4.28 ± 0.65	2.29 (1.03 to 3.55)	0.07 (-1.59 to 1.74)	0.005	0.016	0.003
Obsession	7.37 ± 0.67	7.72 ± 0.59	3.67 ± 0.52	7.05 ± 0.59	4.14 (2.68 to 5.60)	0.89 (-0.66 to 2.44)	0.012	<0.001	<0.001
Cleaning	4.18 ± 0.62	4.54 ± 0.63	2.29 ± 0.48	4.31 ± 0.57	2.32 (0.93 to 3.71)	0.23 (-0.87 to 1.33)	0.098	0.007	0.002
Total	34.5 ± 2.22	33.9 ± 2.01	15.8 ± 2.07	34.5 ± 2.41	20.8 (14.6 to 27.0)	0.48 (-4.86 to 5.81)	<0.001	<0.001	<0.001
CGI	5.08 ± 0.12	4.95 ± 0.14	2.63 ± 0.22	4.80 ± 0.16	2.44 (1.97 to 2.90)	0.18 (-0.09 to 0.45)	<0.001	<0.001	<0.001
BAI (anxiety)	19.5 ± 1.33	18.8 ± 1.43	11.7 ± 1.75	21.1 ± 1.91	7.82 (3.54 to 12.1)	2.53 (-1.48 to 6.54)	0.033	0.008	<0.001
BDI (depression)	18.5 ± 1.20	19.1 ± 1.35	11.4 ± 1.47	18.4 ± 1.72	7.27 (3.80 to 10.7)	0.00 (-3.60 to 3.59)	0.038	<0.001	<0.001

* Continuous variables are presented as mean ± standard error.

† Adjusted for baseline score, age, disease duration, FAS-IR score, and unipolar disorder.

BAI = Beck Anxiety Inventory; BDI = Beck Depression Inventory; CBGT = cognitive behavioral group therapy; CGI = Clinical Global Impressions Scale; FAS-IR = Family Accommodation Scale – Interviewer Rated; OCI-R = Obsessive-Compulsive Inventory – Revised; Y-BOCS = Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale.

Table 3 - Symptom severity in family members (CBGT and control groups) before and after the intervention

Variables*	Before		After		Adjusted difference [†] (95%CI)		P _{group}	P _{time}	P _{group vs. time} (adjusted)
	CBGT	Control	CBGT	Control	CBGT	Control			
Y-BOCS									
Obsession	5.03 ± 0.68	5.56 ± 0.67	5.92 ± 0.88	5.56 ± 0.84	0.62 (-1.23 to 2.47)	0.10 (-0.98 to 1.19)	0.246	0.361	0.535
Compulsion	4.85 ± 0.76	6.71 ± 0.81	5.79 ± 1.03	6.59 ± 0.97	1.61 (-0.68 to 3.90)	0.26 (-1.30 to 1.82)	0.622	0.196	0.076
Total	9.73 ± 1.33	12.3 ± 1.31	11.8 ± 1.70	12.2 ± 1.65	0.30 (-1.70 to 2.29)	0.54 (-1.70 to 2.79)	0.576	0.800	0.444
OCI-R									
Hoarding	1.38 ± 0.33	2.07 ± 0.36	1.87 ± 0.39	2.74 ± 0.61	0.48 (-0.48 to 1.45)	0.30 (-1.37 to 1.98)	0.907	0.303	0.798
Checking	1.23 ± 0.29	1.61 ± 0.35	1.17 ± 0.31	2.53 ± 0.47	0.03 (-0.56 to 0.62)	0.95 (0.20 to 1.71)	0.279	0.012	0.006
Ordering	2.35 ± 0.32	3.09 ± 0.43	1.83 ± 0.24	3.18 ± 0.55	0.43 (-0.47 to 1.33)	0.14 (-1.03 to 1.31)	0.661	0.291	0.613
Neutralization	0.35 ± 0.11	0.61 ± 0.19	0.35 ± 0.14	1.08 ± 0.27	0.19 (-0.44 to 0.81)	0.23 (-0.36 to 0.81)	0.439	0.193	0.911
Obsession	1.52 ± 0.27	1.93 ± 0.34	1.43 ± 0.27	2.34 ± 0.45	0.07 (-0.86 to 1.01)	0.01 (-0.94 to 0.96)	0.711	0.868	0.898
Cleaning	1.13 ± 0.26	0.91 ± 0.25	1.22 ± 0.30	0.79 ± 0.25	0.26 (-0.57 to 1.10)	0.04 (-0.47 to 0.56)	0.004	0.546	0.417
Total	7.96 ± 1.16	10.2 ± 1.45	7.87 ± 1.21	12.1 ± 1.89	1.30 (-4.63 to 2.04)	0.44 (-2.79 to 3.67)	0.253	0.309	0.636
FAS-IR	13.9 ± 1.24	18.4 ± 1.72	9.39 ± 1.38	18.8 ± 1.69	5.53 (2.08 to 8.99)	0.16 (-2.22 to 2.55)	<0.001	0.012	0.001

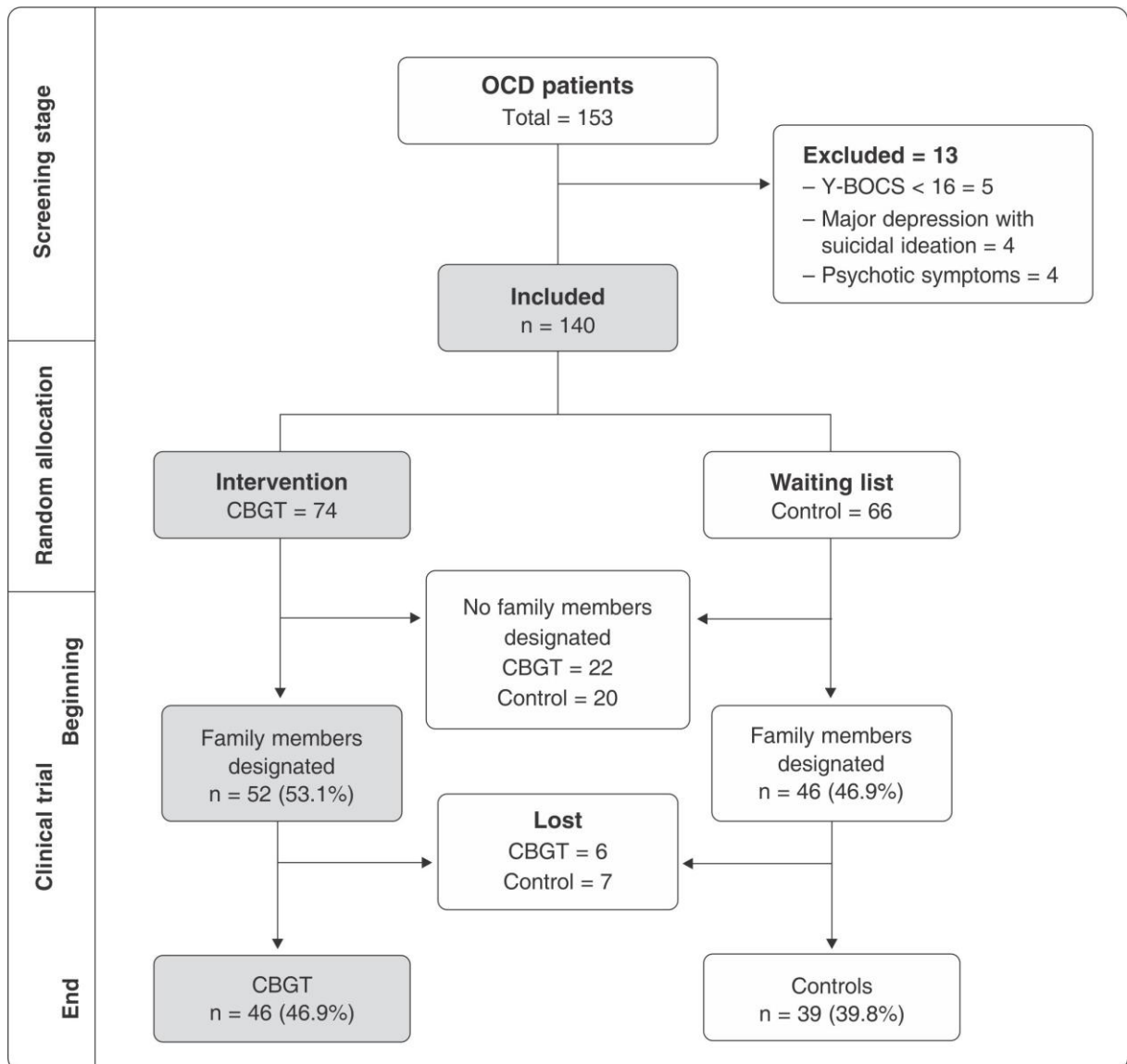
* Variables are presented as mean ± standard error.

† Adjusted for baseline score, age, disease duration, FAS-IR scores, unipolar disorder, and Y-BOCS Family Compulsion Subscale scores.

CBGT = cognitive behavioral group therapy; FAS-IR = Family Accommodation Scale – Interviewer Rated; OCI-R = Obsessive-Compulsive Inventory – Revised; Y-BOCS = Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale.

Figure legend:

Figure 1 - Flow chart of the patient selection process. BDI = Beck Depression Inventory; CBGT = cognitive-behavioral group therapy; OCD = obsessive-compulsive disorder; Y-BOCS = Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale.



5.3 ARTIGO 3

Obsessive-compulsive disorder and family accommodation: a 3-year follow-up*

Juliana Braga Gomes,^{a,b} Aristides Volpato Cordioli,^{a,b} Elizeth Heldt^{a,b}

^a Program of Anxiety Disorders, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brazil. ^b Graduate Program in Medical Sciences: Psychiatry, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brazil.

Short title: OCD and FA: 3-year follow-up results

Conflicts of interest: None.

Financial support: Fundo de Incentivo a Pesquisa e Eventos/Hospital de Clínicas de Porto Alegre (FIPE-HCPA) and Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Corresponding author:

Juliana Braga Gomes
Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Av. Ramiro Barcelos, 2350, sala 400N
CEP 90035-903 – Porto Alegre – RS – Brazil
E-mail address: ju_gomes@terra.com.br

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, family accommodation, cognitive-behavioral therapy.

* Artigo formatado de acordo com as normas da revista *Psychotherapy and Psychosomatics* para Letters to the Editor.

Family accommodation (FA) refers to the participation of family members in the rituals and avoidance behaviors of patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) [1]. Individuals with OCD suffer with frequent doubts and indecision, which leads them to constantly seek reassurance and try to involve their family members in rituals. FA has been correlated with caregiver burden [2] and tends to be greater in relatives of more severe patients [3,4]. An association has also been shown between greater levels of FA and a poorer response to both pharmacological treatment and psychotherapy [5].

The results of a randomized clinical trial designed to assess the impact of 12 sessions of cognitive-behavioral group therapy (CBGT) for OCD, with the involvement of family members in two sessions, found a significant reduction of OCD symptoms and FA scores in the intervention group when compared with patients assigned to a waiting list [6]. The present study reports FA levels found in the sample 3 years after the intervention (12-session CBGT program with the involvement of family members in two sessions). To the authors' knowledge, no other study has evaluated whether the benefits obtained in terms of FA reduction after CBGT for adult patients with OCD with the brief involvement of family members are maintained over time.

All the patients who completed the intervention in 2009-2010 [6] were included in the present analysis. Follow-up interviews were conducted separately with patients and family members. The following instruments used in the randomized clinical trial, all validated to Brazilian Portuguese, were also used at the 3-year follow-up, namely: Obsessive-Compulsive Inventory – Revised (OCI-R) [7], Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI) [8], and Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder – Interviewer Rated (FAS-IR) [9]. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) [10] and the Clinical Global Impression (CGI) [11] were also employed. All instruments were administered by trained psychologists. The CBGT program has been described elsewhere

[12]. The study was approved by the Research Ethics Committee of Hospital de Clínicas de Porto Alegre (protocol no. 11-0356).

The generalized estimating equation (GEE) model with robust variance was used to assess treatment effects in the follow-up period; the analysis was adjusted for multiple comparisons using Bonferroni correction. The relationship between severity of patient OCD symptoms and FA levels was analyzed using Pearson correlation coefficients.

Of the 46 patients who completed the CBGT program, 35 (76.1%) pairs of patients and family members were assessed at the 3-year follow-up. Among the patients lost to follow-up, five could not be reached/located, five did no longer reside with the family member originally interviewed, and one refused to participate.

The demographic and clinical characteristics of patients and family members obtained upon completion of the CBGT program (n=46) were compared with those obtained at the follow-up assessment (n=35); no significant differences were found ($p>0.400$). Seven (20%) of the patients assessed at the follow-up were or had been on some type of psychological treatment during the follow-up period – three of them (9%) continued with individual cognitive-behavioral therapy (CBT) – and 18 (51%) were using medication.

The results of the present analysis showed that the improvement of OCD symptoms achieved with CBGT was significant and remained over time, especially with regard to FA reduction (Table 1). CGI and Y-BOCS scores showed an increase at 3-year follow-up when compared with results obtained immediately after treatment, but continued to be significantly lower than baseline values. With regard to FA levels, measured using the FAS-IR, an FA reduction of 39% was obtained after the therapy, and of 51% at follow-up, compared to baseline levels, even after adjustment for baseline symptoms and for psychological and psychiatric therapies received over the 3-year follow-up period.

At follow-up, a correlation was found between the patients' OCD symptoms and FA levels. There was a significant positive correlation between FAS-IR results and CGI scores ($r=0.587$; $p=0.001$), as well as with Y-BOCS total ($r=0.573$; $p=0.001$), obsession ($r=0.491$; $p=0.006$), and compulsion scores ($r=0.602$; $p<0.001$).

According to these results, the FA reduction obtained with CBGT remained over time. This finding suggests that the contents and strategies learned at the two psychoeducation sessions involving family members may have contributed to maintain reduced FA levels. However, once again, family members of patients with more severe OCD symptoms showed higher FA results at follow-up, confirming the correlation between OCD severity and FA already reported in previous studies [3,4].

The present study has limitations, e.g., the small sample size, the absence of a control group, and losses to follow-up, which may decrease the statistical power of the analysis, especially when controlling for confounders. Another limitation is the naturalistic nature of the follow-up, which does not allow to know whether the results obtained are due exclusively to the intervention performed 3 years before. Nevertheless, the study has the advantage of being the one of first to assess maintenance of FA reduction over time in family members of adult patients with OCD. Moreover, this is the first study to use a validated version of the FAS-IR and to describe results obtained after CBGT with the brief involvement of family members. In sum, the present findings underscore the importance of permanently assessing FA and involving family members in the treatment of patients with OCD.

References

1. Calvocoressi L, Lewis B, Harris M, Trufan SJ, Goodman WK, McDougle CJ, Price LH: Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995;152:441–443.
2. Lee E, Steinberg D, Phillips L, Hart J, Smith A, Wetterneck C: Examining the effects of accommodation and caregiver burden on relationship satisfaction in caregivers of individuals with OCD. *Bull Menninger Clin.* 2015;79:1–13.
3. Albert U, Bogetto F, Maina G, Saracco P, Brunatto C, Mataix-Cols D: Family accommodation in obsessive-compulsive disorder: relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics. *Psychiatry Res* 2010;179:204–211.
4. Gomes JB, Van Noppen B, Pato M, Braga DT, Meyer E, Bortoncello CF, Cordioli AV: Patient and family factors associated with family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2014;68:621–630.
5. Ferrão YA, Shavitt RG, Bedin NR, de Mathis ME, Carlos Lopes A, Fontenelle LF, Torres AR, Miguel EC: Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord* 2006;94:199–209.
6. Gomes JB, Cordioli AV, Bortoncello CF, Braga DT, Gonçalves F, Heldt E: Impact of cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder on family accommodation: a randomized clinical trial. [Artigo submetido na *Psychotherapy and Psychosomatics*]
7. Souza FP, Foa EB, Meyer E, Niederauer KG, Cordioli AV: Psychometric properties of the Brazilian Portuguese version of the Obsessive-Compulsive Inventory - Revised (OCI-R). *Rev Bras Psiquiatr* 2011;33:137–143.
8. Cunha J: Manual da versão em português das escalas de Beck. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2001. Portuguese.

9. Gomes JB, Cordioli AV, Van Noppen B, Pato M, Wolitzky-Taylor K, Gonçalves F, Heldt E: Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder – Interviewer-Rated (FAS-IR), Brazilian Portuguese version: internal consistency, reliability, and exploratory factor analysis. *Compr Psychiatry* 2015;57:155–159.
10. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, Charney DS: The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: II. Validity. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:1012–1016.
11. Guy W: ECDEU Assessment manual for psychopharmacology. Rockville, U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, Psychopharmacology Research Branch, Division of Extramural Research Programs, 1976.
12. Cordioli AV, Heldt E, Bochi DB, Margis M, de Sousa MB, Tonello JF, Teruchkin B, Kapczinski F: Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a clinical trial. *Rev Bras Psiquiatr* 2002;24:113–120.

Table 1 - Symptoms before and after CBGT and at 3-year follow-up

Variables	Before CBGT (n=46)	After CBGT (n=46)	Follow-up (n=35)	Adjusted difference* (95% CI)	P _{adjusted} *
Patients					
Y-BOCS					
Obsessions	13.4 ± 0.3 ^c	6.7 ± 0.6 ^a	8.5 ± 0.8 ^b	-4.9 (-6.7 to -3.0)	<0.001
Compulsions	13.9 ± 0.4 ^c	6.7 ± 0.6 ^a	8.7 ± 0.9 ^b	-5.2 (-7.5 to -3.0)	<0.001
Total	27.4 ± 0.6 ^c	12.9 ± 1.1 ^a	17.0 ± 1.5 ^b	-10.4 (-14.2 to -6.6)	<0.001
OCI-R					
Hoarding	6.9 ± 0.3 ^b	2.9 ± 0.5 ^a	3.5 ± 0.6 ^a	-3.3 (-4.8 to -1.8)	<0.001
Checking	5.7 ± 0.3 ^b	2.2 ± 0.4 ^a	2.7 ± 0.4 ^a	-3.0 (-4.6 to -1.5)	<0.001
Ordering	7.1 ± 0.2 ^b	2.8 ± 0.5 ^a	2.8 ± 0.5 ^a	-4.3 (-5.7 to -2.9)	<0.001
Neutralization	3.7 ± 0.3 ^b	1.5 ± 0.4 ^a	1.7 ± 0.3 ^a	-2.0 (-3.0 to -1.0)	<0.001
Obsession	7.4 ± 0.3 ^b	3.2 ± 0.5 ^a	2.6 ± 0.5 ^a	-4.8 (-6.3 to -3.4)	<0.001
Cleaning	4.7 ± 0.5 ^b	2.1 ± 0.6 ^a	2.4 ± 0.6 ^a	-2.3 (-3.9 to -0.8)	0.001
Total	35.5 ± 1.4 ^b	14.7 ± 2.1 ^a	15.7 ± 2.1 ^a	-19.8 (-25.9 to -13.7)	<0.001
CGI	5.0 ± 0.1 ^c	2.5 ± 0.2 ^a	3.7 ± 0.2 ^b	-1.3 (-1.8 to -0.8)	<0.001
Anxiety (BAI)	18.1 ± 0.9 ^b	9.5 ± 1.4 ^a	11.6 ± 1.4 ^a	-6.5 (-10.9 to -2.1)	<0.001
Depression (BDI)	17.9 ± 0.6 ^b	10.7 ± 1.1 ^a	10.7 ± 1.2 ^a	-7.2 (-10.7 to -3.7)	<0.001
Family members					
FAS-IR	12.8 ± 0.8 ^b	7.8 ± 1.2 ^a	6.3 ± 1.1 ^a	-6.5 (-9.8 to -3.3)	<0.001

Variables presented as mean ± standard error. Analysis performed with generalized estimating equation (GEE) model.

95% CI = 95% confidence interval; BAI = Beck Anxiety Inventory; BDI = Beck Depression Inventory; CBGT = cognitive-behavioral group therapy; CGI = Clinical Global Impressions Scale; FAS-IR = Family Accommodation Scale – Interviewer Rated; OCI-R = Obsessive-Compulsive Inventory – Revised; Y-BOCS = Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale.

* Adjusted for baseline measure, current or past psychotherapy, and current use of medication.

^{a,b,c} Different letters indicate 5% statistical difference with Bonferroni correction after adjustment for baseline measure, current or past psychotherapy, and current use of medication.

6 CONCLUSÕES

Os resultados da presente tese possibilitaram concluir que a versão em português brasileiro da FAS-IR apresenta propriedades psicométricas satisfatórias, reforçando que esse instrumento se mostra confiável para avaliar a participação e a modificação da rotina dos familiares devido aos sintomas do pacientes, conforme descrito no Artigo 1.

No ensaio clínico randomizado (Artigo 2), observou-se que a TCCG com uma intervenção familiar breve com foco na AF foi efetiva na melhora do paciente e na redução do envolvimento da família nos sintomas do TOC. A avaliação dos fatores preditores que não favorecem a redução da AF teve como resultado pacientes com TOC e comorbidade com transtorno unipolar e/ou com maior gravidade de sintomas obsessivos. É provável que os familiares de pacientes mais sintomáticos vivam em um ambiente mais rígido, com modificações na rotina bem estabelecidas, num esforço para se adaptar à doença. Como consequência, esses familiares podem não ter conseguido realizar as mudanças propostas na terapia para diminuir a acomodação. É provável que esses pacientes mais graves e seus familiares necessitem de intervenções mais longas e de mais tempo para conseguir modificar os comportamentos de acomodação.

Por outro lado, a variável preditora que favoreceu a mudança da AF após a intervenção foi o paciente ter um nível maior de escolaridade. Pacientes com nível maior de escolaridade provavelmente têm uma melhor compreensão das orientações fornecidas em terapia, entendendo os prejuízos da AF no tratamento. Uma pontuação maior de sintomas de colecionismo no familiar no início do estudo também foi um preditor significativo de redução da AF. Foi encontrada uma associação positiva na avaliação basal entre maiores escores de colecionismo e maiores escores de AF, o que gera uma maior margem para a redução da AF. Contudo, é possível que familiares com sintomas do TOC tornem-se mais interessados na terapia e, portanto, consigam aderir mais às orientações, de modo a ajudar o paciente com o tratamento.

Essas evidências podem contribuir para a qualificação dos protocolos de TCCG atualmente empregados, sendo que os profissionais precisam considerar as variáveis dos pacientes e dos familiares que podem dificultar as modificações dos comportamentos de acomodação.

Complementando o estudo anterior, o Artigo 3 descreve o seguimento de 3 anos de pacientes tratados com TCCG cujos familiares participaram de duas sessões com foco na AF. Foi observado que a redução da AF obtida com a terapia se manteve ao longo do tempo. Provavelmente, os conteúdos e estratégias aprendidas nas duas sessões de psicoeducação envolvendo familiares contribuíram para manter os níveis de acomodação reduzidos. Este foi o primeiro estudo a avaliar o impacto da TCCG com breve envolvimento da família na AF em curto e longo prazos.

A partir dos resultados, pode-se concluir que é importante avaliar a AF permanentemente, assim como incluir a família no tratamento. Futuros estudos ainda precisam ser conduzidos para investigar a relação de causalidade entre os sintomas obsessivo-compulsivos e a AF, a fim de aprimorar os protocolos atuais de terapia para o TOC.

APÊNDICE A – PROTOCOLO DE PESQUISA

Dados sociodemográficos e clínicos do paciente

1. Nome: _____

2. Grau de parentesco com o familiar: _____

3. Sexo (1) M (2) F

4. Data de Nascimento: ___ / ___ / ___ **Idade:** _____ anos

5. Endereço: _____

CEP: _____ **Cidade:** _____

6. Fones: Res.: _____ **Comercial:** _____ **Celular:** _____

7. Nível de Instrução:

1 = 1º Grau Incompleto; 2 = 1º Grau Completo; 3 = 2º Grau Incompleto;

4 = 2º Grau Completo; 5 = 3º Grau Incompleto; 6 = 3º Grau Completo;

7 = Pós-graduação; 8 = Outros

Anos de Estudo (sem contar repetências): _____

8. Naturalidade:

1 = POA; 2 = GPOA; 3 = Interior; 4 = Outros Estados; 5 = Estrangeiro.

9. Situação Conjugal Atual:

1 = Solteiro; 2 = Casado/Amasiado; 3 = Separado/Divorciado; 4 = Viúvo.

10. Ocupação:

1 = Estudante; 2 = Empregado; 3 = C/ Ocupação; 4 = Desempregado; 5 = Do lar;

6 = Auxílio-doença; 7 = Aposentado por Invalidez; 8 = Aposentado por Tempo de Serviço.

11. Renda Individual (em salários mínimos): R\$ _____

12. Renda Familiar (em salários mínimos): R\$ _____

13. Você mora com seu familiar ? _____

14. Quem mora na casa além de vocês? _____

CLASSIFICAÇÃO SOCIOECONÔMICA

Para a classificação socioeconômica dos entrevistados, estamos utilizando o critério: ABIPEME. Este critério é baseado na soma de pontos, conforme segue.

Por favor, circule o grau de instrução do chefe da família, ou seja, da pessoa que traz renda para a família do paciente.

a) Instrução do chefe da família	ABIPEME
Analfabeto primário incompleto	0
primário completo ginasial incompleto	5
ginasial completo colegial incompleto	10
colegial completo superior incompleto	15
superior completo	21

Itens de conforto familiar - critério ABIPEME

Os pontos estão no corpo da tabela abaixo. Circule o número da coluna que indica o que você possui. Exemplo, se possui um carro, circule o número 4 na linha que corresponde a automóvel.

Itens de posse	Não tem	Quantidade possuída					
		1	2	3	4	5	6 e+
Automóvel	<input type="checkbox"/>	4	9	13	18	22	26
Televisor em cores	<input type="checkbox"/>	4	7	11	14	18	22
Banheiro	<input type="checkbox"/>	2	5	7	10	12	15
Empregada mensalista	<input type="checkbox"/>	5	11	16	21	26	32
Rádio (excluindo o do carro)	<input type="checkbox"/>	2	3	5	6	8	9
Máquina de lavar roupa	<input type="checkbox"/>	8	8	8	8	8	8
Vídeo cassete	<input type="checkbox"/>	10	10	10	10	10	10
Aspirador de pó	<input type="checkbox"/>	6	6	6	6	6	6
Geladeira comum ou com freezer	<input type="checkbox"/>	7	7	7	7	7	7

Os limites de classificação ficaram assim definidos:

Classes	critério ABIPEME
A -	89 e +
B -	59/88
C -	35/58
D -	20/34
E -	0/19

Renda per capita: R\$ _____ (somar todos os salários da família)

Dados sociodemográficos e questões (familiar)

1. Nome: _____

2. Grau de parentesco com o paciente: _____

3. Sexo (1) M (2) F

4. Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: ____ anos

5. Endereço: _____

CEP: _____ Cidade: _____

6. Fones: Res.: _____ Comercial: _____ Celular: _____

7. Nível de Instrução:

1 = 1º Grau Incompleto; 2 = 1º Grau Completo; 3 = 2º Grau Incompleto;

4 = 2º Grau Completo; 5 = 3º Grau Incompleto; 6 = 3º Grau Completo;

7 = Pós-graduação; 8 = Outros

Anos de Estudo (sem contar repetências): _____

8. Naturalidade:

1 = POA; 2 = GPOA; 3 = Interior; 4 = Outros Estados; 5 = Estrangeiro.

9. Situação Conjugal Atual:

1 = Solteiro; 2 = Casado/Amasiado; 3 = Separado/Divorciado; 4 = Viúvo.

10. Ocupação:

1 = Estudante; 2 = Empregado; 3 = C/ Ocupação; 4 = Desempregado; 5 = Do lar;

6 = Auxílio-doença; 7 = Aposentado por Invalidez; 8 = Aposentado por Tempo de Serviço.

11. Renda Individual (em salários mínimos): R\$ _____

12. Você mora com o familiar? _____

Quem mora na casa além de vocês? _____

Perguntas adicionais realizadas no estudo de seguimento

Por favor, responda as questões abaixo:

1. Após a Terapia Cognitivo-Comportamental você procurou algum tipo de tratamento?

()Sim ()Não

Se sim, qual?_____

2. Você está fazendo algum tipo de tratamento psicológico ou psiquiátrico no momento? Sim

Não

Se sim qual tratamento?_____

Se terapia, é na abordagem cognitivo-comportamental?_____

Frequencia?_____

Faz quanto tempo que está nesse tratamento?_____

Nome do profissional:_____

3. Você está utilizando de medicamentos?

()Sim ()Não

Por favor, escreva qual o medicamento juntamente com sua dose diária:

Está com essa dose de medicamento há pelo menos 3 meses?

()Sim ()Não

INVENTÁRIO DE OBSESSÕES E COMPULSÕES - OCI-R

As afirmativas a seguir referem-se a experiências que muitas têm em sua vida diária.

Circule o número que melhor descreve **O QUANTO** a experiência mencionada tem lhe causado ansiedade ou incomodado **NESTE ÚLTIMO MÊS**. Os números referem-se às seguintes etiquetas verbais:

0 = Nem um pouco	3 = Muito
1 = Um pouco	4 = Extremamente
2 = Moderadamente	

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Tenho guardado tantas coisas que elas atravancam o caminho. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Verifico coisas mais frequentemente que o necessário. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Fico perturbado se os objetos não estão arrumados apropriadamente (de maneira adequada). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Sinto-me compelido a (tenho necessidade de) contar enquanto estou fazendo coisas . | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Acho difícil (não gosto de) tocar um objeto quando eu sei que ele já foi tocado por estranhos ou certas pessoas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Acho difícil controlar meus próprios pensamentos. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Coleciono coisas de que não preciso. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Verifico repetidamente portas, janelas gavetas, etc. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Perturbo-me se outras pessoas mudam a forma como arrumei as coisas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Sinto que tenho que repetir certos números. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Às vezes tenho que me lavar ou me limpar pelo simples fato de me sentir contaminado. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Pensamentos desagradáveis vêm à minha mente contra a minha vontade e não consigo me livrar deles. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Evito jogar coisas fora, pois tenho receio de que possa precisar delas mais tarde. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Verifico repetidamente o gás, as torneiras e os interruptores de luz após desligá-los. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Necessito que as coisas estejam arrumadas em uma certa ordem. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Sinto que há números bons e maus. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Lavo minhas mãos com maior frequência e por mais tempo que o necessário (do que a maioria das outras pessoas). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Frequentemente tenho pensamentos sórdidos/sujos (maus ou ruins) e tenho dificuldade de me livrar deles. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

TOTAL

ESCALA OBSESSIVO-COMPULSIVO DE YALE-BROWN

(Y-BOCS)

As questões 1 a 5 são sobre PENSAMENTOS OBSESSIVOS.

Obsessões são idéias, imagens ou impulsos indesejados que penetram no pensamento contra a vontade ou esforços para resistir a eles. Geralmente envolvem temas relacionados a danos, riscos ou perigos. Algumas obsessões comuns são: medo excessivo de contaminação, dúvidas recorrentes sobre perigo, preocupação extrema com ordem, simetria ou perfeição, medo de perder coisas importantes.
Por favor, responda cada questão assinalando o quadrado respectivo.

<p>1. TEMPO OCUPADO POR PENSAMENTOS OBSESSIVOS P.: <i>Quanto de seu tempo é ocupado por pensamentos obsessivos?</i></p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Menos de 1 hora/dia ou ocorrência ocasional</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = 1 a 3 horas/dia ou freqüente</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Mais de 3 horas até 8 horas/dia ou ocorrência muito freqüente</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Mais de 8 horas/dia ou ocorrência quase constante</p>	<p>4. RESISTÊNCIA CONTRA OBSESSÕES P.: <i>Até que ponto você se esforça para resistir aos seus pensamentos obsessivos? Com que freqüência você tenta não ligar ou distrair a atenção desses pensamentos quando eles entram na sua mente?</i></p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Faz sempre esforço para resistir, ou sintomas mínimos que não necessitam de resistência ativa.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Tenta resistir a maior parte das vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Faz algum esforço para resistir</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Entrega-se a todas as obsessões sem tentar controlá-las, ainda que faça isso com alguma relutância</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Cede completamente a todas as obsessões de modo voluntário</p>
<p>2. INTERFERÊNCIA provocada pelos PENSAMENTOS OBSESSIVOS P.: <i>Até que ponto seus pensamentos obsessivos interferem com seu trabalho, escola, vida social ou outras atividades importantes? Há qualquer coisa que você não faça por causa deles?</i></p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Nenhuma</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Alguma: leve interferência com atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho geral não é prejudicado</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Moderada: clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Grave: provoca prejuízo considerável no desempenho social ou ocupacional</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Muito grave: incapacitante</p>	<p>5. GRAU DE CONTROLE SOBRE OS PENSAMENTOS OBSESSIVOS P.: <i>Até que ponto você consegue controlar os seus pensamentos obsessivos? É habitualmente bem-sucedido quando tenta afastar a atenção dos pensamentos obsessivos ou interrompê-los? Consegue afastá-los?</i></p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Controle total</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Bom controle: geralmente capaz de interromper ou afastar as obsessões com algum esforço e concentração</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Controle moderado: algumas vezes capaz de interromper ou afastar as obsessões</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Controle leve: raramente bem sucedido quando tenta interromper ou afastar as obsessões, consegue somente desviar a atenção com dificuldade.</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Nenhum controle: as obsessões experimentadas como completamente involuntárias, raramente capaz, mesmo que seja momentaneamente, de desviar seus pensamentos obsessivos.</p>
<p>3. SOFRIMENTO relacionado aos PENSAMENTOS OBSESSIVOS P.: <i>Até que ponto os seus pensamentos obsessivos o perturbam ou provocam mal-estar em você? (Na maior parte dos casos, a perturbação/mal-estar é equivalente à ansiedade; contudo, alguns pacientes podem descrever as suas obsessões como perturbadoras mas negam sentir ansiedade. (Avalie somente a ansiedade que parece ser desencadeada pelas obsessões, não a ansiedade generalizada ou a ansiedade associada a outras condições).</i></p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Nenhuma</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Não atrapalha muito</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Incomoda, mas ainda é controlável</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Muito incômoda</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Angústia constante e incapacitante</p>	<p style="text-align: center;">Uso do entrevistador</p> <p style="text-align: center;">_____ ESCORE OBSESSÕES (parcial)</p>

As questões seguintes são sobre **COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS**.

As **compulsões** são impulsos que as pessoas têm que fazer para diminuir sentimentos de ansiedade ou outro desconforto. Frequentemente, elas têm comportamentos intencionais repetitivos, propostos, chamados rituais. O comportamento em si pode parecer apropriado, mas se torna um ritual quando feito em excesso. Lavar, conferir, repetir, organizar, acumular coisas e outros comportamentos podem ser rituais. Alguns rituais são mentais. Por exemplo, pensar ou dizer coisas várias vezes em voz baixa.

<p>6. TEMPO GASTO COM COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS P.: <i>Quanto tempo você gasta com comportamentos compulsivos? Quanto tempo você leva a mais do que a maioria das pessoas para realizar atividades rotineiras por causa de seus rituais? Com que frequência você faz rituais?</i> <input type="checkbox"/> 0 = Nenhum <input type="checkbox"/> 1 = Leve: menos de 1 hora/dia ou ocorrência ocasional de comportamentos compulsivos <input type="checkbox"/> 2 = Moderado: passa 1 a 3 horas/dia realizando as compulsões (ou execução freqüente de comportamentos compulsivos) <input type="checkbox"/> 3 = Grave: mais de 3 horas/dia até 8 horas/dia ou execução muito freqüente de comportamentos compulsivos <input type="checkbox"/> 4 = Muito grave: passa mais de 8 horas/dia realizando compulsões (ou execução quase constante de comportamentos compulsivos - muito numerosos para contar)</p>	<p>9. RESISTÊNCIA às COMPULSÕES P.: <i>Até que ponto você se esforça para resistir às suas compulsões?</i> <input type="checkbox"/> 0 = Faz sempre esforço para resistir ou sintomas tão mínimos que não necessitam de resistência ativa <input type="checkbox"/> 1 = Tenta resistir na maior parte das vezes <input type="checkbox"/> 2 = Faz algum esforço para resistir <input type="checkbox"/> 3 = Cede a todas as compulsões sem tentar controlá-las, ainda que faça isso com alguma relutância <input type="checkbox"/> 4 = Cede completamente a todas as compulsões de modo voluntário</p>
<p>7. INTERFERÊNCIA provocada pelos COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS Até que ponto suas compulsões interferem em sua vida social ou profissional? Existe alguma atividade que você deixa de fazer por causa das compulsões? (se atualmente não estiver trabalhando, avalie até que ponto o desempenho seria afetado se o paciente estivesse empregado) <input type="checkbox"/> 0 = Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 = Alguma: leve interferência com atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho global não está deteriorado <input type="checkbox"/> 2 = Moderada: clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar <input type="checkbox"/> 3 = Grave: provoca prejuízo considerável no desempenho social ou ocupacional <input type="checkbox"/> 4 = Muito grave: incapacitante</p>	<p>10. GRAU DE CONTROLE SOBRE O COMPORTAMENTO COMPULSIVO P.: <i>Com que força você se sente obrigado a executar os comportamentos compulsivos? Até que ponto consegue controlar as suas compulsões?</i> <input type="checkbox"/> 0 = Controle total <input type="checkbox"/> 1 = Bom controle: sente-se pressionado a realizar as compulsões mas tem algum controle voluntário <input type="checkbox"/> 2 = Controle moderado: sente-se fortemente pressionado a realizar as compulsões e somente consegue controlá-las com dificuldade <input type="checkbox"/> 3 = Controle leve: pressão muito forte para executar as compulsões; o comportamento compulsivo tem que ser executado até o fim e somente com dificuldade consegue retardar a execução dessas compulsões <input type="checkbox"/> 4 = Nenhum controle: a pressão para realizar as compulsões é experimentada como completamente dominadora e involuntária; raramente capaz de, mesmo que seja momentaneamente, de retardar a execução das compulsões</p>
<p>8. SOFRIMENTO relacionado aos COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS P.: <i>Como você sentiria se fosse impedido de realizar sua(s) compulsão(ões)? Quão ansioso você ficaria?</i> <input type="checkbox"/> 0 = Nenhum <input type="checkbox"/> 1 = Leve: ligeiramente ansioso se as compulsões forem interrompidas, ou ligeiramente ansioso durante a sua execução <input type="checkbox"/> 2 = Moderado: A ansiedade sobe a um nível controlável se as compulsões forem interrompidas, ou a ansiedade sobe a um nível controlável durante a sua execução <input type="checkbox"/> 3 = Intenso: aumento proeminente e muito perturbador da ansiedade se as compulsões forem interrompidas, ou aumento de ansiedade proeminente e muito perturbador durante sua execução <input type="checkbox"/> 4 = Muito intenso: ansiedade incapacitante a partir de qualquer intervenção com o objetivo de modificar as compulsões, ou ansiedade incapacitante Durante a execução das compulsões</p>	<p style="text-align: center;">Uso do entrevistador</p> <p style="text-align: center;">_____ ESCORE COMPULSÕES</p>

ESCORE TOTAL: _____ **(OBSESSÕES +COMPULSÕES)**

ESCALA DE IMPRESSÃO CLÍNICA GLOBAL

Versão Adaptada para Apostila de Atendimento – Guy W., 1976

GRAVIDADE DA DOENÇA

Considerando a sua experiência com a(s) doença(s) diagnosticada, quão doente está o paciente neste momento? (Marque apenas uma)

	TOC
1.	Normal, não doente;
2.	Limítrofe para doença mental;
3.	Levemente doente;
4.	Moderadamente doente;
5.	Marcadamente doente;
6.	Gravemente doente;
7.	Doença mental extremamente grave.

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE BECK (BAI)

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Favor preencher cada item da lista cuidadosamente. Indique agora os sintomas que você apresentou durante **A ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE**. Marque com um **X** os espaços correspondentes a cada sintoma.

	0	1	2	3
	<u>Ausente</u>	<u>Leve,</u> não me incomoda muito	<u>Moderado,</u> é desagradável mas consigo suportar	<u>Grave,</u> quase não consigo suportar
1. dormência ou formigamento				
2. sensações de calor				
3. tremor nas pernas				
4. incapaz de relaxar				
5. medo de acontecimentos ruins				
6. confuso ou delirante				
7. coração batendo forte e rápido				
8. inseguro(a)				
9. apavorado(a)				
10. nervoso(a)				
11. sensação de sufocamento				
12. tremor nas mãos				
13. trêmulo(a)				
14. medo de perder o controle				
15. dificuldade de respirar				
16. medo de morrer				
17. assustado(a)				
18. indigestão				
19. desmaio / "cabeça leve"				
20. rosto quente / enrubescido				
21. suor frio / quente				

TOTAL: _____

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO BECK (BDI)

Neste questionário existem grupos de afirmativas. Leia com atenção cada uma delas e selecione a afirmativa que melhor descreve como você se sentiu na **SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE.**

Marque um **X** no quadrado ao lado da afirmativa que você selecionou. Certifique-se de ter lido todas as afirmativas antes de fazer sua escolha.

1. 0 = não me sinto triste
 1 = sinto-me triste
 2 = sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disto
 3 = estou tão triste e infeliz que não posso agüentar

2. 0 = não estou particularmente desencorajado(a) frente ao futuro
 1 = sinto-me desencorajado(a) frente ao futuro
 2 = sinto que não tenho nada por que esperar
 3 = sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não vão melhorar

3. 0 = não me sinto fracassado(a)
 1 = sinto que falhei mais do que um indivíduo médio
 2 = quando olho para trás em minha vida, só vejo uma porção de fracassos
 3 = sinto que sou um fracasso completo como pessoa

4. 0 = obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava fazer
 1 = não gosto das coisas da maneira como costumava gostar
 2 = não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma
 3 = estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo

5. 0 = não me sinto particularmente culpado(a)
 1 = sinto-me culpado(a) boa parte do tempo
 2 = sinto-me muito culpado(a) a maior parte do tempo
 3 = sinto-me culpado(a) o tempo todo

6. 0 = não sinto que esteja sendo punido(a)
 1 = sinto que posso ser punido(a)
 2 = espero ser punido(a)
 3 = sinto que estou sendo punido(a)

7. 0 = não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a)
 1 = sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a)
 2 = sinto-me aborrecido(a) comigo mesmo(a)
 3 = eu me odeio

8. 0 = não sinto que seja pior que qualquer pessoa
 1 = critico minhas fraquezas ou erros
 2 = responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas
 3 = culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem

9. 0 = não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar
 1 = tenho pensamentos a respeito de me matar mas não os levaria adiante
 2 = gostaria de me matar
 3 = eu me mataria se tivesse uma oportunidade

10. 0 = não costumo chorar mais do que o habitual
 1 = choro mais agora do que costumava chorar antes
 2 = atualmente choro o tempo todo
 3 = eu costumava chorar, mas agora não consigo, mesmo que queira

11. 0 = não me irrita mais agora do que em qualquer outra época
 1 = fico incomodado(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava
 2 = atualmente sinto-me irritado(a) o tempo todo
 3 = absolutamente não me irrita com as coisas que costumam irritar-me
12. 0 = não perdi o interesse nas outras pessoas
 1 = interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas
 2 = perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas
 3 = perdi todo o meu interesse nas outras pessoas
13. 0 = tomo as decisões quase tão bem como em qualquer outra época
 1 = adio minhas decisões mais do que costumava
 2 = tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes
 3 = não consigo mais tomar decisões
14. 0 = não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser
 1 = preocupo-me por estar parecendo velho(a) ou sem atrativos
 2 = sinto que há mudanças em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos
 3 = considero-me feio(a)
15. 0 = posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes
 1 = preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa
 2 = tenho que me esforçar muito até fazer qualquer coisa
 3 = não consigo fazer trabalho nenhum
16. 0 = durmo tão bem quanto de hábito
 1 = não durmo tão bem quanto costumava
 2 = acordo 1 ou 2 horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade de voltar a dormir
 3 = acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade de voltar a dormir
17. 0 = não fico mais cansado(a) do que de hábito
 1 = fico cansado(a) com mais facilidade do que costumava
 2 = sinto-me cansado(a) ao fazer qualquer coisa
 3 = estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa
18. 0 = o meu apetite não está pior do que de hábito
 1 = meu apetite não é tão bom como costumava ser
 2 = meu apetite está muito pior agora
 3 = não tenho mais nenhum apetite
19. 0 = não perdi muito peso se é que perdi algum ultimamente
 1 = perdi mais de 2,5 kg *# estou por vontade própria*
 2 = perdi mais de 5,0 kg *tentando perder peso,*
 3 = perdi mais de 7,0 kg *comendo menos: sim não*
20. 0 = não me preocupo mais do que de hábito com minha saúde
 1 = preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições, ou perturbações no estômago, ou prisões de ventre
 2 = estou preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em muito mais do que isso
 3 = estou tão preocupado(a) em ter problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa
21. 0 = não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual
 1 = estou menos interessado(a) por sexo do que acostumava
 2 = estou bem menos interessado(a) por sexo atualmente
 3 = perdi completamente o interesse por sexo

TOTAL: _____

**ESCALA DE ACOMODAÇÃO FAMILIAR PARA TOC
PONTUADA PELO ENTREVISTADOR (FAS-IR)**

Desenvolvido por:

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

Traduzida e adaptada por:

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

Nome: _____ Relação de parentesco: _____

Entrevistador: _____ Data: _____

INSTRUÇÕES GERAIS PARA O FAMILIAR:

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

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

RELATÓRIO DO FAMILIAR SOBRE OS SINTOMAS DO PACIENTE

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

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

OBSESSÕES

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

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

OBSESSÕES DE CONTEÚDO AGRESSIVO

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

OBSESSÕES DE CONTAMINAÇÃO

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

OBSESSÕES SEXUAIS

“Durante a última semana, o(a) (nome do paciente) apresentou obsessões envolvendo pensamentos, imagens ou impulsos sexuais impróprios ou proibidos, ou ele(a) teve pensamentos incestuosos repetidos de (fazer sexo com familiares próximos) envolvimento sexual com crianças, ou comportamento sexual agressivo em relação a outros?”

OBSESSÕES DE GUARDAR/PERDER

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

OBSESSÕES RELIGIOSAS

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

OBSESSÕES ENVOLVENDO SIMETRIA OU EXATIDÃO

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

OBSESSÕES SOMÁTICAS (DE DOENÇA)

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

OBSESSÕES DIVERSAS

“Durante a última semana, o(a) (nome do paciente) demonstrou uma necessidade excessiva de saber ou lembrar, medo de perder objetos, obsessões quanto a dizer

certas coisas ou não dizer exatamente a coisa certa, um desconforto com certos sons ou barulhos, ou teve pensamentos relacionados com números de sorte ou azar?”

COMPULSÕES

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

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

_____ COMPULSÕES DE LIMPEZA/LAVAGEM

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

_____ COMPULSÕES DE VERIFICAÇÃO

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

_____ RITUAIS DE REPETIÇÃO

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

_____ COMPULSÕES DE CONTAGEM

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

_____ COMPULSÕES DE ORDEM/ARRANJO

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

_____ COMPULSÕES DE COLECIONAR/GUARDAR

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

_____ COMPULSÕES VARIADAS

“Durante a última semana, o(a) (nome do paciente) se envolveu em rituais mentais, como fazer listas excessivas, medidas para prevenir danos a si mesmo ou

aos outros ou prevenir consequências terríveis, ou evidenciou a necessidade de contar, perguntar ou confessar alguma coisa?”

OUTROS PROBLEMAS RELACIONADOS AO TOC

_____ EVITAÇÃO

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

_____ INDECISÃO

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

_____ SENSO DE RESPONSABILIDADE SUPERVALORIZADO

“Uma pessoa com TOC pode se sentir muito responsável pelas consequências de suas ações e assumir a culpa por resultados de eventos que não estão completamente sob seu controle. O(A) (nome do paciente) exibiu um senso de responsabilidade excessiva durante a última semana?”

_____ LENTIDÃO/PERTURBAÇÃO DE INÉRCIA (ficar parado)

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

_____ DÚVIDA PATOLÓGICA (excessiva)

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

LISTA DE SINTOMAS DO PACIENTE

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

OBSESSÕES

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

COMPULSÕES

1. _____
2. _____
3. _____

4. _____
 5. _____
 6. _____

OUTROS PROBLEMAS RELACIONADOS AO TOC

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

RELATÓRIO DO FAMILIAR DE COMPORTAMENTOS DE ACOMODACÃO

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

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

1. PROVENDO REASSEGUAMENTO (DANDO CONFIANÇA, TRANQUILIZANDO)

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

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

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

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

2. ASSISTINDO AOS RITUAIS DO PACIENTE

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

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

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

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

3. ESPERANDO PELO PACIENTE

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

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

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

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

4. CONTENDO-SE PARA NÃO DIZER OU FAZER COISAS

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

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

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

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

5. PARTICIPANDO DAS COMPULSÕES

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

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

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

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

6. FACILITANDO AS COMPULSÕES

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

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

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

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

7. FACILITANDO A EVITAÇÃO

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

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

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

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

8. TOLERANDO COMPORTAMENTOS ESTRANHOS/ROMPIMENTO DOMÉSTICO

“Durante a última semana, você tolerou comportamentos estranhos do(a) (nome de paciente) (por exemplo, ações repetitivas como entrar e sair de uma porta), ou você tolerou condições

incomuns em sua casa por causa do TOC do(a) (nome de paciente) (por exemplo, deixar a casa atravancada por jornais velhos ou ignorar o repetido fechar e abrir das portas)?”

“Durante a última semana, até que ponto você tolerou comportamentos estranhos ou condições incomuns na sua casa por causa do TOC do(a) (nome de paciente)? (Esta pergunta é específica a comportamentos ou condições que você permitiu que ocorram. Não inclua exemplos nos quais você entrou em ação para participar ou facilitar compulsões ou evitações, como observado nas três últimas questões (números 5 a 7).)” (PONTUADO PELO AVALIADOR)

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

0 = Não.

1 = Leve; tolerou comportamentos/situações ligeiramente incomuns.

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

3 = Grave; tolerou comportamentos/situações muito incomuns.

4 = Extremo; tolerou comportamentos/situações extremamente aberrantes.

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

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

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

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

0 = Nunca

1 = 1 vez/semana

2 = 2-3 vezes/semana

3 = 4-6 vezes/semana

4 = Todo dia

10. ASSUMINDO AS RESPONSABILIDADES DO PACIENTE

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

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

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

0 = Não.

- 1 = Leve; ocasionalmente controla uma das responsabilidades do paciente, mas não houve nenhuma mudança significativa no papel dele.**
- 2 = Moderado; assumiu as responsabilidades do paciente em uma área.**
- 3 = Grave; assumiu as responsabilidades de paciente em mais de uma área.**
- 4 = Extremo; assumiu a maioria ou todas as responsabilidades do paciente.**

11. MODIFICANDO SUA ROTINA PESSOAL

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

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

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

0 = Não.

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

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

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

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

12. MODIFICANDO A ROTINA DA FAMÍLIA

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

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

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

0 = Não.

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

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

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

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

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PACIENTES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O PACIENTE

Prezado(a) participante:

Antes de participar deste estudo, gostaríamos que você tomasse conhecimento do que ele envolve. Damos abaixo alguns esclarecimentos sobre dúvidas que você possa ter. Em caso de qualquer outra dúvida quanto ao estudo e sobre os seus direitos, você deverá contatar com as pesquisadoras Prof^{as} Elizeth Heldt (51) 33598573 ou Juliana Gomes pelo telefone (51) 98089708, ou com a entidade responsável, Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (51) 33598304.

Está é uma pesquisa realizada sob supervisão da Prof^a Elizeth Heldt do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, cujo objetivo é avaliar se os resultados da acomodação familiar obtidos ao término da Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) se mantêm ao longo do tempo.

Está sendo avaliado se a família do portador do TOC tem influência na manutenção ou extinção dos sintomas obsessivo-compulsivos. Ao estudar a maneira que a família segue se comportando frente a doença, poderá nos auxiliar em outras formas de intervenção, objetivando melhores resultados nos tratamentos futuros.

Sua participação será em responder alguns questionários que avaliarão como você está em relação ao TOC no presente momento e a autorizar meu contato com o familiar que você indicou na época do seu tratamento, para eu lhe contatar e convidar a participar desta pesquisa. Caso ele aceite em participar, terá que responder a alguns questionários assim como feito da outra vez. O tempo necessário para essa avaliação de vocês é de aproximadamente 1 hora.

A participação nesse estudo é voluntária e gratuita, não havendo pagamento para a participação, nem reembolso para possíveis gastos pessoais. As tarefas a serem realizadas para a realização desse projeto não possuem riscos para o paciente ou seu familiar. Se você decidir não participar, tem absoluta liberdade de fazê-lo, não acarretando nenhum prejuízo.

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

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

Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar da pesquisa e a autorizar o contato com seu familiar.

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

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador(a): _____

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


Nome do Paciente: _____

Assinatura do Paciente: _____

Porto Alegre, de de

Comitê de Ética em Pesquisa
GPPG/HCPA

VERSÃO APROVADA

30/08/2011 
11-0356

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA FAMILIARES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O FAMILIAR

Prezado(a) participante:

Antes de participar deste estudo, gostaríamos que você tomasse conhecimento do que ele envolve. Damos abaixo alguns esclarecimentos sobre dúvidas que você possa ter. Em caso de qualquer outra dúvida quanto ao estudo e sobre os seus direitos, você deverá contatar com as pesquisadoras Prof^ª Elizeth Heldt (51) 33598573 ou Juliana Gomes pelo telefone (51) 98089708, ou com a entidade responsável, Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (51) 33598304.

Está é uma pesquisa realizada sob supervisão da Prof^ª Elizeth Heldt do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, cujo objetivo é avaliar se os resultados da acomodação familiar obtidos ao término da Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) se mantêm ao longo do tempo.

Está sendo avaliado se a família do portador do TOC tem influência na manutenção ou extinção dos sintomas obsessivo-compulsivos. Ao estudar a maneira que a família segue se comportando frente a doença, poderá nos auxiliar em outras formas de intervenção, objetivando melhores resultados nos tratamentos futuros.

Sua participação será em responder alguns questionários, como da outra vez que participou da pesquisa. O tempo necessário para essa avaliação é de aproximadamente 1 hora.

A participação nesse estudo é voluntária e gratuita, não havendo pagamento para a participação, nem reembolso para possíveis gastos pessoais. As tarefas a serem realizadas para a realização desse projeto não possuem riscos para o paciente ou seu familiar. Se você decidir não participar, tem absoluta liberdade de fazê-lo, não acarretando nenhum prejuízo.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador(a): _____

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

Nome do familiar: _____

Assinatura do Familiar: _____

Porto Alegre, de de

Comitê de Ética em Pesquisa
GPPG/HCFA

VERSÃO APROVADA

30/08/2011
11-0356

ANEXO A – ARTIGO: TRANSLATION AND ADAPTATION INTO BRAZILIAN PORTUGUESE OF THE FAMILY ACCOMMODATION SCALE FOR OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER – INTERVIEWER-RATED (FAS-IR)

Brief communication

Translation and adaptation into Brazilian Portuguese of the Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder – Interviewer-Rated (FAS-IR)

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

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

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

Abstract

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

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

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

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

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

Resumo

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

Método: O processo de tradução e adaptação da escala envolveu quatro profissionais de saúde bilíngues. A escala foi inicialmente traduzida de forma independente para o português do Brasil por dois profissionais. A seguir, as duas versões foram comparadas, resultando em uma versão inicial em português que foi aplicada a 15 familiares de pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), com diferentes níveis de instrução, deliberadamente escolhidos para coletar as sugestões de ajuste linguístico. Subsequentemente, a escala foi retrotraduzida independentemente por outros dois profissionais da saúde. Depois de comparar as duas retrotraduções, uma nova versão da escala foi gerada em inglês. Essa versão foi revisada e aprovada pelos autores da escala original.

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

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

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

Correspondência:

Juliana Braga Gomes, Av. Iguatçu, 165, sala 506, Bairro Petrópolis, CEP 90470-430, Porto Alegre, RS, Brazil. Tel.: +55 (51) 9808.9708. E-mail: ju_gomes@terra.com.br
No conflicts of interest declared concerning the publication of this article.

Copyright © Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul – APRS

Submitted Jun 16, 2010. Accepted Jun 22, 2010.

Introduction

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

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

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

Later, in 1999, Calvocoressi et al.⁵ assessed the psychometric properties of a revised version of the same instrument. The results of this second study were consistent with those of the previous one⁴: of the 32 families whose members accommodated the patient's symptoms, 84% reported patient anxiety, 66% indicated that the patients expressed anger, and 75% reported that the patients spent more time completing rituals whenever the relatives did not accommodate the patient's demands. Most relatives did not associate accommodation with an improvement in symptoms or patient functioning; nevertheless, most of the relatives confirmed that they accommodated OCD-related demands, often compromising their own and the family's functioning. These findings suggest that many relatives would probably be receptive to interventions specifically designed for relatives of OCD patients, such as psychoeducation, in order to reduce family stress and develop more functional ways of responding to OC symptoms.⁵

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

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

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

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

Methods

After receiving authorization from the authors of the original scale (Calvocoressi L, 2007, personal communication), two independent professionals translated and adapted the scale into Brazilian Portuguese. Based on the two translations, a preliminary version of the instrument was developed and administered to 15 relatives of OCD patients. Subjects were selected to represent different socioeconomic levels and cultural backgrounds. The aim of this pilot questionnaire administration was to assess the quality of the translation and to collect suggestions for language adjustments aimed at improving instrument clarity and ensuring that the items would be easily understood by groups from different cultural and socioeconomic backgrounds. The pilot questionnaire was administered at Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brazil. Each interview lasted for

approximately 1 hour. Whenever the subject had difficulties understanding a question or a particular word, the interviewer reworded it until the respondent understood the meaning the interviewer wished to convey. The most frequent suggestions made by the interviewees were either added to the questionnaire in parentheses or used to rephrase the questions, to ensure their understanding in a definitive version.

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

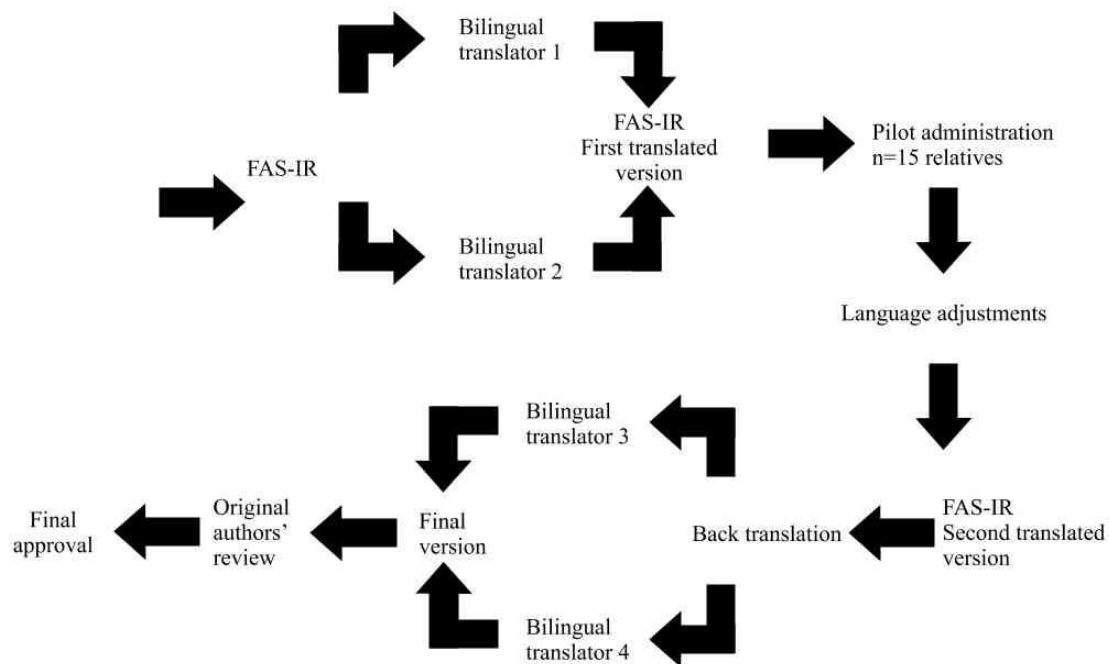


Figure 1 – Flowchart showing the steps involved in the translation, adaptation and back-translation of the Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder – Interviewer-Rated

Results

Of the 15 relatives involved in the pilot questionnaire application, 93% were female and 53% were mothers of the patients; mean age was 55 ± 16.4 years. The participants had different education levels, ranging from 33% who had

completed basic education to 7% with university degrees. As previously mentioned, some family members had questions about the wording of some questions; these subjects requested an explanation from the interviewer and made suggestions to improve the clarity and understanding of the instrument. The change made to the scale are listed in Table 1.

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

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

Discussion and conclusion

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

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

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

Acknowledgments

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

References

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV-TR). 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
2. Gonzales CH. Aspectos genéticos do transtorno obsessivo-compulsivo. *Rev Bras Psiquiatr.* 2001;23(supl 2):38-41.
3. Hettema JM, Neale MC, Kendler KS. A review and meta-analysis of genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry.* 2001;158(10):1568-78.
4. Calvocoressi L, Lewis B, Harris M, Trufan BS, Goodman WK, McDougle CJ, et al. Family accommodation in obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 1995;152:441-3.
5. Calvocoressi L, Mazure CM, Kasl SV, Skolnick J, Fisk D, Vesgo SJ, et al. Reliability and validity of the family accommodation scale for obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis.* 1999;187:636-42.
6. Steketee G, Van Noppen B, Lam J, Shapiro L. Expressed emotion in families and the treatment of obsessive compulsive disorder. In *Session: Psychotherapy in Practice.* 1998;4(3):73-91.
7. Van Noppen B, Steketee G. Testing a conceptual model of patient and family predictors of obsessive compulsive disorder (OCD) symptoms. *Behav Res Ther.* 2009;47:18-25.
8. Ferrão YA, Shavitt RG, Bedin NR, de Mathis ME, Lopes AC, Fontenelle LF, et al. Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord.* 2006;94(1-3):199-209.
9. Reichenheim EM, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saude Publica.* 2007;41(4):665-73.

ANEXO B – ARTIGO: PATIENT AND FAMILY FACTORS ASSOCIATED WITH
FAMILY ACCOMMODATION IN OBSESSIVE–COMPULSIVE DISORDER

**Patient and family factors associated with family accommodation in obsessive–
compulsive disorder***

Juliana Braga Gomes, MSc,^{1*} Barbara Van Noppen, PhD,² Michele Pato, MD,² Daniela Tusi
Braga, PhD,¹ Elisabeth Meyer, PhD,¹ Cristiane Flôres Bortoncello, MSc¹ and Aristides
Volpato Cordioli, PhD¹

¹Anxiety Disorders Program, Department of Psychiatry, Federal University of Rio Grande do
Sul, Porto Alegre, Brazil, and ²Department of Psychiatry, Keck School of Medicine,
University of Southern California, Los Angeles, USA.

* Versão final submetida do artigo publicado na revista Psychiatry and Clinical
Neurosciences em 2014.

Abstract

Aim: Obsessive–compulsive disorder (OCD) impacts family functioning as family members modify their personal and family routines, participate in rituals, and provide reassurance. These behaviors have been identified as family accommodation (FA), a phenomenon that, if ignored, may facilitate OCD symptoms and lead to poorer prognosis. Because FA has been recognized as a predictor of treatment outcome, we examined the prevalence of FA and identified patient and family sociodemographic and clinical variables associated with FA in an outpatient sample.

Methods: The study comprised 228 subjects, namely, 114 patients with OCD and 114 family members, assessed before the patients entered a 12-session cognitive behavioral group therapy program. A multivariate linear regression model was used to control for confounding factors and to evaluate variables independently associated with FA. FA was evaluated using the Family Accommodation Scale for Obsessive–Compulsive Disorder – Interviewer Rated.

Results: FA was found to be highly prevalent among family members. Two patient factors positively associated with FA were OCD severity as measured by the Clinical Global Impressions Scale and higher scores on the Obsessions dimension of the Obsessive–Compulsive Inventory – Revised. Family members’ characteristics that were positively associated with FA were higher scores on the Obsessive–Compulsive Inventory – Revised hoarding subscale and being the patient’s spouse.

Conclusion: Our findings suggest that the early identification of patients and family members who could benefit from interventions aimed at reducing FA could improve treatment outcomes.

Key words: cognitive behavioral therapy, family accommodation, obsessive–compulsive disorder, predictors, symptoms (dimension).

Obsessive–compulsive disorder (OCD) is a chronic neuropsychiatric condition that affects the lives of patients and their family members, leading to significant functional impairment, disability, reduced quality of life, increased use of health services, and societal costs.^{1–6} OCD is diagnosed mainly in young individuals, usually during late adolescence, although the onset of symptoms can occur in childhood.⁷ It affects approximately 2–3% of the adult population, with relatives of OCD patients having four times more chances of developing OCD compared to the general population.^{7,8}

However, the onset of obsessive–compulsive (OC) symptoms is not always noticed by family members, and few are able to indicate the exact moment when symptoms started.⁹ As the progression of symptoms becomes debilitating, OCD patients inadvertently become dependent upon other people.³ OCD also typically interferes with the social life and leisure activities of family members, hindering interpersonal relationships, causing financial problems, and becoming a burden on the family as a whole.³ Also, it is common for family members to participate in the patients' rituals or to modify their daily routines to accommodate compulsions, perhaps in an effort to minimize patient anxiety; this phenomenon has been referred to as family accommodation (FA) and has been observed in families of both adults and children/adolescents with OCD.^{10–14}

The Family Accommodation Scale for Obsessive Compulsive Disorder (FAS), developed by Calvocoressi *et al.*,² is the gold standard for measuring FA towards patients' obsessions and compulsions. Studies that measured FA have found prevalence rates as high as 88.2%,¹² 89%,² 90%,¹⁵ and 96.9% among family members.¹⁶ Among the most frequently reported behaviors, one of the following two was present in all studies: providing reassurance; and/or participating in patients' rituals.^{12,14,16,17} The FAS was originally developed in English, but has been translated into several languages, including Portuguese.¹⁸

There is a growing body of research focusing on FA, but few studies have examined

FA correlates, for example, OC symptoms in patients and family members. A correlation between FA and OC symptom severity has been reported in some earlier studies, but the causal correlation between both variables remains unclear.^{2,12,15–17,19–21} In an attempt to understand the intercorrelations among family and OCD patient variables, Van Noppen and Steketee²¹ used path analysis to test patient and family predictors of OCD. The authors found that FA was the variable with the largest contribution to explain the variance in OCD symptom severity as measured by the Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale (Y-BOCS), suggesting a directional correlation and an association between the two variables.

Other findings, in turn, have concluded that higher levels of FA are associated with less satisfactory treatment outcomes, for example in adult and pediatric patients treated with cognitive behavioral group therapy (CBGT) and/or pharmacotherapy.^{19–23} Ferrão *et al.*¹⁹ reported that extreme modification of family routine in response to OCD symptoms was independently associated with refractoriness to treatment. These findings point to the importance of achieving a better understanding of the role played by FA in the course of OCD and its effects on treatment outcome.

Conclusions from a recent review²⁴ suggest that FA is a construct worth measuring and tracking in different settings. Thus, in our study, family members were evaluated with both the Y-BOCS and the Obsessive–Compulsive Inventory – Revised (OCI-R), to see if family members with OC symptoms accommodate more or less according to their own symptom dimensions. This is an important feature to be explored, as there are no data in the literature reporting on the correlation between specific symptoms of family members and FA. Understanding such a correlation could be relevant in directing treatment at both the patient and his/her family members, and could also provide some insight into why certain family members choose to accommodate despite most knowing that the behavior is not helpful in ameliorating OCD symptoms.²

Based on the assumption that incorporating family-based interventions into gold standard cognitive behavioral therapy (CBT) or exposure and response prevention (ERP) programs aimed at adults with OCD might produce more efficacious and durable treatment outcomes, this study intended to examine associations between specific patient OCD symptoms and FA, and between family member OCD symptoms and FA.

Therefore, the objectives of this study were: (i) to examine the prevalence of FA in an outpatient sample of OCD patients; (ii) to identify patient factors associated with FA; and (iii) to identify family member factors associated with FA. Our hypothesis was that OC symptom severity and type of symptom in both patients and family members would interfere with FA.

Methods

Subjects

From 2008 to 2010, patients were recruited among the general population through lectures, radio and TV interviews, and newspaper advertisements. Selected patients were invited to participate in the CBGT program offered at the university hospital (12 group therapy sessions for OCD). Data collection for the present study took place before patient inclusion in the program (initial evaluation interviews). On this occasion, patients were asked to name one family member, with whom they lived, to be interviewed as part of the study protocol (for the scope of the present study, family member was defined as any significant other living with the patient; this could be consanguineous relatives, such as parents, siblings, cousins or children, or non-consanguineous relatives, such as partners, spouses, or other family members).

The following inclusion criteria were taken into consideration during patient selection: age between 18 and 65 years; meeting diagnostic criteria for OCD on the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinical Version (SCID-I);^{25,26} Y-BOCS scores ≥ 16 ;

and being medication-free or on a stable dose of medication for at least 3 months before entering the study. Exclusion criteria for patients were: presenting major depression with suicidal ideation, severe personality disorders (e.g. borderline or schizotypal), schizophrenia or other psychotic disorder, or mental retardation. Exclusion criteria other than those measured by the SCID-I were assessed using the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)^{27,28} and the Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence (WASI).²⁹ Inclusion criteria for family members were living with the patient and being at least 18 years old. Family members were not excluded if they presented OCD symptoms.

A total of 165 patients were screened. Following application of exclusion criteria (Fig. 1), the final sample comprised 114 patients with OCD and 114 family members of the patients selected (total of 228 subjects). The present study was approved by the Research Ethics Committee of Hospital de Clínicas de Porto Alegre (protocol no. 08–566). Family members were invited to participate only after consent was obtained from the patient. All patients and family members provided written informed consent prior to their inclusion in the study.

Variables and measures

Instruments were administered individually and separately to patients and their family members before the start of CBGT. Data were collected by independent psychiatrists and psychologists with experience in OCD and previously trained in the study procedures.

Measures administered to both patients and family members

Sociodemographic factors and clinical variables

Sociodemographic factors and clinical variables were assessed using a questionnaire specifically designed for the study.

OCI-R³⁰

The OCI-R self-reported questionnaire comprises 18 questions and six subscales (checking, hoarding, neutralizing, obsessing, ordering, and washing) aimed at identifying OC symptoms. The scale has shown good internal consistency (Cronbach's alpha = 0.83).³¹

Y-BOCS

The Y-BOCS was developed by Goodman *et al.*³² and translated into Brazilian Portuguese by Asbahr.³³ The scale is used to evaluate the severity of OCD symptoms. It includes 10 questions, five related to obsessions and five to compulsions. Every question can be rated from 0 (no symptoms) to 4 (extremely severe compulsions and obsessions), with scores ranging from 0 to 40. The scale is widely used worldwide and has good psychometric properties, with good inter-rater reliability (intraclass coefficient = 0.98) and internal consistency (Cronbach's alpha ranging from 0.88 to 0.91).³²

Measures administered to patients only

SCID-I

This instrument is the gold standard for the assessment of psychiatric conditions.²⁵ The Brazilian Portuguese version was used.²⁶ A multicenter study carried out in Brazil using the SCID-I showed inter-examiner reliability rates as high as 96%.³⁴

Clinical Global Impressions Scale³⁵

Global disease severity was measured with the Clinical Global Impressions (CGI) scale. Ratings are as follows: 1, normal/not ill; 2, cut-off for mental illness; 3, mildly ill; 4, moderately ill; 5, markedly ill; 6, severely ill; 7, extremely severe mental illness. The CGI scale is a well-established research-rating tool applicable to all psychiatric disorders.

Beck Depression and Anxiety Inventories

Depression and anxiety were assessed using the inventories developed by Beck *et al.*^{36,37} Both scales contain 21 questions with ratings ranging from 0 to 3 each (maximum score of 63 in each scale). The Brazilian Portuguese versions of the Beck inventories present good psychometric properties, with Cronbach's alpha accuracy rates ranging from 0.79 to 0.91 for the Beck Depression Inventory (BDI) and from 0.83 to 0.92 for the Beck Anxiety Inventory (BAI).³⁸

Measures administered to family members only

FAS – Interviewer Rated²

A Brazilian Portuguese version of the FAS – Interviewer Rated (FAS-IR) semi-structured interview¹⁸ was used to evaluate the frequency of family members' participation in patients' symptoms. Assessment comprises two stages: first, the interviewer evaluates the types of symptoms the patient has; second, the interviewer evaluates FA with 12 questions on reassurance, participation in rituals, and modification of family routines, among other aspects. Behaviors are rated on a 5-point scale that measures the frequency or extent of family involvement, ranging from 0 (none/not at all) to 4 (every day/extreme). The scores obtained on each question are summed to generate the total FA score, which may range from 0 to 48. FA was defined when a minimum score of 1 was obtained on the FAS-IR, that is, engaging in

accommodating behaviors once a week (mild modification of routine). Daily/extreme FA was defined as a score of 4 on at least one FA behavior.

This scale has shown adequate internal consistency ($\alpha = 0.82$), and intraclass correlation coefficients have indicated excellent agreement among the raters for individual FAS items.²

Statistical analysis

Quantitative variables with symmetric distribution were expressed as means \pm SD, and those with asymmetric distribution, as medians and interquartile ranges. To determine whether a variable had an asymmetric distribution, the SD was used. When the SD value was above half the mean, that variable was considered to have an asymmetric distribution.³⁹ Qualitative variables were expressed as absolute and relative frequencies.

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

Multiple linear regression analysis was employed to control for confounding factors and to evaluate factors independently associated with FAS-IR accommodation levels. For this purpose, we used a square root transformation of FAS-IR scores to make the distribution symmetric. All variables associated with FAS scores at $P < 0.20$ in the bivariate analysis were included in the multivariate model. Criterion of extraction from the final model was stepwise.

Significance was set at two-sided $P < 0.05$. All analyses were performed using the SPSS 17.0.⁴⁰

Results

Demographic and clinical data

The sample comprised 114 pairs of patients and family members. Patient age ranged from 18 to 65 years. Mean age at the onset of symptoms was 13.1 ± 8.4 years, with mean illness duration of 27.4 ± 12.8 years. Table 1 shows the demographic and clinical characteristics of patients and their family members.

Most of the family members referred by patients were spouses ($n = 58$; 50.9%), followed by mothers ($n = 24$; 21.1%), children ($n = 17$; 14.9%), fathers ($n = 7$; 6.1%), siblings ($n = 4$; 3.5%), and others ($n = 4$; 3.5%). Among family members, 28.1% ($n = 32$) obtained a Y-BOCS total score of ≥ 16 , which corresponds to clinically significant OC symptoms; of these, 65.6% were consanguineous relatives. The most prevalent OCI-R subscales among family members were ordering ($n = 81$; 71%), followed by hoarding ($n = 59$; 52%), obsessing ($n = 58$; 51%), checking ($n = 45$; 40%), washing ($n = 36$; 32%), and neutralizing ($n = 25$; 22%).

FA scores

The most common forms of FA observed in our sample of family members were: tolerating OCD behaviors (86%), providing reassurance (65.8%), and modifying the family routine (63.2%). Most family members accommodated patients' symptoms at least once a week (98.2%), and the prevalence of daily/extreme accommodation was as high as 69.3%. Among these, the median number of questions with daily/high prevalence was 2 (Table 2).

Variables associated with FA

There was a positive association between FAS-IR scores and patient results for obsessions, compulsions, Y-BOCS total scores, CGI, and BAI scores. FA was higher when

the patient's OC and anxiety symptoms were more severe. Moreover, family members who showed higher scores on the OCI-R hoarding subscale tended to score higher also on the FAS scale. These results are shown in Table 3.

Family members who were the patients' spouses/partners presented significantly higher FA scores when compared with other family members (median = 17, 25th percentile [p25] = 9.8, 75th percentile [p75] = 24.5 vs median = 10, p25 = 5.3, p75 = 21.8; $P = 0.030$). Fifty-six patients (49.1%) were taking medication. There were no statistically significant differences in FA levels when comparing patients taking medications (median = 12, p25 = 6, p75 = 22) with those not taking drugs (median = 17, p25 = 9, p75 = 25; $P = 0.110$). The most prevalent comorbidities among patients were major depressive disorder ($n = 49$; 43%), panic disorder ($n = 38$; 33.3%), post-traumatic stress disorder ($n = 31$; 27.2), social phobia disorder ($n = 24$; 21.1), and bipolar disorder ($n = 21$; 18.4%). However, there were no associations between FA levels and SCID-I comorbidities.

Multiple linear regression analysis

Table 4 presents the patient and family member factors whose association with FA levels remained statistically significant. This model ($P < 0.001$) predicted 30.2% of the variability in FA levels.

Discussion

In the present study, a sample of 228 subjects, namely, 114 adult patients with OCD and 114 family members, was examined for the prevalence of FA and for patient- and family member-related factors associated with FA. As expected, accommodating behaviors were highly prevalent among the family members studied: 65.8% stated that they provide reassurance and 86% reported that they tolerate OCD behaviors (the two most frequent

practices). The accommodating behaviors most frequently presented on a daily basis (extreme accommodation) were providing reassurance (33.3%), participating in compulsions (27.2%), and facilitating compulsions (30.7%). These results are similar to those of previous studies^{2,12,14,16,17} and, again, confirm that very often family members engage in some form of accommodation of OCD symptoms.

FA may contribute to OC symptom severity by facilitating compulsions, an assumption that is consistent with studies conducted with both adults⁴¹ and children.¹⁷ In our sample of adults, FA occurred independently of the age or sex of patients or family members, a finding that is also compatible with previous findings.^{2,14} However, the multiple linear regression model demonstrated that higher FA scores were found in patients' spouses when compared with other types of members. Our findings are different from those reported by Albert *et al.*,¹⁴ who recently reported that the kinship of family members was not associated with FA. One hypothesis for our finding is that spouses may prefer to avoid constant arguments, which could make the relationship unbearable: according to Cooper,³ disrupted spouse relationships, and even separation or divorce, are very common among patients with OCD. Another hypothesis is that spouses, unlike parents, adult children, and siblings, may feel a heightened sense of responsibility for the welfare of their partner and thus be more protective about wanting to reduce anxiety, leading to more accommodation.

In our study, higher family member scores on the OCI-R hoarding subscale were associated with higher FA. In the study by Fitch *et al.*,⁴² where a large sample of relatives of individuals with hoarding problems was assessed, more than half (53%) described the person who hoards as having either 'poor insight' or 'no/delusional insight.' We could therefore speculate that the family members presenting hoarding behaviors in our sample found it natural to accommodate the symptoms of OCD patients, that is, a natural action taking into consideration their own symptoms. Even though these hypotheses require further

investigation, our findings point to the need of involving family members with OC symptoms in interventions aimed at patients, as the very principles of ERP may be counter-intuitive for symptomatic family members, who may themselves use compensatory strategies that involve avoidance. This may explain why it is so difficult for these family members to tolerate the discomfort caused by the patient's symptoms without accommodating to them.

As expected, severity of OCD symptoms (Y-BOCS), global disease (CGI), and anxiety (BAI) were positively associated with FA in the bivariate analysis. Results of the multiple linear regression analysis, in turn, indicated that higher patient scores on CGI and on the OCI-R Obsession domain were correlated with greater FA. The significant correlation observed between FA and patient OC symptom severity had already been demonstrated in previous studies, including Van Noppen and Steketee,²¹ Albert *et al.*,¹⁴ Ferrão and Florão,⁴³ and Lebowitz *et al.*²⁴

Van Noppen and Steketee²¹ have also suggested that the perception of family members regarding the patient's ability (or inability) to control their behavior may play a significant role in family members' responses, including accommodation. Moreover, Calvocoressi *et al.*² reported that most family members accommodate OCD symptoms specifically in an effort to diminish the patient's anger or distress, or in an attempt to reduce the time spent on rituals. Despite this, most family members admit that accommodating behaviors do not successfully achieve these intended goals.² Another contributing factor may be that, with time, family members become weary and burdened from living under the troublesome and chronically stressful conditions imposed by OC symptoms; in this scenario, yielding through accommodation emerges as a short-term relief strategy.

The question of whether high levels of FA are the result of more severe OCD symptoms warrants further study. Notwithstanding, it seems likely that FA may be a mediator of OCD symptom severity, as demonstrated in the path analytic model proposed by Van

Noppen and Steketee.²¹ Furthermore, as suggested by Ferrão *et al.*,¹⁹ high levels of FA may lead to a less favorable response to treatment in the patient, and may enhance the caregiver's suffering, as reported in the study by Torres *et al.*⁴⁴

The present study focused specifically on FA, but the reactions of family members to OC symptoms can also be of criticism, hostility, and/or emotional over-involvement, behaviors commonly referred to as expressed emotions (EE). Both FA and other types of behaviors may have negative effects on patients, as patients who perceive higher levels of EE coming from family members tend to present more severe OC symptoms.²¹ Other findings associated with higher perceived EE include a poorer insight of patients in relation to their symptoms⁴⁵ and worse treatment results.^{22,45,46} In this scenario, the evaluation of FA and of other family member behaviors could facilitate the early identification of patients at a greater risk for poor treatment outcomes, as well as those who might benefit from the involvement of family members in their treatment plan.

There are some limitations of the present study. First, its cross-sectional design limits possible conclusions and does not allow for the establishment of causal correlations between the variables assessed. Second, the family members assessed were referred by patients, and may therefore have been the ones with the highest accommodation levels among all family members. Third, we did not assess the diagnostic status or presence of psychopathology among family members (the SCID-I was applied to patients only), which could also have influenced results. Future research examining family factors associated with FA before and after CBGT interventions are recommended.

Conclusions

The present study replicated the high prevalence of FA among family members of OCD patients. The results of the multiple linear regression analysis indicated that patient OC

symptom severity, as well as the presence of OC symptoms, such as hoarding, in family members, affects the relationship between patients and their families. Another significant finding was related to the degree of kinship, where spouses showed higher FA levels.

One potential positive outcome of this work is to contribute toward an increasing awareness, among mental health professionals, of the presence of accommodating behaviors among family members that may reinforce and contribute to maintaining or facilitating patients' OCD symptoms. We speculate that extending treatment to family members and increasing their awareness of the role of FA in disease maintenance could improve treatment outcomes and the durability of OCD symptom remission.

In sum, our findings add to the growing body of literature that recommends the early identification of patients and family members who could benefit from interventions aimed at reducing FA.

Acknowledgments

The authors declare that they do not have any conflicts of interest concerning publication of the submitted manuscript. This study was supported by Fundação de Incentivo à Pesquisa e Eventos, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (FIPE-HCPA) and by grants from Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) awarded to the principal investigator (J.B.G.). The authors are grateful to the patients and family members who participated in the study and agreed with the publication of results.

References

1. Bobes J, Gonzalez MP, Bascaran MT, Arango C, Saiz PA, Bousono M. Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *Eur. Psychiatry* 2001; **16**: 239–245.
2. Calvocoressi L, Mazure CM, Kasl SV *et al.* Family accommodation of obsessive-compulsive symptoms: Instrument development and assessment of family behavior. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1999; **187**: 636–642.
3. Cooper M. Obsessive-compulsive disorder: Effects on family members. *Am. J. Orthopsychiatry* 1996; **66**: 296–304.
4. Renshaw KD, Steketee G, Chambless DL. Involving family members in the treatment of OCD. *Cogn. Behav. Ther.* 2005; **34**: 164–175.
5. Stein DJ, Allen AJ, Bobes J *et al.* Quality of life in obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr.* 2000; **5**: 37–39.
6. Van Noppen B, Himle J, Steketee G. Obsessive compulsive disorder. **In:** Thyer BA, Wodarsky J (eds). *Social Work in Mental Health: An Evidence Based Approach*. John Wiley, New York, 2007; 377–400.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revised (DSM-IV-TR)*. APA, Washington, DC, 2000.
8. Hettrema JM, Neale MC, Kendler KS. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am. J. Psychiatry* 2001; **158**: 1568–1578.
9. Stengler-Wenzke K, Trosbach J, Dietrich S, Angermeyer MC. Coping strategies used by the relatives of people with obsessive-compulsive disorder. *J. Adv. Nurs.* 2004; **48**: 35–42.
10. Rachman S, Hodgson R. *Obsessions and Compulsions*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1980.
11. Livingston-Van Noppen B, Rasmussen SA, Eisen J, McCartney L. Family function and treatment in obsessive-compulsive disorder. **In:** Jenike M, Baer L, Minichiello WE (eds).

Obsessive Compulsive Disorder: Theory and Management. Year Book Medical Publishers, Chicago, IL, 1990; 325-340.

12. Calvocoressi L, Lewis B, Harris M *et al*. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Am. J. Psychiatry* 1995; **152**: 441–443.

13. Merlo LJ, Lehmkuhl HD, Geffken GR, Storch EA. Decreased family accommodation associated with improved therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2009; **77**: 355–360.

14. Albert U, Bogetto F, Maina G, Saracco P, Brunatto C, Mataix-Cols D. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder: Relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics. *Psychiatry Res.* 2010; **179**: 204–211.

15. Ramos-Cerqueira AT, Torres AR, Torresan RC, Negreiros AP, Vitorino CN. Emotional burden in caregivers of patients with obsessive-compulsive disorder. *Depress. Anxiety* 2008; **25**: 1020–1027.

16. Stewart SE, Beresin C, Haddad S, Egan Stack D, Fama J, Jenike M. Predictors of family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Ann. Clin. Psychiatry* 2008; **20**: 65–70.

17. Peris TS, Bergman RL, Langley A, Chang S, McCracken JT, Piacentini J. Correlates of accommodation of pediatric obsessive-compulsive disorder: Parent, child, and family characteristics. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2008; **47**: 1173–1181.

18. Gomes JB, Calvocoressi L, Van Noppen B *et al*. Translation and adaptation into Brazilian Portuguese of the Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive disorder: Interviewer-Rated (FAS-IR). *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul* 2010; **32**: 102–112.

19. Ferrão YA, Shavitt RG, Bedin NR *et al*. Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder. *J. Affect. Disord.* 2006; **94**: 199–209.

20. Storch EA, Geffken GR, Merlo LJ *et al*. Family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* 2007; **36**: 207–216.

21. Van Noppen B, Steketee G. Testing a conceptual model of patient and family predictors of obsessive compulsive disorder (OCD) symptoms. *Behav. Res. Ther.* 2009; **47**: 18–25.
22. Chambless DL, Steketee G. Expressed emotion and behavior therapy outcome: A prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1999; **67**: 658–665.
23. Amir N, Freshman M, Foa EB. Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients. *J. Anxiety Disord.* 2000; **14**: 209–217.
24. Lebowitz ER, Panza KE, Su J, Bloch MH. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Expert Rev. Neurother.* 2012; **12**: 229–238.
25. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders: Clinical Version (SCID-CV)*. American Psychiatric Press, •••, WA, 1997.
26. Del-Ben CM, Vilela JAA, Crippa JAS, Hallak JEC, Labate CM, Zuardi AW. Confiabilidade da ‘Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Versão Clínica’ traduzida para o português. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2001; **23**: 156–159 (in Portuguese).
27. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JB, Benjamin LS. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. American Psychiatric Press, WA, 1997.
28. Melo NMM, Rangé BP. SCID-II-DSM-IV Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos de Personalidade: tradução e utilização na DPA/IP/UFRJ. Anais da 8ª Mostra de Terapia Cognitivo-Comportamental. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010; 67 (in Portuguese).
29. The Psychological Corporation. *Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence Manual*. Psychological Corporation, San Antonio, 1999.

30. Foa EB, Kozak MJ, Salkovskis PM, Coles ME, Amir N. The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychol. Assess.* 1998; **10**: 206–214.
31. Souza FP, Foa EB, Meyer E, Niederauer KG, Cordioli AV. Psychometric properties of the Brazilian Portuguese version of the Obsessive-Compulsive Inventory – Revised (OCI-R). *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2011; **33**: 137–143.
32. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA *et al.* The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch. Gen. Psychiatry* 1989; **46**: 1006–1011.
33. Asbahr FR, Lotufo Neto F, Turecki GX *et al.* Escala Yale-Brown de Sintomas Obsessivo-Compulsivos (tradução brasileira). **In:** Miguel EC. *Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo*. Guanabara-Koogan, Rio de Janeiro, 1996; 219-230.
34. Miguel EC, Ferrão YA, Rosario MC *et al.* The Brazilian Research Consortium on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders: Recruitment, assessment instruments, methods for the development of multicenter collaborative studies and preliminary results. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2008; **30**: 185–196.
35. Guy W. *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*. U.S. Department of Health, Education, and Welfare; Public Health Service; Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, Rockville, MD, 1976.
36. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 1961; **4**: 561–571.
37. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1988; **56**: 893–897.
38. Cunha J. *Manual da versão em português das escalas de Beck*. Casa do Psicólogo, São Paulo, 2001 (in Portuguese).
39. Altman D. *Practical Statistics for Medical Research*. Chapman & Hall, London, 1991.

40. Wagner WE. *Using SPSS for Social Statistics and Research Methods*. Pine Forge, Thousand Oaks, CA, 2009.
41. Van Noppen B, Steketee G. Family responses and multi-family behavioral treatment (MFBT) for obsessive compulsive disorder (OCD). *Brief Treat. Crisis Interv.* 2003; **3**: 231–247.
42. Fitch KE, Tolin DF, Frost RO, Steketee G. Compulsive hoarding: Assessing insight. Paper presented at the Annual Meeting of the Association of Behavioral and Cognitive Therapies, Philadelphia, USA, 2007.
43. Ferrão YA, Florão MS. Acomodação familiar e criticismo percebido em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. *J. Bras. Psiquiatr.* 2010; **59**: 34–43 (in Portuguese).
44. Torres AR, Hoff NT, Padovani CR, Ramos-Cerqueira AT. Dimensional analysis of burden in family caregivers of patients with obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2012; **66**: 432–441.
45. De Berardis D, Campanella D, Serront N *et al.* Insight and perceived expressed emotion among adult outpatients with obsessive-compulsive disorder. *J. Psychiatr. Pract.* 2008; **14**: 154–159.
46. Steketee G, Lam JN, Chambless DL, Rodebaugh TL, McCullouch CE. Effects of perceived criticism on anxiety and depression during behavioral treatment of anxiety disorders. *Behav. Res. Ther.* 2007; **45**: 11–19.

Table 1. Demographic and clinical characteristics of patients and family members

Variables	Patients <i>n</i> = 114	Family members <i>n</i> = 114
Demographic characteristics		
Age (years) – Mean ± SD	40.5 ± 13.9	44.6 ± 13.8
Female – <i>n</i> (%)	71 (62.3)	73 (64.0)
With spouse/partner – <i>n</i> (%)	67 (58.8)	85 (74.6)
Caucasian – <i>n</i> (%)	108 (94.7)	108 (94.7)
Education level (years) – Mean ± SD	13.6 ± 4.2	13.7 ± 4.2
Studying/working – <i>n</i> (%)	81 (71.1)	94 (82.5)
Clinical characteristics		
Y-BOCS – Mean ± SD		
Obsessions	13.1 ± 3.2	4.10 ± 4.21
Compulsions	13.8 ± 3.3	4.56 ± 4.81
Total	26.9 ± 5.7	8.61 ± 8.36
BAI – Mean ± SD	18.3 ± 9.8	—
BDI – Mean ± SD	17.9 ± 8.8	—
CGI – Mean ± SD	5.0 ± 0.9	—
OCI-R – Mean ± SD		
Hoarding	4.91 ± 3.73	1.79 ± 2.52
Checking	6.41 ± 3.81	1.34 ± 2.19
Ordering	6.84 ± 3.71	2.51 ± 2.58
Neutralizing	3.59 ± 3.58	0.42 ± 1.00
Obsessing	7.30 ± 3.95	1.62 ± 2.33
Washing	4.34 ± 4.09	0.90 ± 1.77
Total	33.4 ± 12.8	8.59 ± 9.08

BAI, Beck Anxiety Inventory; BDI, Beck Depression Inventory; CGI, Clinical Global Impressions Scale; OCI-R, Obsessive–Compulsive Inventory – Revised; SD, standard deviation; Y-BOCS, Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale.

Table 2. Scores obtained on the Family Accommodation Scale – Interviewer Rated

Questions	Prevalence[†]	Daily/Extreme[‡]
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Providing reassurance	75 (65.8)	38 (33.3)
Watching the rituals	33 (28.9)	16 (14.0)
Waiting for the patient	55 (48.2)	20 (17.5)
Refraining from doing or saying anything	66 (57.9)	30 (26.3)
Participating in compulsions	61 (53.5)	31 (27.2)
Facilitating compulsions	59 (51.8)	35 (30.7)
Facilitating avoidance	29 (25.4)	13 (11.4)
Tolerating OCD behaviors	98 (86.0)	10 (8.8)
Helping in the activities	51 (44.7)	17 (14.9)
Taking on patient's responsibilities	40 (35.1)	7 (6.1)
Modifying your personal routine	64 (56.1)	4 (3.5)
Modifying the family routine	72 (63.2)	7 (6.1)
Total	112 (98.2)	79 (69.3)

[†]Minimum score of 1 on any family accommodating behavior. [‡]At least one of the questions with maximum score (daily or extreme accommodation).
OCD, obsessive–compulsive disorder.

Table 3. Associations between continuous variables and family accommodation scores according to the Spearman correlation coefficient

Variables	FAS-IR	
	r_s	<i>P</i> -value
Patient variables		
OCI-R		
Hoarding	-0.063	0.507
Checking	0.072	0.449
Ordering	0.098	0.300
Neutralizing	0.037	0.698
Obsessing	0.193	0.073
Washing	0.179	0.096
Total	0.208	0.054
Y-BOCS		
Obsession	0.282	0.002
Compulsion	0.259	0.005
Total	0.298	0.001
CGI – severity	0.341	<0.001
BAI	0.232	0.014
BDI	0.162	0.090
Age	-0.096	0.309
Education level	-0.115	0.222
Age at onset of symptoms	-0.087	0.360
Disease duration	0.013	0.888

Family member variables

Education level	-0.134	0.154
OCI-R		
Hoarding	0.192	0.041
Checking	0.164	0.082
Ordering	0.067	0.479
Neutralizing	0.061	0.517
Obsessing	0.171	0.069
Washing	0.077	0.416
Total	0.174	0.064
Y-BOCS		
Obsession	0.134	0.155
Compulsion	0.133	0.159
Total	0.141	0.134

Bold font indicates significant associations.

BAI, Beck Anxiety Inventory; BDI, Beck Depression Inventory; CGI, Clinical Global Impressions Scale; FAS-IR, Family Accommodation Scale – Interviewer Rated; OCI-R, Obsessive–Compulsive Inventory – Revised; r_s , Spearman’s correlation coefficient; Y-BOCS, Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale.

Table 4. Multiple linear regression analysis[†] (stepwise model) to assess factors independently associated with FAS scores

Variables	Beta[‡]	P-value
CGI – severity, patient	0.296	0.004
Patient’s spouse	0.288	0.004
OCI-R – hoarding, family member	0.279	0.004
OCI-R – obsession, patient	0.255	0.015

[†]Adjusted R square: 30.2%.

[‡]Standardized regression coefficient.

CGI, Clinical Global Impressions Scale; FAS, Family Accommodation Scale for Obsessive Compulsive Disorder; OCI-R, Obsessive–Compulsive Inventory – Revised.

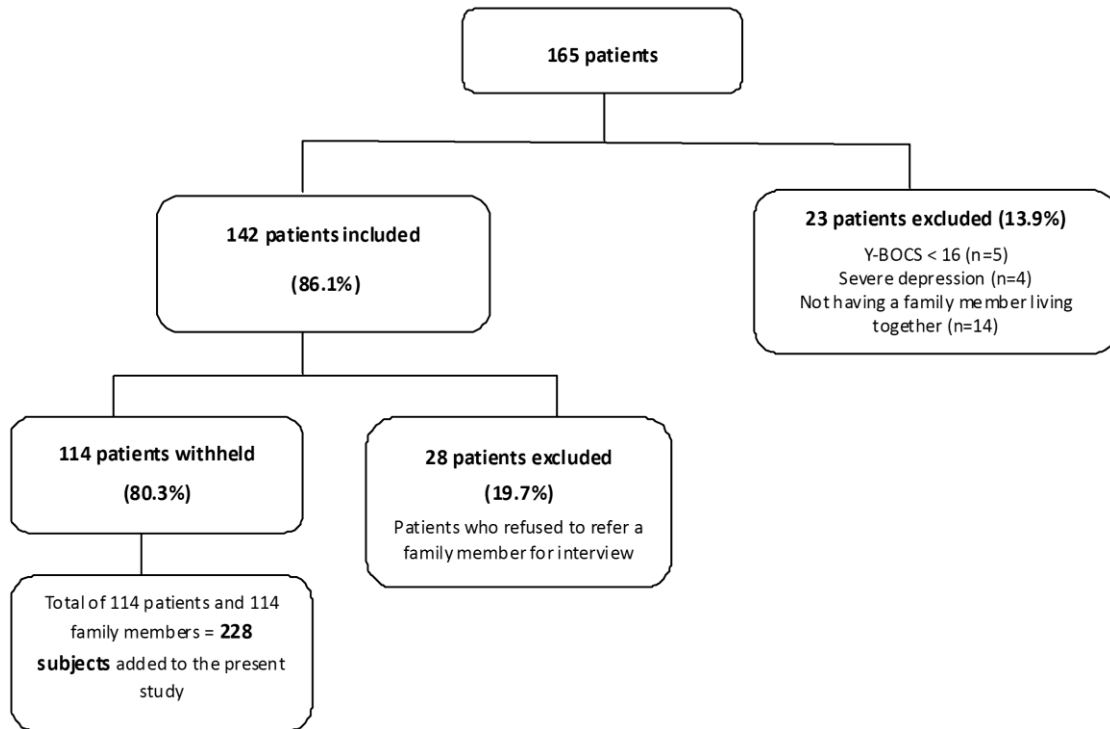


Figure 1. Patient selection process.

Y-BOCS, Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale.

ANEXO C - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE



**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

A Comissão Científica e o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 110356

Data da Versão do Projeto: 04/08/2011

Data da Versão do TCLE: 14/08/2011

Pesquisadores:

JULIANA BRAGA GOMES

ELIZETH PAZ DA SILVA HELDT

Título: IMPACTO DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO NA ACOMODAÇÃO FAMILIAR: DESFECHOS EM LONGO PRAZO

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos, bem como o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as diretrizes e normas nacionais e internacionais de pesquisa clínica, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

- Os membros da Comissão Científica e do Comitê de Ética em Pesquisa não participaram do processo de avaliação dos projetos nos quais constam como pesquisadores.
- Toda e qualquer alteração do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao CEP/HCPA.
- Somente poderá ser utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual conste o carimbo de aprovação do CEP/HCPA.

Porto Alegre, 30 de agosto de 2011.


Prof.^a Nadine Clausell
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA