

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

**EFEITOS DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL E DO MAPEAMENTO  
COGNITIVO ASSOCIADOS À TCCG NO TRATAMENTO DE PACIENTES  
COM TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO**

ELISABETH MEYER DA SILVA

Orientador: Prof. Dr. ARISTIDES CORDIOLI

2009

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

**EFEITOS DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL E DO MAPEAMENTO  
COGNITIVO ASSOCIADOS À TCCG NO TRATAMENTO DE PACIENTES  
COM TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO**

ELISABETH MEYER DA SILVA

Orientador: Prof. Dr. ARISTIDES CORDIOLI

Tese a ser apresentada ao Programa de  
Pós-graduação em Ciências Médicas:  
Psiquiatria da Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul como requisito parcial para  
obtenção do título de doutor em Psiquiatria.

Porto Alegre, 2009

Para Antonio, Valentina e Pedro,  
com meu amor e gratidão.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Aristides Volpato Cordioli, pela permanente disponibilidade, confiança e apoio incondicional.

Ao Carl Leukefeld, pelo afeto, por sua generosidade em me ensinar e treinar no Mapeamento Cognitivo e na Entrevista Motivacional, bem como por sua participação em todos os artigos e etapas dessa tese.

Ao Brian Rush, por sua preocupação com os detalhes do delineamento da pesquisa e o rigor na leitura dos artigos, enriquecendo meu conhecimento científico.

Ao Wayne Velicer, pelos valiosos questionamentos, sugestões e ensinamentos nas diferentes etapas da tese.

À Fernanda Pasquoto Souza, pela amizade, colaboração e dedicação nas diversas fases desse estudo.

À Elizeth Heldt, pelo apoio e por ter disponibilizado tempo à execução da tese e à confecção dos artigos.

À Roseli G. Shavitt, pela valiosa colaboração nos artigos.

Ao Paulo Knapp, pelo incentivo, muitos anos atrás, a aprofundar meu conhecimento a respeito da Entrevista Motivacional e pela participação nos artigos.

À Manuela Polydoro Ofengeim, pelo apoio e colaboração tanto no mestrado, como no doutorado.

Ao Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria – em especial ao Paulo Abreu, que tanto contribui para a minha formação profissional.

Aos colegas Andreia Raffin, Cenita Borges, Kátia Niederauer, Lucas Lovato, Vinicius Dornelles e Ygor Londero, que contribuíram de forma significativa para a realização dessa tese.

“Existe algo na natureza humana que resiste a ser coagido e forçado a agir. Ironicamente, às vezes, o reconhecimento do direito e da liberdade do outro de não mudar é o que torna a mudança possível”.

Rollnick, Miller & Butler (2008)

## SUMÁRIO

<b>Resumo.....</b>	<b>11</b>
<b>Summary.....</b>	<b>13</b>
<b>1 APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>22</b>
<b>3 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>47</b>
<b>4 HIPÓTESSE.....</b>	<b>50</b>
<b>5 OBJETIVOS.....</b>	<b>51</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....</b>	<b>52</b>
<b>7 ARTIGOS</b>	
7.1 <b>Artigo 1 – A Randomized Clinical Trial to Examine Enhancing Cognitive- Behavioral Group Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder with Motivational Interviewing and Thought Mapping Manuscrito submetido – Behavioural and Cognitive Psychotherapy.....</b>	<b>53</b>
7.2 <b>Artigo 2 – Defense Mechanisms changes after Cognitive-Behavior Group Therapy plus Motivational Interviewing and Thought Mapping for Obsessive- Compulsive Disorder: findings from a Randomized Clinical Trial Manuscrito submetido – Psychotherapy and Psychosomatics.....</b>	<b>88</b>
7.3 <b>Artigo 3 – Adding Motivational Interviewing and Thought Mapping to Cognitive-Behavioral Group Therapy: results from a randomized clinical trial. Revista Brasileira de Psiquiatria, no prelo.....</b>	<b>104</b>
<b>8 DIVULGAÇÃO PARCIAL DOS RESULTADOS.....</b>	<b>126</b>
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>127</b>

<b>ANEXO A</b>	Escala Yale-Brown de Sintomas Obsessivo-Compulsivos (Y-BOCS)
<b>ANEXO B</b>	Escala Dimensional de Avaliação da Gravidade de Sintomas Obsessivo-Compulsivos (DY-BOCS)
<b>ANEXO C</b>	Escala de Depressão de Beck (BDI)
<b>ANEXO D</b>	Escala de Impressão Clínica Global (CGI)
<b>ANEXO E</b>	Questionário de Mecanismos de Defesa (DSQ-40)
<b>ANEXO F</b>	Mapa Cognitivo
<b>APÊNDICE 1</b>	Termo de consentimento livre e esclarecido

## LISTA DE FIGURAS

### Artigo 1

Figure 1 Flowchart randomized clinical trial comparing MI+TM plus CBGT and treatment for obsessive- compulsive disorder

Figure 2 A completed thought map

### Artigo 3

Figure 1 Flowchart of a Randomized Clinical Trial comparing MI+TM plus CBGT and information-only condition plus CBGT in the treatment of patients with Obsessive- compulsive disorder

Figure 2 First part of the map

Figure 3 Second part of the map



## LISTA DE QUADROS E TABELAS

### Artigo 1

Table 1 Mean (SD) outcome measures at baseline and post-treatment for the total sample, MI+TM CBGT group, and control group

Table 2 Difference in mean change of Y-BOCS scores and comparison of effects between groups for a sample of 93 OCD patients

BOCS Table 3 Rates of clinical improvement as measured by the reduction in the Y-scores using  $\geq 35\%$  plus a CGI score of 1 or 2

### Artigo 2

Table 1 Demographic and clinical characteristics of participant conditions

Table 2 Mean (SD) for a sample of 40 OCD outpatients in outcome variables at baseline and post-treatment

### Artigo 3

Table 1 Demographic and clinical characteristics of participant conditions

Table 2 Mean (SD) scores for a sample of 40 OCD outpatients in all outcome variables at baseline and post-treatment

Table 3 Comparison of mean rate (%) of improvement between the MI+TM CBGT and the control groups

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- BDI – Beck Depression Inventory
- BDI – Escala de Depressão de Beck
- CBT – Cognitive behavioral therapy
- CBGT – Cognitive-behavioral group therapy
- CHD – Coronary heart disease
- CNPQ – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- CGI-S – Clinical Global Impressions Scale – Severity score
- DY-BOCS – Dimensional Yale-Brown Obsessive-compulsive Scale
- DY-BOCS – Escala Dimensional para Sintomas Obsessivo – compulsivos de Yale-Brown
- DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (quarta edição, 2002)
- DSMI-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (fourth edition, 2002)
- DSQ-40 – Defense Style Questionnaire
- DSQ-40 – Questionário de Mecanismos de Defesa
- EM – Entrevista Motivacional
- ERP – Exposure and ritual prevention
- EPR – Exposição e Prevenção de Ritual/ Resposta
- FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
- HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre
- IRB – Institutional review board
- ISRSs – Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina
- MI – Motivational interviewing
- OCD – Obsessive-compulsive disorder
- PD – Panic Disorder
- PROTAN – Anxiety Disorders Program
- SCID – Structured Clinical Interviews
- SRIIs – Serotonin reuptake inhibitors
- TM – Mapeamento Cognitivo
- TM – Thought mapping
- TCCG – Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo
- TOC – Transtorno obsessivo-compulsivo
- UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
- Y-BOCS – Escala Yale-Brown de Sintomas Obsessivo-Compulsivos
- Y-BOCS – Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

## **RESUMO**

### **INTRODUÇÃO**

Segundo a 4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV; *American Psychiatric Association*, 2002), o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) caracteriza-se por obsessões e/ou compulsões recorrentes que interferem substancialmente com o funcionamento cotidiano.

Ainda que a Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG) tenha sido efetiva nos estudos de pacientes com TOC (Cordioli et al., 2003; Braga et al., 2005; Sousa et al., 2006), quase um terço (30%) dos pacientes não se beneficiou do tratamento em grupo nos mesmos estudos. A Entrevista Motivacional (EM) e o Mapeamento Cognitivo (MC) têm sido usados para melhorar os resultados de tratamentos.

### **OBJETIVOS**

O objetivo principal do presente estudo foi avaliar os efeitos de se acrescentar duas sessões individuais de EM+MC a 12 semanas de TCCG na resposta ao tratamento dos pacientes com TOC, quando comparados apenas à TCCG.

### **MÉTODOS**

Noventa e três pacientes adultos, com diagnóstico de TOC de acordo com os critérios do DSM-IV, participaram de um ensaio clínico randomizado de 14 semanas: 48 pacientes foram alocados à condição de duas sessões individuais de EM+MC seguidas de 12 semanas de TCCG e 45 receberam duas sessões individuais informativas seguidas da TCCG.

Para a avaliação dos resultados foi utilizada a escala Yale-Brown de Sintomas Obsessivo-Compulsivos (Y-BOCS) como medida de desfecho primária. Como medidas

de desfecho secundárias utilizou-se: a escala de Impressão Clínica Global (CGI) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI), bem como a proporção de respondedores (definida como *melhora* [redução na Y-BOCS  $\geq 35\%$ ] ou *não-melhora* [redução  $\leq 35\%$  na Y-BOCS]) e o percentual de pacientes com *remissão parcial* (Y-BOCS  $\geq 35\%$ , mas com escore total  $>8$  e CGI  $\geq 2$ ) e *remissão completa* (Y-BOCS  $\leq 8$  e CGI  $< 2$ ).

## **RESULTADOS**

Quando os dois grupos foram comparados, ambos apresentaram redução dos sintomas do TOC. No entanto, a redução e remissão dos sintomas foram significativamente maiores no grupo da EM+MC seguido da TCCG. Além disso, os resultados positivos foram mantidos após três meses de seguimento com redução adicional de sintomas.

## **CONCLUSÃO**

Este estudo é o primeiro ensaio clínico randomizado que acrescenta duas sessões individuais de EM+MC à TCCG para aumentar a resposta do tratamento em grupo para o TOC. Apesar de algumas limitações, nossos resultados sugerem que acrescentar duas sessões individuais de EM+MC à TCCG pode aumentar a efetividade da TCCG na redução dos sintomas do TOC.

Estudos futuros deverão investigar isoladamente os efeitos da EM e do MC como estratégia de potencialização no tratamento do TOC.

## **PALAVRAS-CHAVE**

Transtorno Obsessivo-Compulsivo; TOC; Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo; TCCG; Mapeamento Cognitivo; Entrevista Motivacional.

## **SUMMARY**

### **INTRODUCTION**

According to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV; *American Psychiatric Association*, 2002), Obsessive-compulsive disorder (OCD) is characterized by recurrent obsessions and/or compulsions that significantly interfere with daily functioning.

Although group cognitive behavioral therapy (GCBT) has been effective for OCD patients (Cordioli et al., 2003; Braga et al., 2005; Sousa et al., 2006), almost one-third (30%) of patients did not benefit from this treatment. Motivational Interviewing (MI) and Thought Mapping (TM) have been used to enhance treatment outcome.

### **AIMS**

The main goal of the present study was to examine the effects of adding individual sessions of MI and TM to 12 weeks of CBGT on the treatment outcome of OCD patients when compared to the CBGT alone.

### **METHODS**

Ninety-three adult outpatients, with OCD diagnosis according to the DSM-IV participated in a 14-week randomized clinical trial: 48 patients were allocated to two individual sessions of MI+TM in addition to 12-week CBGT; 45 underwent two individual information sessions followed by CBGT.

For the outcomes evaluation, the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) was used as the primary efficacy measure. As secondary efficacy measures, the Clinical Global Impressions Scale (CGI), the Beck Depression Inventory (BDI) and the

proportion of responders (defined as improved [reduction  $\geq 35\%$  on the Y-BOCS] or non-improved [reduction  $\leq 35\%$  on the Y-BOCS]) and the percentage of patients in partial remission (Y-BOCS  $\geq 35\%$  but with the total score  $> 8$  and CGI  $\geq 2$ ) and full remission (Y-BOCS  $\leq 8$  and CGI  $< 2$ ) were used.

## **RESULTS**

When the two groups were compared, both presented a reduction of OCD symptoms. However, symptom reduction and remission were significantly higher in the MI+TM CBGT group. In addition, positive outcomes were maintained at the 3-month follow-up with additional symptom reduction.

## **CONCLUSION**

This study is the first randomized clinical trial which adds individual sessions of MI+TM to CBGT to improve the outcome of group treatment for OCD. Despite some limitations, our results suggest that adding MI+TM to CBGT can enhance the CBGT effectiveness in reducing OCD symptoms.

Future studies should investigate the effect of the MI and the TM alone as an augmentation strategy for OCD treatment.

## **KEYWORDS**

Obsessive-Compulsive Disorder; OCD; Cognitive-Behavioral Group therapy; CBGT; Thought Mapping; Motivational Interviewing.

## 1. APRESENTAÇÃO

O Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) é considerado uma doença mental grave, caracterizada pela presença de obsessões e/ ou compulsões, sendo que um ou outro sintoma predomina e causa maior perturbação (*American Psychiatric Association*, 2002).

O TOC foi considerado um transtorno resistente ao tratamento até o início dos anos setenta (Belloch et al., 2008). O prognóstico do TOC começou a modificar em 1966 quando Victor Meyer relatou pela primeira vez o caso de dois pacientes que responderam bem a um tratamento com Exposição e Prevenção de Rituais (EPR; Meyer V., 1966). Nas últimas décadas, o desenvolvimento do tratamento cognitivo-comportamental (TCC) com EPR, em grupo ou individual, e farmacológico com antidepressivos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRSs) melhorou consideravelmente o prognóstico dos portadores do TOC (Storch et al., 2008). Os benefícios da TCC para o TOC têm sido comprovados por várias meta-análises (Rosa-Alcázar et al., 2008; Jónsson et al., 2009). No entanto, diversos estudos que empregaram a TCC e a EPR, ou a combinação dessas duas estratégias de tratamento, demonstraram respostas inadequadas em aproximadamente 20% a 40% dos pacientes com TOC (Ferrão et al., 2006).

A motivação é um fator que pode interferir no desempenho do tratamento, já que constitui característica importante para o bom desempenho nas técnicas de EPR. Keijsers et al. (1994) constataram que uma menor motivação para o tratamento afetou o resultado no tratamento do TOC. A Entrevista Motivacional (EM), segundo Rollnick e Miller (1985), é um estilo de atendimento diretivo para evocar do paciente as suas motivações para fazer mudanças comportamentais no interesse da sua própria saúde. A abordagem é centrada no paciente o que permite explorar e resolver sua ambivalência.

Em essência, a EM orienta os pacientes a convencerem a si próprios sobre a mudança necessária. Recentemente, elementos da Entrevista Motivacional (EM) e dos Estágios de Mudança têm sido adaptados para o uso com pacientes em consultas clínicas breves (Rollnick et al., 1993; Stott et al., 1995; Rollnick, 1996). Muitas intervenções motivacionais breves têm sido testadas em vários ensaios clínicos controlados, e os resultados sugerem a utilidade dessas estratégias (Rollnick et al., 1992; Rollnick, 1996). A EM também se mostrou útil como elemento adjuvante no tratamento dos transtornos de ansiedade, proporcionando melhores resultados para alguns pacientes que inicialmente não responderam à TCC (Westra et al., 2003). O Mapeamento Cognitivo (MC) é uma abordagem estruturada e pré-formatada baseada nos primeiros quatro Estágios de Mudança. Tendo como base o conceito de motivação como um estado de prontidão para mudar, Prochaska e DiClemente (1982) postularam que a mudança se faz através de um processo e para tal, a pessoa passa por diferentes estágios. O processo de mudança de conduta ocorre ao longo de cinco estágios, em um continuum: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção. O primeiro estágio é o da **pré-contemplação** – neste estágio o indivíduo nem considera a possibilidade de efetuar qualquer mudança nos próximos seis meses. Não percebe qualquer tipo de problema que necessite ser mudado. Quando questionado sobre “seu problema” mostra-se surpreso por não ver o comportamento como um problema, ou pelo menos não acredita que ele seja tão problemático quanto os observadores externos acreditam. O segundo estágio é o da **contemplação** – nesta fase ocorre a percepção do “problema” e existe a intenção de realizar mudanças nos próximos seis meses. O indivíduo está mais aberto para receber informações e faz um balanço dos prós e contras para efetuar a mudança, o que o torna bastante ambivalente. O terceiro estágio é o da **preparação** – nessa etapa existe um efetivo desejo de efetuar mudanças nos próximos trinta dias. O quarto estágio



é o da **ação** – estar em ação pressupõe que já ocorreram mudanças na conduta durante os últimos seis meses. Como a mudança de conduta pode não estar ainda estabilizada, existe alto risco de recaída. O quinto estágio é o da **manutenção** – para estar neste estágio é necessário ter efetuado e mantido a mudança do comportamento por mais de seis meses. A principal meta, aqui, é a prevenção de recaída. Como dito anteriormente, na abordagem do MC apenas focamos os quatro primeiros estágios. O MC pode ajudar os pacientes a aprenderem com suas próprias experiências, estruturando seus pensamentos, sentimentos e comportamentos de forma visual em um mapa pré-formatado no papel. Os resultados dos ensaios clínicos que utilizaram o Mapeamento Cognitivo sugerem que seus componentes podem ser úteis em combinação com outras abordagens, quando usado na mudança de comportamentos-alvo (Knight et al., 1994; Pitre et al. 1996; Martin et al., 2003).

Nosso objetivo foi fornecer dados em relação ao acréscimo de duas sessões individuais de EM+MC à TCCG, comparativamente à TCCG isolada, se proporcionaria ou não uma maior redução dos sintomas do TOC. Além disso, procuramos observar a estabilidade das mudanças, observando-as em um seguimento de três meses. Para este propósito, consideramos não só a magnitude das mudanças observadas (tamanhos de efeito), mas também a relevância clínica dessas mudanças ao final do tratamento e no *follow-up*.

A TCCG oferecida aos participantes desse estudo é manualizada (Cordioli et al., 2002, 2003) e empregada rotineiramente no Ambulatório do Serviço de Psiquiatria – Programa Transtornos de Ansiedade (PROTAN) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre desde 1999. Os resultados são apresentados no artigo 1.

Outra questão importante, que deu origem aos artigos 2 e 3 da presente tese, foi verificar se o acréscimo de EM+MC à TCCG seria capaz de promover alguma mudança

significativa quando comparada a apenas TCCG nos estilos defensivos (artigo 2), avaliada através do Questionário de Mecanismos de Defesa (DSQ-40; Blaya et al., 2004), e/ou nas diferentes dimensões dos sintomas do TOC (artigo 3), avaliada pela Escala Dimensional para Sintomas Obsessivo-compulsivos de Yale-Brown (DY-BOCS; Rosario-Campos et al., 2006).

Os resultados do artigo 2 mostraram que os pacientes do grupo TCCG mais EM+MC apresentaram aumento no uso do estilo defensivo maduro e diminuição no uso do estilo neurótico. Além disso, os pacientes do grupo TCCG mais EM+MC que obtiveram remissão completa diferiram no uso do estilo imaturo. Os pacientes do grupo controle não apresentaram diminuição significativa nos estilos defensivos independente da melhora parcial ou remissão completa dos sintomas do TOC.

Os resultados do artigo 3 sugerem que ao final do tratamento houve diferença estatisticamente significativa entre a TCCG e EM+MC TCCG na média do escore total da DY-BOCS, e no escore da dimensão de contaminação e agressão. Coleccionismo apresentou melhora com tendência estatística.

Essa tese insere-se na tendência atual que reconhece a necessidade de se desenvolver estratégias que aumentem a motivação e o compromisso do paciente com o tratamento, bem como investigar a aplicação dessas abordagens e técnicas como um meio de maximizar as taxas de resposta dos tratamentos já consagrados para o TOC, como a TCCG. Mais especificamente, a questão a ser respondida é: poderia o tratamento usualmente empregado ter melhores resultados, se incluirmos novos conceitos e técnicas?

## **REFERÊNCIAS**

American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR. Porto Alegre: Artmed; 2002.

Belloch A., Cabedo E., Carrió C. Cognitive Versus Behaviour Therapy in the Individual Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: Changes in Cognitions and Clinically Significant Outcomes at Post-Treatment and One-Year Follow-Up. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2008; 36: 521-540.

Blaya C, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Ceitlin LH, Bond M, Manfro GG: Brazilian-Portuguese version of the defense style questionnaire (DSQ-40) for defense mechanisms measure: A preliminary study. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2004; 26:255–258.

Cordioli AV., Heldt E., Bochi DB., Margis R., Souza MB., Tonello J., Manfro GG., Kapczinski F. Time-limited cognitive-behavioral group therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a clinical trial. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2002; 24: 113-120.

Cordioli AV., Heldt E., Bochi DB., Margis R., Souza MB., Tonello J., Manfro GG., Kapczinski F. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatic* 2003; 72: 211-216.

Cordioli AV. TOC: Manual da Terapia Cognitivo-Comportamental para o transtorno Obsessivo-Compulsivo. Porto Alegre: ARTMED, 2007.

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. *Journal of Affective Disorders* 2006; 94(1-3): 199-209.

Jónsson H., Hougaard E. Group cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2009; 119(2):98-106.)

Keijsers GP, Hoogduin CA, Schaap CP. Predictors of treatment outcome in the behavioural treatment of obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry* 1994;165(6):781-6.

Knight DK., Dansereau DF., Joe GW. The role of node-link mapping in individual and group counseling. *The American journal of drug and alcohol abuse* 1994; 20 (4): 517-527.

Leukefeld CG., Godlaski T., Logan TK. Thought Mapping: An HIV Prevention Approach for Drug Abusers. *Salud y drogas* 2001; 1(1): 71-93.

Martin SS., O'Connell DJ., Inciardi JA., Surratt HL., Beard RA. HIV/AIDS among probationers: an assessment of risk and results from a brief intervention. *Journal Psychoactive Drugs* 2003; 35(4): 435-43.

Meyer V. Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy* 1966; 4: 273-280.

- Pitre U., Dansereau DF., Joe GW. Client education levels and the effectiveness of node-link maps. *Journal of Addictive Diseases* 1996; 15(3): 27-44.
- Prochaska JO., DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Towards a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1982; 19: 276-288.
- Rollnick S., Miller WR. What is motivational interviewing? *Behavior and Cognitive Psychotherapy* 1985; 23: 325-334.
- Rollnick S., Heather N., Bell A. Negotiating behavior change in medical settings: the development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health* 1992; 1: 25-37.
- Rollnick S., Kinnersley P., Stott N. Methods of helping patients with behavior change. *British Medical Journal* 1993; 307: 188-190.
- Rollnick S. Behavior change in practice: targeting individuals. *International Journal of Obesity* 1996; 20 (Suppl.1): 522-526.
- Rosa-Alcázar AI., Sánchez-Meca J., Gómez-Conesa A., Marín-Martínez F. Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2008; 28(8): 1310-25.
- Rosario-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S, Chacon P, Ferrao Y, Findley D, Katsovich L, Scahill L, King RA, Woody SR, Tolin D, Hollander E, Kano Y, Leckman JF. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Molecular Psychiatry*. 2006;11(5):495-504.
- Simpson HB., Liebowitz MR., Foa EB., Kozak MJ., Schmidt AB., Rowan V., Petkova E., Kjernisted K., Huppert JD., Franklin ME., Davies SO., Campeas R. Posttreatment effects of exposure therapy and clomipramine in obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety* 2004; 19: 225-233.
- Storch EA., Merlo LJ., Lehmkuhl H., Geffken GR., Jacob M., Ricketts E., Murphy TK., Goodman WK. Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A non-randomized comparison of intensive and weekly approaches. *Journal of Anxiety Disorders* 2008; 22: 1146–1158.
- Stott N., Rollnick S., Rees M., Pill R. Innovation in clinical method: diabetes care and negotiation skills. *Family Practice* 1995; 12: 413-418.
- Westra HA., Phoenix E. Motivational Enhancement Therapy in Two Cases of Anxiety Disorder: New Responses to Treatment Refractoriness. *Clinical Case Studies* 2003; 2: 306-322.

## 2. INTRODUÇÃO

O primeiro estudo populacional sobre o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) de que se tem conhecimento data dos anos 50, nos Estados Unidos, referindo uma prevalência de 0,3% (Torres et al., 2005). Já nos anos 70, um estudo realizado na França constatou prevalência do TOC de 1,0% (Torres et al., 2005). Uma revisão recente assinala que o TOC acomete de 0,3 a 3,1% da população geral (Fontenelle et al., 2008). Segundo o *National Institutes of Health* (NIH), existem cerca de 7 milhões de americanos com TOC. Pesquisadores em todo o mundo estimam uma taxa de prevalência do TOC variando de 1 a 10 %, incluindo pacientes ambulatoriais e hospitalizados (Ferrão, 2004).

O *National Epidemiologic Catchment Area Survey* (ECA; Nestadt et al., 1998) encontrou uma prevalência do TOC, ao longo da vida, entre 1,9 a 3,3% nos Estados Unidos, o que permitiu mudar a ideia de que esta é uma doença rara. Estudos com adultos (Lochner et al., 2001; Torres et al., 2005), em amostras clínicas e epidemiológicas, geralmente apresentam uma distribuição igual entre homens e mulheres, ou indicam um leve predomínio de mulheres.

No Brasil (Almeida Filho et al., 1992), dois estudos apresentam prevalências de TOC ao longo da vida em cidades brasileiras: em Brasília, 0,9 e 0,5%, respectivamente, para homens e mulheres e, em parte da cidade de São Paulo, de 0,4% para homens e 0,3% nas mulheres. É provável que existam, no Brasil (Cordioli, 2005), de 3 a 4 milhões de pessoas com TOC, sendo que cerca de 200 mil estão no Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, a quinta maior cidade do Brasil segundo o Estudo Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Almeida-Filho et al., 1992), tem uma prevalência de TOC na vida de 1,7% entre homens e de 2,5% entre mulheres, para maiores de 15 anos. Essa variação local acompanha a tendência no Brasil e no

mundo, conforme previamente referido. Devido aos poucos estudos epidemiológicos brasileiros, não é possível identificar em que posição, em termos de prevalência, Porto Alegre situa-se em relação às outras capitais do país.

Em 1998 foi feito um levantamento pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o TOC foi considerado o quarto transtorno psiquiátrico mais comum, sendo precedido somente pela depressão, pela fobia social e pelo abuso de substâncias. Ainda, o TOC mostrou-se mais prevalente que a esquizofrenia e que o transtorno de humor bipolar (Weissman et al., 1994; Jenike MA., 2001). O *National Comorbidity Survey Replication* apontou que o TOC é o transtorno de ansiedade com o percentual mais alto (50,6%) de casos sérios (Kessler et al., 2005). Segundo o estudo do *Harvard Brown Anxiety Disorders Research Program* (HARP; Keller, 1997), o TOC apresenta o mesmo grau de prejuízo no funcionamento social e físico, assim como sintomas depressivos com um maior grau de prejuízo, que a diabetes ou doenças coronarianas.

O TOC caracteriza-se pela presença de obsessões e/ou compulsões. As obsessões são definidas como pensamentos ou ideias, impulsos ou imagens recorrentes que são experimentadas como intrusivos, impróprios e/ou desagradáveis. Estes pensamentos são reconhecidos como produto da mente, mas geralmente estranhos à pessoa que, apesar de esforçar-se, não consegue eliminá-los, o que gera ansiedade ou angústia. O conteúdo típico das obsessões inclui temores sobre contaminação, dúvidas repetitivas, necessidade de simetria, impulsos de conteúdo agressivo, sexuais ou blasfemos desagradáveis e impróprios. Indivíduos que experimentam obsessões procuram ignorá-las ou suprimi-las e tentam neutralizá-las, através das compulsões ou de comportamentos evitativos (DSM- IV).

Compulsões, também conhecidas por rituais, são comportamentos repetitivos e intencionais, motores ou mentais, que têm como objetivo prevenir ou reduzir a

ansiedade, aflição ou outros sentimentos desagradáveis, decorrentes das obsessões ou mesmo na ausência destas (DSM-IV). Entre as compulsões mais comuns estão lavar, limpar, contar conferir, ordenar. Um exemplo de como os dois fenômenos podem ser conectados são os pensamentos obsessivos sobre contaminação que podem induzir ao compulsivo lavar de mãos.

Estudos clínicos e epidemiológicos demonstraram que o TOC é notavelmente heterogêneo em sua apresentação clínica (Mataix-Cols et al., 2004). Vários estudos assinalaram a importância de agrupar os sintomas em dimensões específicas, assumindo que os pacientes podem apresentar sintomas em uma ou mais dimensões, com graus variados de severidade entre eles (Leckman et al., 1997; Jenike et al., 2004; Torres et al., 2005; *National Institutes of Health*, 2005). Segundo Fulana e colegas (2009), a descrição detalhada das dimensões dos principais sintomas do TOC no DSM-V capturaria melhor a heterogeneidade do transtorno e encorajaria pesquisas adicionais na área. Baseado em estudos anteriores que se valeram de análises fatoriais para agrupar pacientes com determinados tipos de sintomas obsessivo-compulsivos, James Leckman e colaboradores (2006) desenvolveram a Escala Dimensional de Avaliação da Gravidade de Sintomas Obsessivo-Compulsivos (DYBOCS). A escala foi simultaneamente validada em Português e Inglês e examina os sintomas obsessivo-compulsivos em seis dimensões: (1) Obsessões de Contaminação e Compulsões de Limpeza; (2) Obsessões e Compulsões de Colecionismo; (3) Obsessões e Compulsões de Simetria, Ordem, Contagem e Arranjo; (4) Obsessões Sobre Agressão, Violência, Desastres Naturais e Compulsões Relacionadas; (5) Obsessões Sexuais e Religiosas e Compulsões Relacionadas e (6) Obsessões e Compulsões Diversas. Uma vantagem metodológica importante da DY-BOCS é o fato de que, ao dividir os sintomas obsessivo-compulsivos de acordo com as dimensões, é possível questionar sobre os

tipos de sintomas que em geral são considerados ambíguos. Por exemplo, compulsões de verificação são investigadas nas diversas dimensões, ou seja, pergunta-se tanto sobre rituais de verificação relacionados a obsessões sexuais e a obsessões religiosas (incluídos na dimensão “sexual/religiosa”), quanto sobre compulsões de verificação associadas a preocupações de contaminação (incluídos na dimensão “contaminação/limpeza”). Acredita-se, portanto, que a DY-BOCS consiga revelar padrões significativos de resposta terapêutica de acordo com dimensões específicas de sintomas obsessivo-compulsivos. Os pesquisadores (Ferrão, 2004; Organização Mundial da Saúde, 2005) sugeriram que uma abordagem dimensional poderia ajudar a guiar a pesquisa no tratamento do TOC, colaborando com o desenvolvimento de técnicas para a TCC direcionadas para dimensões de sintomas específicos, o que poderia melhorar as taxas de resposta ao tratamento (Nestadt et al., 1998; Lochner et al., 2001).

Alguns estudos chamam a atenção para os estilos defensivos como fatores que poderiam interferir na gravidade dos sintomas e na resposta ao tratamento do TOC. Um mecanismo de defesa é definido como um mecanismo psicológico que media os desejos, necessidades e impulsos individuais de um lado, e as proibições e a realidade externa do outro (Perry et al., 1989). Uma relação positiva entre o mecanismo de defesa imaturo e neurótico e a severidade do TOC foi relatada (Albucher et al., 1998; Kipper et al., 2004). Bond e colaboradores (1983; 1986) desenvolveram um instrumento auto-aplicável, o *Defensive Style Questionnaire* (DSQ-40), para avaliar os derivativos conscientes dos mecanismos de defesa, com a intenção de evidenciar manifestações de um estilo característico do sujeito de lidar com o conflito, consciente ou inconsciente, baseado na suposição de que as pessoas podem comentar acuradamente sobre seu comportamento “à distância”. Por meio do DSQ, é possível se obter uma aproximação das medidas dos diferentes mecanismos de defesa, identificados como estilos



defensivos: (1) imaturo, (2) neurótico e (3) maduro. O DSQ-40 vem sendo utilizado em vários países, inclusive no Brasil, onde a versão em português já foi validada (Blaya et al., 2002).

Pacientes com diferentes transtornos de ansiedade utilizam estilos defensivos mais mal-adaptativos do que indivíduos saudáveis. Blaya e colaboradores (2002), em um estudo comparando indivíduos portadores de fobia social e controles, verificaram que os pacientes utilizavam com maior frequência as defesas neuróticas e imaturas. Em um estudo com pacientes com transtorno do pânico (Kipper et al., 2004), observou-se uma maior presença de defesas imaturas e neuróticas nos pacientes quando comparado aos controles, bem como a presença de mecanismos mais mal-adaptativos em pacientes mais graves quando comparados aos menos graves. Andrews e colegas (1993) não encontraram diferenças significativas entre os grupos com transtorno do pânico/agorafobia *versus* fobia social, nem entre o grupo com pânico/agorafobia e o grupo com TOC ou entre o grupo com TOC *versus* grupo com fobia social. De acordo com Hunt (1992) há evidências de que estilos de defesa mal-adaptativos possam melhorar com a TCC. Heldt e colaboradores (2003) relataram, em um estudo com TCC, que os pacientes com transtorno do pânico que atingiram remissão dos sintomas utilizaram menos defesas neuróticas e imaturas. Estudos recentes demonstraram que pacientes com Transtorno do Pânico que usam mais as defesas neuróticas tiveram uma resposta pobre aos psicofármacos (Kipper et al., 2005) e à TCC (Heldt et al., 2003). Andrews (1993) levanta a importante questão, ainda sendo pesquisada, de que pacientes com transtorno de ansiedade cujo perfil dos mecanismos de defesa se desvia muito pouco do normal, respondem melhor a intervenções mínimas. Sugere, também, que aqueles com padrão mais neurótico e imaturo de defesas requerem consideravelmente mais tratamento. Portanto, são relevantes as abordagens que ajudam os pacientes com

TOC a usar mecanismos de defesa mais saudáveis, que são mais flexíveis e adaptativos e que poderiam influenciar na resposta ao tratamento.

## **TRATAMENTO**

A maioria dos pacientes com TOC menciona um aumento e uma diminuição dos sintomas ao longo do tempo, com exacerbações que chegam a incapacitar 10% dos portadores (Masellis et al., 2003). O TOC, mais do que qualquer outro transtorno de ansiedade, é caracterizado por sua cronicidade (Rasmussen et al., 1992), e a possibilidade de remissão sem tratamento é extremamente baixa (Masellis et al., 2003).

No passado, o TOC era visto como uma doença de prognóstico ruim. O tratamento especializado, todavia, tem oferecido perspectivas de melhora para grande parte desses pacientes (Shavitt, 2006). As pesquisas sobre o TOC têm demonstrado que o curso tende a ser crônico, para adultos sem tratamento. Nos Estados Unidos, um protocolo com 560 pacientes (Rasmussen et al., 1988) identificou que 85% deles apresentavam curso crônico, com sintomas flutuantes, enquanto outro estudo (Lensi et al., 1996) constatou que 64% dos pacientes mostravam um curso crônico. Mesmo com novos tratamentos disponíveis, em diversos trabalhos (Fineberg, 1996; Rasmussen et al., 1997; Shavitt, 2002; Leonard et al., 2003; Rufer et al., 2005), foram observados altos índices de cronicidade e refratariedade, além da pouca ou nenhuma melhora da sintomatologia neste transtorno.

As últimas três décadas testemunharam avanços significativos no tratamento do TOC (Kampman et al., 2002; Joseph et al., 2003; Whittal et al., 2005; Kimberly et al., 2005; Rufer et al., 2005) estando bem estabelecida a eficácia de duas modalidades de intervenção: (1) psicofarmacológica, com o uso de clomipramina (CMI) ou com

fármacos do grupo dos inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS), e (2) a Terapia Cognitivo-Comportamental com Exposição e Prevenção de Resposta (EPR). Dados atuais, com adultos e crianças, sugerem que a TCC está associada a um maior tamanho de efeito do que somente ISRS (Storch et al., 2008). Até onde sabemos, não existe nenhum estudo controlado que demonstre efetividade da psicoterapia dinâmica ou psicanálise para lidar com os sintomas centrais do TOC.

Quando os sintomas são intensos ou incapacitantes e além do TOC existem comorbidades associadas, como depressão e ansiedade, a primeira escolha recai na abordagem farmacológica, cuja efetividade atinge de 20 a 60% dos pacientes (Cordioli, 2005). Um estudo para avaliar a eficácia da clomipramina no TOC, verificou que cerca de 60% dos pacientes tratados obtiveram uma redução significativa dos sintomas obsessivo-compulsivos (40%), comparados com 4% de resposta ao placebo (DeVaugh-Geiss et al., 1991). Os ISRS também são bastante investigados no tratamento do TOC. Estudos comprovaram a eficácia da fluoxetina (Goodman et al., 1996), sertralina (Greist et al., 1995), fluvoxamina (Goodman et al., 1996), paroxetina (Zohar et al., 1996), citalopram (Montgomery et al., 2001), venlafaxina (Bystritsky A., 2004), e escitalopram (Rabinowitz et al., 2008). No entanto, meta-análises (Van Balkom et al., 1994; Greist et al., 1995; Piccinelli et al., 1995) consideraram a clomipramina superior. É discutível a superioridade da clomipramina devido às diferenças metodológicas entre os estudos realizados com clomipramina e ISRS. Em todo caso, é consenso que os ISRS são a primeira escolha devido à melhor tolerabilidade e possível equivalência de eficácia em relação à clomipramina. A desvantagem da indicação medicamentosa reside no fato de que raramente eliminam totalmente os sintomas, com uma taxa de remissão completa ao redor de 20%, além da possibilidade do surgimento de efeitos colaterais indesejáveis

(Cordioli, 2005). Um estudo verificou que mais de 80% dos pacientes recaíram dois meses após a interrupção dos medicamentos (Pato et al., 1988).

A Terapia Cognitivo-Comportamental considera aprendizagens errôneas e crenças disfuncionais como fatores que concorrem para a origem e manutenção dos sintomas obsessivo-compulsivos, ao lado de fatores de ordem biológica. A técnica cognitiva mais utilizada no tratamento do TOC é a reestruturação cognitiva (Rosa-Alcázar et al., 2008). Na EPR os pacientes são solicitados a enfrentar as situações e objetos temidos (exposição) e se abster de executar os rituais (prevenção de resposta). As exposições que provocam ansiedade moderada são prescritas primeiro, seguidas tão depressa quanto tolerável para as exposições de dificuldade crescente. Em uma recente meta-análise (Rosa-Alcázar et al., 2008) foi possível identificar 19 estudos publicados entre 1980 e 2006 que permitiram um total de 24 comparações independentes entre grupo de tratamento e grupo controle. O tamanho de efeito calculado para somente EPR ( $d_+ = 1.127$ ), somente reestruturação cognitiva ( $d_+ = 1.090$ ), e EPR mais reestruturação cognitiva ( $d_+ = 0.998$ ) foram muito similares.

Técnicas comportamentais, como a EPR, têm se revelado efetivas para reduzir os sintomas obsessivo-compulsivos (Jónsson et al., 2009). Foa e colegas (1998) demonstraram que mais de 75% dos pacientes com TOC tratados tiveram uma boa resposta de tratamento. Porém, poucos pacientes apresentaram remissão total dos sintomas, e ao redor de 25% dos pacientes tratados apresentaram recaída. Em uma revisão de 16 estudos controlados com EPR (Abramowitz et al., 2002) foi verificada uma redução média de 48% dos sintomas do TOC, com baixas taxas de recaída depois do tratamento.

Uma modalidade de tratamento que tem chamado à atenção dos pesquisadores é a TCC em grupo (TCCG), pela sua reconhecida eficácia, além de apresentar uma

relação custo-benefício mais favorável do que a terapia individual e por facilitar o treinamento de outros profissionais (Falls-Stewart et al., 1993; Van Noppen et al., 1997; Van Noppen et al., 1998; Cottraux et al., 2001; Cordioli et al., 2002, 2003). Essa abordagem parece produzir uma resposta positiva dos pacientes, tendo em vista que as crenças disfuncionais e os pensamentos automáticos são ativados, compartilhados e modificados através de técnicas cognitivas e da “modelagem social” (White et al., 2003). Além disso, a eficácia da TCC em grupo tem sido semelhante à TCC individual (Falls-Stewart et al., 1993). Uma meta-análise recente (Jónsson et al., 2009) para avaliar a efetividade da TCCG, que incluiu 13 estudos, verificou um tamanho de efeito de 1,18 em comparação com os controles para o tratamento do TOC. Os autores deste estudo consideram uma questão em aberto a comparação com a terapia individual. Em dois estudos a TCCG apresentou melhores resultados que o uso de medicação. Um recente estudo (Jaurrieta et al., 2008) analisou se a redução dos sintomas obsessivo-compulsivos obtidos depois de 20 sessões de TCC em grupo ou TCC individual para TOC seria mantida após o seguimento de seis meses e um ano, obtendo resultados similares em ambos os tratamentos.

Em três estudos com TCCG para pacientes adultos com TOC realizados por nosso grupo de pesquisa, sendo (1) ensaio aberto com 32 pacientes (Cordioli et al., 2002), (2) ensaio clínico randomizado com 56 pacientes tratados (Cordioli et al., 2003; Sousa et al., 2006) e, (3) estudo de *follow-up* de um ano, em uma amostra de 42 pacientes (Braga et al., 2005) foi possível observar que 70% dos pacientes melhoraram com o tratamento. No estudo com 42 pacientes foi possível observar que 9 (21%) pacientes apresentaram remissão completa ao final da TCCG. O ensaio randomizado com 56 pacientes mostrou que 8 (32%) pacientes que fizeram TCCG apresentaram remissão completa, enquanto apenas 1 (4%) paciente do grupo que usou sertralina

alcançou o mesmo resultado. Nossos achados estão de acordo com a observação de Rück et al. (2008) de que pelo menos 30% a 40% dos pacientes com TOC não respondem a tratamentos farmacológicos de primeira-linha ou tratamentos psicoterápicos.

Alguns estudos mostraram que aproximadamente 20% a 30% dos pacientes se opõem ou recusam a EPR, temerosos em sofrer com a ansiedade provocada pelos exercícios de exposição (Wilhelm et al., 2005). Westra e colaboradores (2006) chamam a atenção de que no tratamento do TOC é esperado que até 25% dos pacientes não se comprometam com os procedimentos indicados na TCC e que apenas ao redor de 50% irão executar as tarefas de casa durante a TCC. Além disso, o nível de ansiedade do paciente com TOC ao início do tratamento tem sido relacionado com os resultados do tratamento em curto prazo (Mawson et al., 1982; Foa et al., 1983; Hoogduin et al., 1988). Os resultados do estudo para avaliar se o processo de mudança das obsessões e compulsões na terapia cognitiva é diferente do processo de mudança na EPR sugerem que a redução das compulsões é o processo pelo qual a EPR e a terapia cognitiva influenciam a mudança (Anholt et al., 2008). Foa (1979) ressalta que os pacientes que apresentam ideias supervalorizadas, ou seja, que apresentam uma forte convicção de que seus rituais são necessários para a prevenção de catástrofes futuras podem não responder à terapia.

Pesquisadores (Mataix-Cols et al., 2002) chamam a atenção que os tratamentos para o TOC existentes precisam ser refinados e/ou novos tratamentos devem ser desenvolvidos para melhorar a resposta ao tratamento. A ideia de usar intervenções breves para aumentar a resposta à psicoterapia subsequente foi introduzida alguns anos atrás. Alguns pesquisadores (Westra et al., 2006) sugerem que muitas vezes o que é

visto como resistência ou recusa na terapia pode ser reflexo da ambivalência sobre a mudança.

## **ENTREVISTA MOTIVACIONAL**

A Entrevista Motivacional, desenvolvida pelos americanos Miller e Rollnick (1991), é uma abordagem que vem sendo desenvolvida nas últimas décadas, com o objetivo de auxiliar as pessoas a realizarem mudanças de comportamento mal-adaptativo. Esta abordagem foi utilizada originalmente, com a finalidade de auxiliar alcoolistas e, posteriormente, adaptada para uso em diferentes contextos da área da saúde. Atualmente, existem mais de 160 ensaios clínicos randomizados sobre a Entrevista Motivacional em diferentes áreas da saúde, como por exemplo, uso do preservativo, hipertensão, diabetes, obesidade, doenças cardíacas, adesão à medicação, atividade física, mamografia, uso do protetor solar e uma variedade de transtornos psiquiátricos (Rollnick et al., 2009).

A Entrevista Motivacional caracteriza-se por um estilo de atendimento que usa diferentes princípios e técnicas com o objetivo de auxiliar o paciente a reconhecer e fazer algo a respeito de seus problemas presentes ou potenciais. Sua utilização tem se mostrado útil com pessoas que relutam em mudar e que são ambivalentes, em relação à mudança. O uso desta técnica, durante a intervenção, facilita o trabalho terapêutico que se segue. Conforme Miller (2000), os estudos têm demonstrado que a Entrevista Motivacional não apenas parece funcionar, mas mais do que isto é mais eficiente com os indivíduos que precisam mais de ajuda na mudança de um comportamento.

O atendimento que utiliza a Entrevista Motivacional é diretivo, centrado no paciente, e tem como objetivo principal estimular a mudança de um comportamento,

ajudando o indivíduo a explorar e resolver sua ambivalência sem impor à pessoa um curso de ação que não seja apropriado ao seu momento pessoal. O “espírito” da Entrevista Motivacional foi descrito por seus idealizadores como cooperativo, evocativo, e com respeito pela autonomia do paciente (Rollnick et al., 2009). Em essência, a Entrevista Motivacional orienta os pacientes a convencerem a si próprios sobre a mudança necessária. Para encaminhar “a conversa sobre a mudança” do comportamento-alvo com os pacientes o terapeuta deve levar em conta os quatro princípios orientadores da Entrevista Motivacional: (1) resistir ao reflexo de “consertar as coisas”; (2) entender e explorar as motivações do paciente; (3) escutar com empatia; e (4) fortalecer o paciente, estimulando a esperança e o otimismo.

A entrada, a motivação do paciente e a prontidão para mudar comportamentos através do tratamento são preditores do engajamento e subsequente permanência no tratamento (Cady et al., 1996). Em dois ensaios clínicos randomizados anteriores à TCC para o transtorno de ansiedade generalizada a única variável não-clínica preditora de resultado do tratamento foi à motivação do paciente (Westra et al., 2006). Oportunizar o rápido encaminhamento para o tratamento quando a motivação do paciente está mais alta aumenta a retenção e melhora nos resultados (Rollnick et al., 1992; Projeto MATCH 1997, 1998). Para indivíduos menos motivados o uso das estratégias da Entrevista Motivacional pode facilitar o compromisso no processo do tratamento mantendo o foco nos diferentes Estágios de Mudança (DiClemente et al., 1994; Miller et al., 2001). A motivação para a mudança do comportamento surge da interação entre o paciente, o profissional que o atende e o processo que oportuniza a indicação do início do tratamento (Franey et al., 2002).

Um recente estudo, realizado nos Estados Unidos, demonstrou que a Entrevista Motivacional pode aumentar as taxas de aceitação da EPR, entre os pacientes com TOC



(Maltby et al., 2005). Nele foi desenvolvida e testada uma intervenção, em quatro encontros, que buscava aumentar a taxa de aceitação da EPR, entre aqueles pacientes que a recusaram num primeiro momento. Westra e colaboradores (2006) realizaram um ensaio clínico randomizado para avaliar o efeito de três sessões de EM, comparado a nenhum tratamento antes da TCC, com 55 indivíduos com diagnóstico principal de transtorno de ansiedade (45% transtorno do pânico, 31% fobia social, e 24% transtorno de ansiedade generalizada). Ambos os grupos demonstraram melhora clínica significativa dos sintomas de ansiedade. No entanto, o grupo que recebeu a EM antes da TCC apresentou um número significativamente maior de pacientes que responderam à TCC comparado ao grupo controle.

A combinação da EM e TCC pode ser particularmente promissora para o tratamento do TOC, onde a EM aumentaria a motivação e resolução da ambivalência sobre mudança, principalmente no que diz respeito à não executar os rituais e as evitações, e a TCC oportunizaria ao paciente alcançar as mudanças desejadas. Existe uma boa evidência da eficácia da EM no tratamento de curto prazo (Hjorthøj et al., 2008).

Para esta tese não havia um manual específico de EM+MC a ser seguido nas entrevistas individuais, o que oportunizou a autonomia do terapeuta para acompanhar o paciente usando as estratégias da Entrevista Motivacional. No entanto, consideramos que os princípios básicos da Entrevista Motivacional: (1) expressar empatia; (2) desenvolver discrepância entre o comportamento atual e o ideal; (3) evitar argumentação; (4) acompanhar a resistência; (5) promover a auto-eficácia; deveriam ser contemplados em todos os atendimentos individuais com o objetivo de encorajar os pacientes a falar sobre como, quando e por que eles poderiam mudar seu comportamento de realizar os rituais e as evitações. O propósito do modelo de

intervenção deste estudo foi explorar e ajudar o paciente a resolver a ambivalência em relação à não fazer os rituais e as evitações, bem como aumentar e renovar a motivação e prontidão para aderir aos exercícios de EPR que são parte da TCCG. Para tanto os atendimentos focaram os seguintes tópicos: (a) identificar e explorar as razões para mudar; (b) ajudar o paciente a reconhecer e ponderar a respeito dos diferentes sentimentos sobre os benefícios ao parar de realizar os rituais; (c) usar a escuta reflexiva (isto é, clarificar e ampliar a experiência pessoal do paciente, sem impor a opinião pessoal do terapeuta); (d) oferecer resumos sobre as preocupações levantadas pelo paciente durante o processo de tomada de decisão; e (e) ajudar o paciente a escolher estratégias pessoais. Além disso, foi explicado ao paciente o modelo da TCCG e em que consistem os exercícios de exposição e prevenção de rituais e as técnicas cognitivas. O terapeuta também reforçou a importância de realizar as tarefas de casa relacionadas aos exercícios de EPR, assim como encorajou cada paciente a tolerar e manejar a ansiedade provocada pelos exercícios de EPR.

## **MAPEAMENTO COGNITIVO**

O Mapeamento Cognitivo (Anexo F), desenvolvido por Leukefeld e colaboradores (2000), da Universidade de Kentucky, USA, é uma técnica recente, fundamentado no Modelo de Estágios de Mudança de Prochaska e DiClemente (1986), da Universidade de Rhode Island, USA, e na Entrevista Motivacional (Miller et al., 1991), e utiliza a esquematização visual, para auxiliar o indivíduo a organizar seus pensamentos e comportamentos. Essa técnica tem sido empregada para auxiliar

pacientes usuários de drogas, reduzir a conduta sexual de risco e em pacientes com déficit de atenção.

Frequentemente os pacientes têm dificuldade em entender, aprender e manejar situações abstratas (Grant et al., 1977; Meek et al., 1989; Czurchry et al., 1995). O Mapeamento Cognitivo é uma maneira de ajudá-los a aprender com suas próprias experiências através da esquematização visual dos seus pensamentos e condutas, como quando usamos um mapa rodoviário. Seu uso facilita a visualização do problema abordado e a percepção de como seus pensamentos e sentimentos estão estritamente ligados ao comportamento adotado, oportunizando uma maior compreensão sobre si mesmo.

A principal proposta do Mapeamento Cognitivo é ajudar o indivíduo a entender seus pensamentos e comportamentos e, assim, desenvolver estratégias próprias de resolução dos problemas. Além de organizar visualmente as ideias de forma a permitir associações, o mapa revela com clareza os caminhos que conduzem aos comportamentos construtivos ou destrutivos. Quando consciente desse processo, o sujeito se torna mais responsável por seu comportamento e sua própria existência, o que propicia melhores escolhas de pensar, decidir e se comportar. Com isso, queremos dizer que a proposta do Mapeamento Cognitivo não é apenas ajudar o paciente a pensar sobre um problema específico, mas aprender o processo de resolução desse problema.

Supõe-se que após trabalhar com o Mapa Cognitivo o paciente será capaz de: (1) entender como seus problemas estão relacionados com sua conduta negativa; (2) identificar que os sentimentos, pensamentos e ações de outros e os seus próprios contribuem para uma conduta inadequada e outros problemas; (3) escolher uma conduta positiva levando em consideração o que os outros pensam e fazem; e (4) desenvolver habilidades de solucionar problemas relacionados ao TOC.

O uso de um mapa cognitivo mostrou-se útil quando aplicado em grupos focados no uso de drogas (Joe et al., 1994), na conduta sexual de risco (Leukefeld et al., 1999) e no déficit de atenção (Czuchry et al., 1995). Ele pode ser uma vantagem particularmente importante para comunicar-se com indivíduos com pouca instrução (Piltre et al., 1996) ou cuja capacidade de expressão é limitada (Leukefeld et al., 2001). Os achados (Dansereau et al., 2002; Czuchry et al., 2003) das pesquisas evidenciam a eficiência do Mapeamento Cognitivo para melhorar a resolução de problemas, a tomada de decisão, a aprendizagem e comunicação, facilitando a autoeficácia. O Mapeamento Cognitivo poderia ser especialmente útil para os portadores de TOC que apresentam rituais mentais e/ou demonstram excessiva incerteza ou recorrentes dúvidas sobre o que está sendo conversado durante a entrevista.

O estudo realizado com uma amostra de usuários de cocaína injetável e de crack, em Porto Alegre, permitiu observar que o Mapeamento Cognitivo promoveu mudanças, tanto no uso de drogas, como na conduta sexual de risco (Leukefeld et al., 2005; Inciardi et al., 2006).

Para este estudo, o terapeuta e o paciente completaram juntos um Mapa Cognitivo. Os pacientes foram encorajados a analisar o mapa e desenvolver estratégias para enfrentar a ansiedade produzida pelas obsessões com respostas alternativas de comportamento. O Mapa Cognitivo foi usado para facilitar: (1) reconhecer o problema: compreender que as obsessões são fonte de desconforto e angústia; entender como os rituais são relacionados com o TOC (estágio de pré-contemplação); (2) retardar a ação e pensar: se acalmar antes de agir pode levar a melhores condições de enfrentar o problema; (3) identificar o problema: especificar aquelas circunstâncias, sentimentos, e valores que contribuem para a execução do ritual (estágio de contemplação); (4) considerar várias soluções: identificar opções de comportamento disponível para lidar

com as obsessões (estágio de preparação); (5) selecionar as melhores alternativas: fazer uma escolha de ação baseado em uma projeção racional dos prováveis resultados (estágio de ação); e, (6) avaliar a eficácia da solução: designar critérios para determinar se um comportamento específico foi uma solução bem sucedida (estágio de ação).

## REFERÊNCIAS

Abramowitz JS. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1997; 65: 44-52.

Abramowitz J., Franklin ME., Foa EB. Empirical status of cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Romanian Journal of Cognitive Behavioral Therapy* 2002; 2: 89-104.

Albucher RC., Abelson JL., Nesse RM. Defense mechanism changes in successfully treated patients with obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry* 1998; 155: 558-559.

Almeida-Filho N., Mari JJ., Coutinho E., França JF., Fernandes JG., Andreoli SB., Busnello ED. Estudo Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo e Porto Alegre). *Revista ABP- APA*. 1992; 14(3): 93-104.

Andrews G., Singh M., Bond M. The defense style questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1993; 181: 246—256.

Anholt GE., Kempe P., de Haan E., van Oppen P., Cath DC., Smit JH., van Balkom AJLM. Cognitive versus Behavior Therapy: Processes of Change in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2008; 77: 38-42.

Blaya C., Teruchkin B., Isolan L., Mezzomo K., Zanardo AP., Hirakata VN., Kipper LC., Maltz S., Manfro GG. Avaliação dos mecanismos de defesa em pacientes com fobia social: um estudo caso-controle. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* 2002; 24(3): 305-310.

Bond M., Gardner ST., Christian J., Sigal JJ. Empirical study of self-rated defense styles. *Archives of General Psychiatry* 1983; 40(3): 333-338.

Bond MP., Vaillant JS. An empirical study of the relationship between diagnosis and defensive style. *Archives of General Psychiatry* 1986; 43: 285-288.

Braga, D., Cordioli AV., Manfro GG. Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: a 1 year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2005; 112(3): 180-6.

Bystritsky A. Current Pharmacological Treatments for Obsessive-Compulsive Disorder. *Essential Psychopharmacology* 2004; 5(4): 251-272.

Cady ME., Winters KC., Jordan DA., Solberg KB., Stinchfield RD. Motivation to change as a predictor of treatment outcomes for adolescent substance abusers. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse* 1996; 5: 73-91.

Cordioli AV., Heldt E., Bochi DB., Margis R., Souza MB., Tonello J., Manfro GG., Kapczinski F. Time-limited cognitive-behavioral group therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a clinical trial. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2002; 24: 113-120.

Cordioli AV., Heldt E., Bochi DB., Margis R., Souza MB., Tonello J., Manfro GG., Kapczinski F. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatic* 2003; 72: 211-216.

Cordioli AV. Manual da Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo no transtorno obsessivo-compulsivo 2005. Universidade Federal do Rio Grande Do Sul. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Faculdade de Medicina - Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal Serviço de Psiquiatria Programa Transtornos de Ansiedade (PROTAN)

Cordioli AV. Terapia Cognitivo-Comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo Disponível no <http://www.ufrgs.br/toc/toc.pdf> acessado em dezembro/ 2005.

Cottraux J., Note I., Yao NY., Lafont S., Note B., Mollard E., Bouvard M., Sauteraud A., Bourgeois M., Dartigues JF. A randomized controlled trial of cognitive therapy versus intensive behavior therapy in obsessive-compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatic* 2001; 70: 288-97.

Czurchry M., Dansereau DF., Dees SM. & Simpson DD. The use of Node-Link Mapping in Drug Abuse Counseling: The Role of Attentional Factors. *Journal of Psychoactive Drugs* 1995; 27(2): 161-66.

Czuchry M., Dansereau F. A model of the effects of node-link mapping on drug abuse counseling. *Addictive Behaviors* 2003; 28(3): 537-549.

Dansereau DF., Dees SM. Mapping training: The transfer of a cognitive technology for improving counseling. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2002; 22(4): 219-230.

DeVaugh-Geiss J., Katz R., Landau P., Summit NJ., Akiskal H., Ananth J., et al. The Clomipramine Collaborative Study Group. Clomipramine in the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder: the clomipramine collaborative study group. *Archives of General Psychiatry* 1991; 48 (8): 730-8.

DiClemente CC., Carroll KM., Connors GJ., Kadden RM. Process assessment in treatment matching research. *Journal of Studies on Alcohol* 1994; (Supplement 12): 156-162.

Falls-Stewart W., Marks AP., Schafer J. A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1993; 181 (3): 189-93.

Ferrão, YA. Características clínicas do transtorno obsessivo-compulsivo refratário aos tratamentos convencionais, São Paulo, 2004. Tese (doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Psiquiatria

Fineberg NA. Refining treatment approaches in obsessive-compulsive disorder. *International Clinical Psychopharmacology* 1996; 11 (5): 13-22.

Fisher PL. Wells A. How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis *Behaviour Research and Therapy* 2005; 43 (12): 1543-1558.

Foa EB. Failures in treating obsessive-compulsives. *Behaviour Research and Therapy* 1979; 17: 169-76.

Foa EB., Grayson JB., Steketee GS., Doppelt HG., Turner RM., Latimer PR. Success and failure in the behavioral treatment of obsessive-compulsives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983; 51: 287-97.

Foa EB., Franklin ME., Kozak MJ. Psychosocial treatments for obsessive-compulsive disorder: literature review. In Swinson RP., Antony MM., Rachman S., Richter MA. (Eds.), *Obsessive-Compulsive Disorder: theory, research and treatment* 1998 (pp. 258-276). New York: Guilford Press.

Fontenelle LF., Hasler G. The analytical epidemiology of obsessive-compulsive disorder: Risk factors and correlates. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 2008; 32: 1-15.

Franey C., Ashton M. The grand design lessons from DATOS. *Drug and Alcohol Findings* 2002; 7: 4-19.

Fricke S., Moritz S., Andresen B., Dirk Jacobsen D., Martin Kloss M. Do personality disorders predict negative treatment outcome in obsessive-compulsive disorders? A prospective 6-month follow-up study *European psychiatry* 2006; 21 (5): 319-324.

Fullana MA., Mataix-Cols D., Caspi A., Harrington H., Grisham JR., Moffitt TE., Poulton R. Obsessions and Compulsions in the Community: Prevalence, Interference, Help-Seeking, Developmental Stability, and Co-Occurring Psychiatric Conditions. *American Journal of Psychiatry*. 2009, doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08071006.

Goodman WK., Kozak MJ., Liebowitz M., White KL. Treatment of obsessive-compulsive disorder with fluvoxamine: a multicenter, double blind, placebo controlled trial. *International Clinical Psychopharmacology* 1996; 11: 21-29.

Grant I., Adams K., Carlin A., Rennick P. A preliminary report on the collaborative neuropsychological study of polydrugusers users. *Drug and Alcohol Dependence* 1977; 2(2): 91-108.

Greist JH., Chouinard G., Duboff E. Double-blind parallel comparison of three dosages of sertraline and placebo in out-patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry* 1995; 52: 289-95.

Heldt E., Manfro GG., Kipper L., Blaya C., Isolan L., Hirakata VN., Otto MW. Treating medication-resistant panic disorder: predictors and outcome of cognitive-behavioural therapy in a Brazilian public hospital. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2003; 72: 43-48.

Hjorthøj C., Fohlmann A., Larsen AM., Madsen MT., Vesterager L., Gluud C., Arendt MC., Nordentoft M. Design paper: The CapOpus trial: A randomized, parallel-group, observer-blinded clinical trial of specialized addiction treatment versus treatment as usual for young patients with cannabis abuse and psychosis *Trials*. 2008; 11: 9-42.

Hoogduin CA., Duivenvoorden HJ. A decision model in the treatment of obsessive-compulsive neuroses. *British Journal of Psychiatry* 1988; 152: 516-21.

Hunt C. Vulnerability factors and long-term outcome after cognitive-behavioural treatment of anxiety disorders. Paper presented in the fourth World Congress on Behaviour Therapy, Australia, 1992.

Inciardi JA., Surratt HL., Pechansky F., Kessler F., Von Dimen L., Meyer da Silva E., Martin SS. Changing patterns of cocaine use and HIV risks in the South of Brazil *Journal of Psychoactive Drugs* 2006; 38(3): 305-310.

Jaurrieta N., Jiménez-Murcia S., Alonso P., Granero R., Segalàs C, Labad J., Menchón JM. Individual versus group cognitive behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: Follow up. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2008; 62: 697-704.

Jenike MA. A 45-year-old woman with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Medical Association* 2001; 285: 2121-28.

Jenike MA. An update on obsessive-compulsive disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 2001; 65 (11): 4-25.

Jenike MA., Obsessive-Compulsive Disorder *The New England Journal of Medicine* 2004; 350: 259-65.

Joe GW., Dansereau DF., Simpson DD. Node-link mapping for counseling cocaine users in methadone treatment. *Journal of Substance Abuse* 1994; 6(4): 393-406.

Jónsson H., Hougaard E. Group cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2009, 119(2): 98-106.

Joseph A., Himle JA., Etten MV., Fischer DJ. Group Cognitive Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: A Review *Brief Treatment and Crisis Intervention* 2003; 3: 217-229.



Kampman M., Keijsers GPJ., Hoogduin CAL., Verbraak MJPM. Addition of cognitive-behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder patients non-responding to fluoxetine *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002; 106: 314-319.

Keller M. Advances in the management of chronic depressive and anxiety disorders. *The Journal Clinical of Psychiatry* 1997; 58(suppl 13): 9-13.

Kessler RC., Chiu WT., Demler O., Merikangas KR., Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 2005; 62: 617-627.

Kimberly A., Wilson KA., Chambless DL. Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder *Behaviour Research and Therapy* 2005; 43 (12): 1645-1654.

Kipper L., Blaya C., Teruchkin B., Heldt E., Isolan L., Mezzomo K., Bond M., Manfro GG. Brazilian patients with panic disorder: The use of defense mechanisms and their association with severity. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2004; 192: 58-64.

Kipper L., Blaya C., Teruchkin B., Heldt E., Isolan L., Mezzomo K., Bond M., Manfro GG. Evaluation of defense mechanisms in adult patients with panic disorder: before and after treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2005; 193(9): 619-24.

Leckman JF, Grice DE, Boardman J, Zhang H, Vitale A, Bondi C, Alsobrook J, Peterson BS, Cohen DJ, Rasmussen SA, Goodman WK, McDougle CJ, Pauls DL: Symptoms of obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry* 1997; 154: 911-917.

Lensi P., Cassano GB., Correddu G., Ravagli S., Kunovac JL., Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder: Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *The British Journal of Psychiatry* 1996; 169: 101-7.

Leonard HL., Swedo SE., Lenane MC., Rettew DC., Hamburger SD., Bartko JJ., Rapoport JLA. 2- to 7-year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. *Archives of General Psychiatry* 1993; 50: 429-39.

Leukefeld C., Godlaski T., Logan TK., Warner B. Thought Mapping: an HIV Behavioral Intervention for Drug Abusers. from the conference HIV Prevention in Rural Communities: Sharing Successful Strategies; 1999 March 12-14; Indianapolis, IN: USA.

Leukefeld C., Brown C., Clark J., Godlaski T. Behavioral therapy for rural substance abusers. The University Press of Kentucky; 2000.

Leukefeld CG., Godlaski T., Logan TK. Thought Mapping: An HIV Prevention Approach for Drug Abusers. *Salud y drogas* 2001; 1(1): 71-93.

Leukefeld CG., Pechansky F., Martin SS., Surratt HL., Inciardi JA., Kessler FHP., Orsi MM., Von Diemen L., Meyer da Silva E. Tailoring an HIV-prevention intervention for

cocaine injectors and crack users in Porto Alegre, Brazil *AIDS Care* 2005; 17 (supplement 1): 77-87.

Lochner C. and Stein DJ. Gender in obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive spectrum disorders *Archives of Women's Mental Health* 2001; 4: 19-26.

Maltby N., Tolin DF. A brief motivational intervention for treatment-refusing OCD patients. *Cognitive Behaviour Therapy* 2005; 34(3): 176-184.

Masellis M., Rector NA., Richter MA. Quality of life in OCD: Differential Impact of Obsessions, Compulsions, and Depression Comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry* 2003; 48(2): 72-7.

Mataix-Cols D., Marks IM., Greist JH., Kobak KA., Baer L. Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions as Predictors of Compliance with and Response to Behaviour Therapy: Results from a Controlled Trial *Psychotherapy and Psychosomatic* 2002;71(5):255-262.

Mataix-Cols D., Fullana MA., Alonso P., Menchón JM., Julio Vallejo J. Convergent and Discriminant Validity of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Symptom Checklist. *Psychotherapy and Psychosomatic* 2004; 73: 190-196.

Mawson D., Marks IM., Ramm L. Clomipramine and exposure for chronic obsessive-compulsive rituals: III. Two-year follow-up and further findings. *British Journal of Psychiatry* 1982; 140: 11-18.

Meek P., Clark W., Solana V. Neurocognitive Impairment: The unrecognized component of dual diagnosis in substance abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs* 1989; 21: 153-60.

Miller WR. Re-discovering fire: small interventions, large effects. *Psychology of Addictive Behaviors* 2000; 14: 6-18.

Miller D., Guidry L. *Addiction and Trauma Recovery: Healing the body, mind, and spirit*. 2001 New York: W. W. Norton.

National Institutes of Health. Disponível no: <http://www.nih.gov/medlineplus/ency/article> acessado em dezembro/ 2005.

Miller WR., Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. 1991. New York: Guilford Press.

Montgomery AS., Kasper S., Stein DJ., Bang Hedegaard K., Lemming OM. Citalopram 20 mg, 40 mg and 60 mg are all effective and well tolerated compared with placebo in obsessive-compulsive disorder. *International clinical psychopharmacology* 2001; 16 (2):75-86.

Nestadt G., Bienvenu OJ., Cai G., Samuels J., Eaton WW. Incidence of Obsession-Compulsive Disorder in Adults. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1998; 186(7): 401-6.

Organização Mundial da Saúde (OMS) Disponível no: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf) acessado em dezembro/ 2005.

Pato MT., Zohar KM., Zohar R. Return of symptoms after discontinuation of clomipramine in patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry* 1988; 145: 521-5.

Perry JC., Cooper SH. An empirical study of defense mechanisms. *Archives of General Psychiatry* 1989; 46: 444-452.

Piccinelli M, Pini S, Bellantuono C, Wilkinson G. Efficacy of drug treatment in obsessive-compulsive disorder. A meta-analytic review. *British Journal of Psychiatry* 1995;166: 424-43.

Piltre U., Dansereau DF., Joe GW. Client Education Levels and the Effectiveness of Node-Link Maps. *Journal of Addictive Diseases* 1996; 15(3): 27-44.

Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatment to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies in Alcohol* 1997; 58: 7-29.

Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatment to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1998; 22: 1300-1311.

Prochaska JO., DiClemente CC. Toward a comprehensive model of change. In Miller WR., Heather N. (Eds.). *Treating Addiction Behaviors* 1986; 3-27. New York: Plenum Press.

Rabinowitz I., Baruch Y., Barak Y. High-dose escitalopram for the treatment of obsessive-compulsive disorder. *International Clinical Psychopharmacology* 2008; 23 (1): 49-53.

Rasmussen SA., Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder. *The Psychiatric Clinics of North America* 1988; 15: 743-58.

Rasmussen SA., Eisen JR. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 1992; 53: 4-10.

Rasmussen SA., Eisen JL. Treatment strategies for refractory obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry* 1997; 58 (suppl 13): 9-13.

Rück C., Karlsson A., Steele JD., Edman G., Meyerson BA., Ericson K., Nyman H., Åsberg M., Svanborg P. Capsulotomy for Obsessive-Compulsive Disorder. Long-term follow-up of 25 patients. *Archives of General Psychiatry* 2008; 65(8): 914-922.

Rollnick S., Heather N., Gold R., Hall W. Development of a short 'readiness to change' questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *British Journal of Addiction* 1992; 87: 743-754.

Rollnick S., Miller WR., Butler CC. Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior. New York: The Guilford Press. 2009

Rosa-Alcázar AI., Sánchez-Meca J., Gómez-Conesa A., Marín-Martínez F. Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2008; 28(8): 1310-25.

Rosario-Campos MC., Miguel EC., Quatrano S., Chacon P., Ferrão Y., Findley D., Katsovich L., Scahill L., King RA., Woody SR., Tolin D., Hollander E., Kano Y., Leckman JF. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Molecular Psychiatry* 2006; 11(5): 495-504.

Rufer M., Hand I., Alsleben H., Braatz A., Ortmann J., Katenkamp B., Fricke S., Peter H. Long-term course and outcome of obsessive-compulsive patients after cognitive-behavioral therapy in combination with either fluvoxamine or placebo. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2005; 255: 121-128.

Schruers K., Koning K., Luermans J., Haack MJ., Griez E. Obsessive-compulsive disorder: a critical review of therapeutic perspectives *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2005; 111: 261-271.

Shavitt RG. Fatores preditivos de resposta ao tratamento em pacientes com o transtorno obsessivo-compulsivo São Paulo, 2002 Tese (doutorado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Psiquiatria.

Sousa MB., Isolan LR., Oliveira RR., Manfro GG., Cordioli AV. A Randomized Clinical Trial on Cognitive-Behavioral Group Therapy and Sertraline in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2006; 67(7): 1133-39.

Storch EA., Merlo LJ., Lehmkuhl H., Geffken GR., Jacob M., Ricketts E., Murphy TK., Goodman WK. Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a non-randomized comparison of intensive and weekly approaches. *Journal of anxiety disorders* 2008; 22(7): 1146-58.

Torres AR., Lima MCP. Epidemiologia do transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2005; 27(3): 237-42.

Van Balkom AJLM., Van Oppen P., Vermeulen AWA., Van Dyck R., Nauta MCE., Vorst HCM. A meta-analysis on the treatment of obsessive-compulsive disorder: a comparison of antidepressants, behavior and cognitive therapy. *Clinical Psychology Review* 1994; 14: 359-81.

Van Noppen B., Steketee G., McCorkle BH., Pato M. Group and multifamily behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: a pilot study. *Journal of anxiety disorders* 1997; 11(4): 431-46.

Van Noppen B., Pato M., Marsland R., Rasmussen SA. A time-limited behavioral group for treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychotherapy Practice Research* 1998; 7: 272-80.

Weissman MM., Bland RC., Canino GJ., Grennwald S., Hwu HG., Lee CK., et al. The cross national pidemiology of obsessive-compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *Journal of Clinical Psychiatry* 1994; 55(Suppl): 5-10.

Westra HA., David JA., Dozois DJA. Preparing Clients for Cognitive Behavioral Therapy: A Randomized Pilot Study of Motivational Interviewing for Anxiety. *Cognitive Therapy and Research* 2006; 30: 481-498.

Whittal ML., Thordarson DS., McLean PD. Treatment of obsessive-compulsive disorder: Cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention *Behaviour Research and Therapy* 2005; 43(12): 1559-1576.

White JR., Freeman AS. Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo para populações e problemas específicos. São Paulo (SP): Roca; 2003.

Wilhelm S., Steketee G., Reilly-Harrington N., Deckersbach T., Buhlmann U., Baer L. Effectiveness of Cognitive Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: An Open Trial. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 2005; 19(2): 173-179.

Zohar J., Judge R. Paroxetine versus clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. OCD Paroxetine Study Investigators. *British Journal of Psychiatry* 1996; 169: 468-74.

### 3. JUSTIFICATIVA

Apesar da TCC com EPR apresentar resultados promissores, ao redor de 30% dos pacientes não aderem aos exercícios de EPR, o que demonstra ser difícil tolerar os exercícios de exposição (Fisher et al., 2005). As dificuldades de adesão decorrem, em grande parte, devido ao fato de que os exercícios implicam num aumento dos níveis de ansiedade, o que nem todos os pacientes suportam. O desconforto que o procedimento pode ocasionar leva aproximadamente 25% de todos os pacientes a recusar a terapia (Fricke et al., 2006). Mais do que isso, é possível observar uma taxa de desistência, ao redor de 20% ou de não aderência à terapia, de 30% dos pacientes (Schruers et al., 2005), reduzindo em 50% o efeito da mesma.

Uma segunda limitação se deve ao fato de que, muitas vezes, a melhora dos sintomas é incompleta, e nesses casos é alta a tendência a ocorrerem recaídas (Braga et al., 2005).

Desenvolver técnicas que possam aumentar a resposta dos pacientes ao tratamento é, portanto, um objetivo relevante e poderia melhorar a efetividade da TCC, aumentando o percentual dos que se beneficiam com o tratamento.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), através do Ambulatório do Serviço de Psiquiatria – Programa Transtornos de Ansiedade (PROTAN) oferece o Grupo de Terapia Cognitivo-Comportamental para pacientes com TOC. Composto por uma equipe multidisciplinar, proporciona tratamento desde 1994. Inicialmente os pacientes eram atendidos individualmente, utilizando a terapia de EPR e, a partir de 1999, passou-se a oferecer a TCCG. Aproximadamente 150 pacientes foram tratados com essa modalidade de intervenção antes do início deste estudo. Embora tenha sucesso, na melhora da sintomatologia dos pacientes, que participam das 12 sessões de TCCG, disponibilizadas pelo programa do TOC, é possível verificar que 30% dos pacientes não

melhoram. Dos outros 70% dos participantes, 45% demonstraram uma melhora parcial, muitas vezes apresentando recaídas e apenas 25% do total, tiveram remissão completa sem recaídas como demonstrado pelos estudos (Cordioli et al., 2002, 2003; Braga et al., 2005; Sousa et al., 2006) efetuados por nosso grupo de pesquisa. Estes achados vêm ao encontro dos estudos anteriormente citados, o que leva os autores deste projeto concluir, ser necessário aumentar as chances de melhora, na intervenção oferecida para esta população de pacientes.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), da Organização das Nações Unidas (ONU), através do relatório de 2001 intitulado “Saúde Mental, nova concepção, nova esperança”, recomenda programas que permitam melhorar a eficácia no tratamento dos transtornos mentais nos serviços gerais de saúde.

O governo brasileiro, através do relatório de 2004, apresentado pelo Ministério da Saúde, denominado: “Saúde no Brasil - Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa” apresenta entre suas metas a promoção de estudos que (1) incentivem à prática de pesquisa em saúde que obtenha estimativas de parâmetros clínico-epidemiológicos, e (2) promovam novas formas de intervenção, bem como avaliem o impacto das mesmas.

Frente às evidências epidemiológicas e os achados de pesquisas acima mencionados, fica evidente a necessidade em se estabelecer programas que não somente proporcione a remissão completa da sintomatologia para a maior parte da população atendida, como também aumente as chances de melhora para aqueles 30% dos demais pacientes que não se beneficiam com a TCCG usual. Este estudo poderá ajudar no avanço do conhecimento das técnicas que podem potencializar o tratamento padrão oferecido para uma amostra de pacientes que frequentam os grupos de TCC.

## REFERÊNCIAS

Braga, D., Cordioli AV., Manfro GG. Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: a 1 year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2005; 112(3): 180-6.

Cordioli AV., Heldt E., Bochi DB., Margis R., Souza MB., Tonello J., Manfro GG., Kapczinski F. Time-limited cognitive-behavioral group therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a clinical trial. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2002; 24: 113-120.

Cordioli AV., Heldt E., Bochi DB., Margis R., Souza MB., Tonello J., Manfro GG., Kapczinski F. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatic* 2003; 72: 211-216.

Fisher PL. Wells A. How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis *Behaviour Research and Therapy* 2005; 43 (12):1543-1558.

Fricke S., Moritz S., Andresen B., Dirk Jacobsen D., Martin Kloss M. Do personality disorders predict negative treatment outcome in obsessive-compulsive disorders? A prospective 6-month follow-up study *European psychiatry* 2006; 21 (5): 319-324.

Ministério da Saúde Disponível no: <http://www.saude.gov.br/sctie/decit> acessado em dezembro/ 2005

Organização Mundial da Saúde (OMS) Disponível no: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf) acessado em dezembro/ 2005

Schruers K., Koning K., Luermans J., Haack MJ., Griez E. Obsessive-compulsive disorder: a critical review of therapeutic perspectives *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2005; 111: 261-271.

Sousa MB., Isolan LR., Oliveira RR., Manfro GG., Cordioli AV. A Randomized Clinical Trial on Cognitive-Behavioral Group Therapy and Sertraline in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2006; 67(7): 1133-39.

.



#### **4. HIPÓTESE**

O acréscimo de duas sessões individuais de Entrevista Motivacional+Mapeamento Cognitivo à TCCG para pacientes com Transtorno obsessivo-compulsivo aumentará a eficácia do tratamento em comparação com a TCCG isolada.

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1. OBJETIVO GERAL**

Avaliar os efeitos da adição de duas sessões individuais de Entrevista Motivacional + Mapeamento Cognitivo à TCCG, na resposta ao tratamento dos pacientes com Transtorno obsessivo-compulsivo.

### **5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Avaliar a mudança da gravidade dos sintomas nas duas intervenções (EM+MC TCCG e TCCG).
- Analisar o percentual de pacientes que obtém remissão completa e parcial dos sintomas nas duas intervenções.
- Observar o percentual de pacientes que não responderam a TCCG nas duas intervenções.
- Avaliar a manutenção dos resultados em um seguimento de três meses.
- Verificar as mudanças nos estilos defensivos nas duas intervenções.
- Examinar as mudanças na redução no escore total da DY-BOCS e na diminuição do percentual de pacientes em cada dimensão dos sintomas nas duas intervenções.

## **6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

O estudo está de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução n.º 196/96), e foi previamente aprovado pelo grupo de Pesquisa e Pós-Graduação e Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Nº 06 /171).

Todos os participantes foram informados verbalmente sobre a pesquisa, seus objetivos e possíveis benefícios. Foi garantida a confidencialidade dos dados coletados, assim como a possibilidade de recusa ou abandono da pesquisa, em qualquer momento da aplicação sem qualquer prejuízo para o tratamento. Todos os pacientes que desejaram participar do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 1).

## **7. ARTIGOS**

## 7.1 Artigo 1

**Behavioural and Cognitive Psychotherapy: page 1 of 18**  
**doi:10.1017/S1352465810000111**

A Randomized Clinical Trial to Examine Enhancing Cognitive-Behavioral Group Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder with Motivational Interviewing and Thought Mapping  
Running head: CBGT for OCD with MI and TM

Elisabeth Meyer, Fernanda Souza, Elizeth Heldt, Paulo Knapp and Aristides Cordoli

*Department of Psychiatry, Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil*

Roseli G. Shavitt

*Department and Institute of Psychiatry, Hospital das Clínicas, School of Medicine,*

*University of São Paulo (USP), Brazil*

Carl Leukefeld

*Center on Drug and Alcohol Research, University of Kentucky, USA*

Reprint requests to Elisabeth Meyer, Anxiety Disorders Program, Department of Psychiatry, Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil, Rua Ramiro Barcelos, 2350 Room 400N, 90035-903, E-mail: meyer-beth@hotmail.com

## **Abstract**

Background: Obsessive-compulsive disorder (OCD) is characterized by repeated and persistent attempts to control thoughts and actions with rituals. These rituals are used in order to prevent feared or personally distressing outcomes. Cognitive behavioral group therapy (CBGT) has been reported to be effective for treating OCD patients (Cordioli et al., 2003; Braga, Cordioli and Manfro, 2005; Sousa, Isolan, Oliveira, Manfro, and Cordioli, 2006). However, about one-third (30%) of patients do not benefit from CBGT. Some of these patients do not show significant improvement and continue to use rituals following CBGT, partially because they fail to complete the exposure and ritual prevention (ERP) exercises. Consequently, it is important to motivate patients to fully engage in CBGT treatment and complete the ERP exercises.

Aims: A randomized behavioural trial was initiated to examine 12 weeks of manual directed CBGT with the addition of Motivational Interviewing (MI) and Thought Mapping (TM) individuals sessions to examine treatment outcome and compare it to the effectiveness of CBGT group alone.

Method: After consent, subjects were randomized (n=93) into a CBGT group or a CBGT group with MI+TM.

Results: When the two groups were compared, both groups reduced OCD symptoms. However, symptom reduction and remission were significantly higher in the MI+TM CBGT group. Positive outcomes were also maintained with additional symptom reduction at the three-month follow-up for the MI+TM CBGT group.

Conclusions: Adding two individual sessions of MI and TM before CBGT successfully reduced OCD symptoms and it was more effective than using CBGT group alone.

*Keywords: OCD; Cognitive-behavioral group therapy; CBGT; Thought Mapping; Motivational Interviewing*

## **Introduction**

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is an anxiety disorder characterized by recurrent obsessions and/or compulsions that cause marked distress and interfere with daily functioning (American Psychiatric Association, 1994). OCD is a chronic disorder with symptoms that rarely remit spontaneously, particularly, the repeated and persistent attempts to control thoughts and actions by using rituals. In fact, Fischer and Wells (2005) showed that, extended recurrent exposure to problem stimuli without neutralization reinforces information that disproves erroneous associations and promotes habituation to obsessions as well as apprehension-evoking stimuli.

Cognitive behavioral therapy (CBT) incorporates both exposure and ritual prevention (ERP) as well as cognitive techniques which have been found to be effective for OCD (Abramowitz, Franklin, Zoellner, and Dibernardo, 2002; Franklin and Foa, 2002; Cordioli et al., 2003; Foa et al., 2005; National Institute for Health, 2007). More specifically, studies have reported that group therapy is generally as effective as individual therapy in reducing obsessive-compulsive symptoms (Emmelkamp, Bouman and Blaauw, 1994; Falls-Stewart, Marks and Schafer, 1993). In a recent study, meta-analysis was used to compare group ERP with individual ERP and concluded that both therapies were effective, although the authors did not determine which approach was the most effective (Rosa-Alcázar et al.2008). Jónsson and Hougaard (2009) carried out a study comparing cognitive-behavioral therapy (CBT) using two identical protocols delivered either individually or in a group and showed that patients responded faster to the individual treatment. However, both treatments had equivalent rates of recovery assessed by a follow-up (one month). Nevertheless, not all patients benefit from CBT. Previous studies have reported that about 30% of OCD patients remain clinically

unchanged after CBT (Cordioli et al, 2003; Whittal, Thordarson and McLean, 2005; Shavitt et al., 2006; Ferrão et al., 2006; Anderson and Rees, 2007). Perhaps, the failure to successfully treat all patients using CBT, is due to the difficulties imposed by ERP exercises. These exercises are usually challenging for OCD patients because they can lead to anxiety-provoking situations (Vogel, Hansen, Stiles, and Gotestam, 2006). Consequently, many patients do not adhere to ERP and dropout of treatment (Cordioli et al., 2003; Rowa et al., 2007). However, most patients who predominantly use rituals and do not present obsessions frequently have a positive outcome (Basoglu, Lax, Kasviskis and Marks, 1988; Jenike et al., 1990). Moreover, patients who are motivated to complete homework assignments have better outcomes than those patients who are not motivated to finish their ERP exercises (Araújo, Ito and Marks, 1996).

Motivational Interviewing (MI) was developed to motivate patients to help them accomplish behavior change (see Miller, 1983, 2000; Miller and Rollnick, 2002). MI has been previously used in brief clinical interventions (Rollnick, Kinnersley and Stoot, 1993; Stott, Rollnick, Ress and Pill, 1995; Rollnick, 1996) with positive outcomes, suggesting that MI may be effective for the treatment of OCD (Rollnick, Heather, Gold and Hall, 1992; Rollnick, 1996). A meta-analysis study reported that MI was effective in brief encounters of 15 minutes and that more than one encounter enhanced outcomes (Rubak, Sandbæk, Lauritzen and Christensen 2005). MI has also been a helpful adjunctive to treat anxiety disorder with increased outcomes for patients who had not initially responded to CBT (Westra and Phoenix, 2003). Using MI with OCD cognitive therapy has been previously suggested (Steketee, Chambless, and Tran, 2001; Maltby and Tolin, 2005; Pinto, A., Pinto, A.M., Neziroglu and Yaryura-Tobias, 2007). In fact, it was reported that MI and CBT could be particularly promising for the treatment of anxiety and depression, with MI directed at increasing motivation and resolving



ambivalence about change, and CBT directed at helping the patient achieve the desired changes (Arkowitz and Westra 2004; Westra and Dozois, 2006). MI was incorporated in this study to increase motivation by reducing ambivalence, identifying and exploring reasons for change to meet specific goals, overcoming perceived barriers/concerns for change, choosing personal change strategies and providing affirmation for choices by promoting collaboration and reducing resistance (Miller and Rollnick, 2002; Westra and Dozois, 2006).

Thought mapping (TM) is an established technique that has been described in detail (Leukefeld, Brown, Clark, Godlaski and Hays, 2000; Leukefeld et al., 2005; Inciardi et al., 2006). TM is based on the first four stages of change in the transtheoretical model (Prochaska and DiClemente's, 1986). Briefly, TM is a structured approach aiming to visually connect feelings, thoughts, and actions in order to understand the relationship between thoughts and actions. TM is used to facilitate: (1) problem recognition (precontemplation stage); (2) problem identification (contemplation stage); (3) consider various solutions (determination stage); (4) select best alternative (action stage); and, (5) assess the effectiveness of a solution (action stage).

The results from studies using mapping, indicate that it can be useful when used in combination with other approaches for target-behavior change (Knight, Dansereau and Joe, 1994; Pitre, Dansereau and Joe, 1996; Martin et al., 2003). Since TM has been useful in the treatment of others psychiatric disorders, we hypothesize that TM could be helpful in facilitating change in OCD treatment. For example, during interviews, some OCD patients have doubts about the content of the conversation. We suggest that the use of visual aids, as well as paper and pencil, in TM could assist patients by clarifying the content of the conversations during interviews. Moreover, we expect that these

strategies will help patients to focus on behavior change. In this study, each participant developed their own thought map for their OCD-related dysfunctional thoughts and behaviors. This process allowed each patient to understand how behaviors and feelings are directly linked to negative behavioral consequences (or rituals). The purpose of incorporating TM was to help patients achieve a better understanding about ritual behavior which will assist the identification of individual strategies to stop or avoid rituals.

Similar to other cognitive interventions, the objective of using MI and TM is to help patients to: (1) modify their erroneous convictions about obsessive-compulsive symptoms, such as distortions about their source and meaning. These treatments further assist patients to deal with the guilt evoked by their symptoms, thereby helping patient accept an alternative explanation, which is to recognize OCD symptoms as the manifestation of a disorder and, not merely as exaggerated or excessive habits; (2) alter their beliefs concerning their negative expectation about their ability to change their symptoms and, finally, reduce their suffering by the use of cognitive behavioral therapy.

The overall purpose of this study was to evaluate the consequence of the addition of two individual sessions of MI+TM before OCD group treatment (CBGT). We compared the effectiveness of the MI+TM CBGT group with the CBGT group alone by examining treatment outcome. We hypothesized that the addition of two individual sessions of MI+TM before 12-weeks of CBGT in adult outpatients will increase treatment outcomes.

## **Method**

### **Participants**

Participants were recruited with radio, TV, and newspaper ads offering group treatment for OCD. Participants were screened by telephone using the Yale-Brown

Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) symptom checklist (Goodman et al., 1989), and for the use of anti-obsessive drugs. An assessment interview was scheduled at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Anxiety Disorders Program (PROTAN). Interviews were conducted by post-graduate psychiatrists and master-degreed psychologists who were experienced in treating OCD patients. They used a structured interview aiming to diagnose OCD according to the DSM-IV criteria by applying the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon and Williams, 1997). The SCID-I was also used to assess the presence of possible comorbidities.

Inclusion criteria were: (1) DSM-IV diagnosis; (2) no use of anti-obsessional medication or use of a stable dose for at least 3 months prior to entering the study; (3) between 18 and 65 years of age; (4) Y-BOCS scores 16 or above. Exclusion criteria were: (1) major depression with suicidal risk; (2) severe personality disorders: borderline or schizotypal; (3) cognitive impairment: mental retardation; (4) lack of motivation for the treatment or lack of time availability to attend the sessions; (5) refusal of the group setting, and (6) mild symptoms (Y-BOCS scores equal to or lower than 15). Although personality disorders were not assessed eight patients with severe personality disorder who were previously diagnosed for borderline or schizotypal by their psychiatry assistant were excluded. However, patient with personality disorder may have been included in the study.

For this study, 146 participants were screened (see flowchart in Figure 1). 53 were determined to be not eligible. Of the 93 eligible subjects, 90 completed the treatment from January 2006 through December 2007. Three patients (see Figure 1) dropped out of treatment and all of the remainder completed the three-month follow-up.

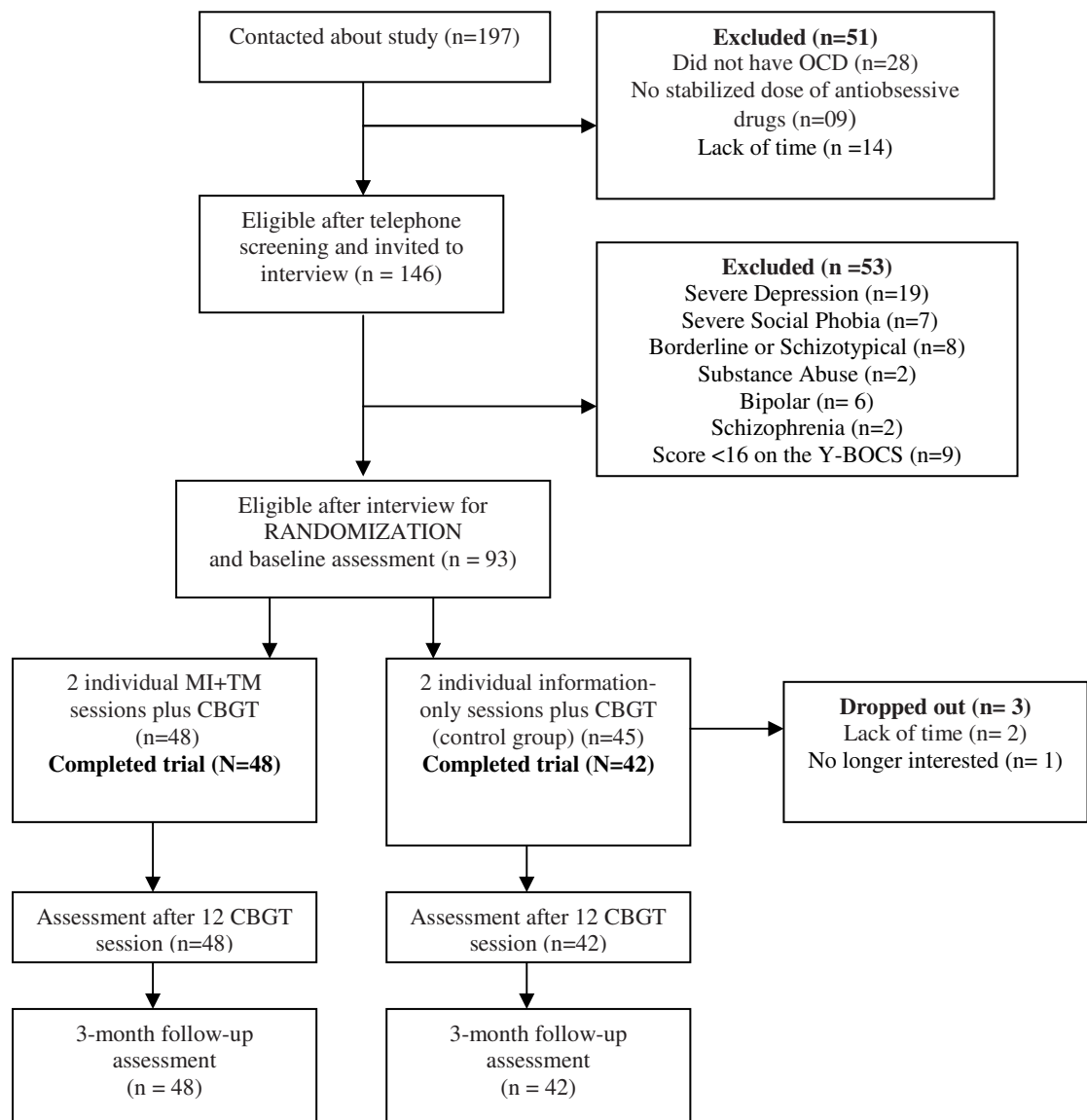


Figure 1. Flowchart randomized clinical trial comparing MI+TM plus CBGT and CBGT treatment for obsessive- compulsive disorder

Pre-treatment baseline symptom severity and treatment were compared (before the two individual sessions), with post-treatment (after the 12<sup>th</sup> CBGT session), and three months after treatment (follow-up). Interviews were completed by trained master-level psychologists or psychiatrists who were experienced in treating OCD patients, but were blinded to group assignment.

## *Measures*

Pre and post-treatment measures were obtained by one independent psychiatrist and five independent psychologists who were trained on study data collection, study procedures and who had experience in working with OCD patients. An array of standardized instruments was applied. Each instrument was translated and back translated to Portuguese and has been extensively used by Brazilian authors. Although the scales (Y-BOCS, BDI) were designed for self-rating in this study they were administered orally by an interviewer, mainly due to the great variability in the educational level of the sample.

Psychiatric diagnoses were determined with the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I) (First, Spitzer, Gibbon and Williams, 1997). Specifically, the SCID-I was used to confirm the OCD diagnosis and to identify co-morbid disorders.

Obsessive-compulsive symptoms were measured with the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) (Goodman et al., 1989). The scale is composed of 10 items - five for obsessions and five for compulsions, including time spent with the symptoms, the level of interference in daily activities and distress, resistance and control of symptoms. Each item was scored from 0 to 4 with a maximum score of 40.

Depression was measured with the Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock and Erbaugh, 1961). Each participant rated the severity of each symptom on a 4-point scale, ranging from 0 (not at all) to 3 (severe). Scores were summed as an overall composite score. The inventory is widely used to measure symptoms of depression and has been documented as a reliable and valid method (Beck, Steer and Garbin, 1988).

Patient's OCD severity was assessed by the Clinical Global Impressions Scale - Severity subscore (CGI-S; Guy W., 1976). The CGI-S determines the severity of OCD, considering the intensity and frequency of symptoms. Scores range from: 1 = normal; 2 = borderline mentally ill; 3 = mildly ill; 4 = moderately ill; 5 = markedly ill; 6 = severely ill; 7 = among the most extremely ill.

#### *Cognitive-behavioral group therapy (CBGT)*

The structured manual-based CBGT was applied as previously described (Cordioli et al., 2003, Braga et al., 2005, Sousa et al., 2006). Briefly, CBGT was administered to eight patients per group, and was conducted in a closed-ended group during the course of 12 weekly two-hour sessions. Treatment included psycho-education, exposure and response prevention (ERP) techniques, cognitive techniques to change dysfunctional beliefs, and group techniques. The treatment procedure includes specific homework exercises attached to each treatment component. A detailed description of the treatment protocol can be found in Cordioli et al. (2002, 2003). For each group, sessions were conducted by the same therapist and the same co-therapist. Both therapists were postgraduate psychiatry or psychology students with prior CBGT experience that were blinded to the individual intervention. Patients were also instructed not to reveal or discuss the content of their individual sessions.

#### *Motivational Interviewing (MI) + Thought Mapping (TM) plus CBGT condition*

Intervention subjects received two one-hour individual MI + TM sessions before group sessions began. The intervention was delivered by a doctoral-level therapist who had extensive experience with the MI and TM methods, and did not participate in the CBGT sessions. Individual sessions incorporated MI open-ended questions, avoided

confrontation, used empathy and reflective listening to encourage patients to talk about why, how and when they could change their use of rituals. The therapist called attention to the discrepancies (i.e., when patients perceive differences between their current situation and their hopes for the future). Moreover, the therapist supported self-efficacy in order to assist the patient in identifying their skills and how to generalize these skills to OCD context. Finally, the therapist helped summarize what the patient intended to achieve behaviorally. Bandura (1977) introduced the notion of self-efficacy, pondering that an individual's self-estimation of their abilities in a specific situation greatly influences the patient's decision in terms of what behaviors to attempt (as oppose to skip out), and which to persevere (as oppose to dropout). Specifically, the therapist explained how the CBGT works, discussed ERP, and encouraged each subject individually to face the anxiety and fear associated with the ERP exercises. The therapist also reinforced the importance of completing ERP exercises as well as homework assignments. Responses to non-compliance included:

- (1) "You do understand what could happen when you do not use rituals, don't you? Would you like to talk more about what could happen?"
- (2) "Some OCD patients find it difficult to stop using rituals. For your treatment to be most effective, doing the exercises is important in order to stop using rituals. Does this make sense to you?"
- (3) "I wonder if you can face the anxieties caused by the ERP exercises. Can we talk about what strategies others patients use to deal with their anxiety?"
- (4) "The choice is yours. What can you do now?"

Patients were encouraged to analyze their thought map and to develop strategies to use alternative behaviors to face the anxiety associated with their obsessions. TM was used to present personalized information (see Figure 2 for an example of a completed

Thought Map) to connect feelings, thoughts, and actions. The therapist and the patient completed a map in the individual session. The map has two parts: questions 1-3 are used to identify a specific problem: ANTECEDENTS; and questions 4-6 are used to “think through” problem solutions: CONSEQUENCES.

Completing the TM helps patients quickly focused on: (1) problem recognition: understanding how ritual behaviors are related to OCD; (2) problem identification: specifying circumstances, feelings, and values which contribute to ritual behavior; (3) considering various solutions: identifying available behavioral options; (4) selecting the best alternative: making a specific choice based on a rational projection of probable outcomes; and, (5) assessing the effectiveness of the solution: setting criteria to determine whether specific behaviors could be achieved.

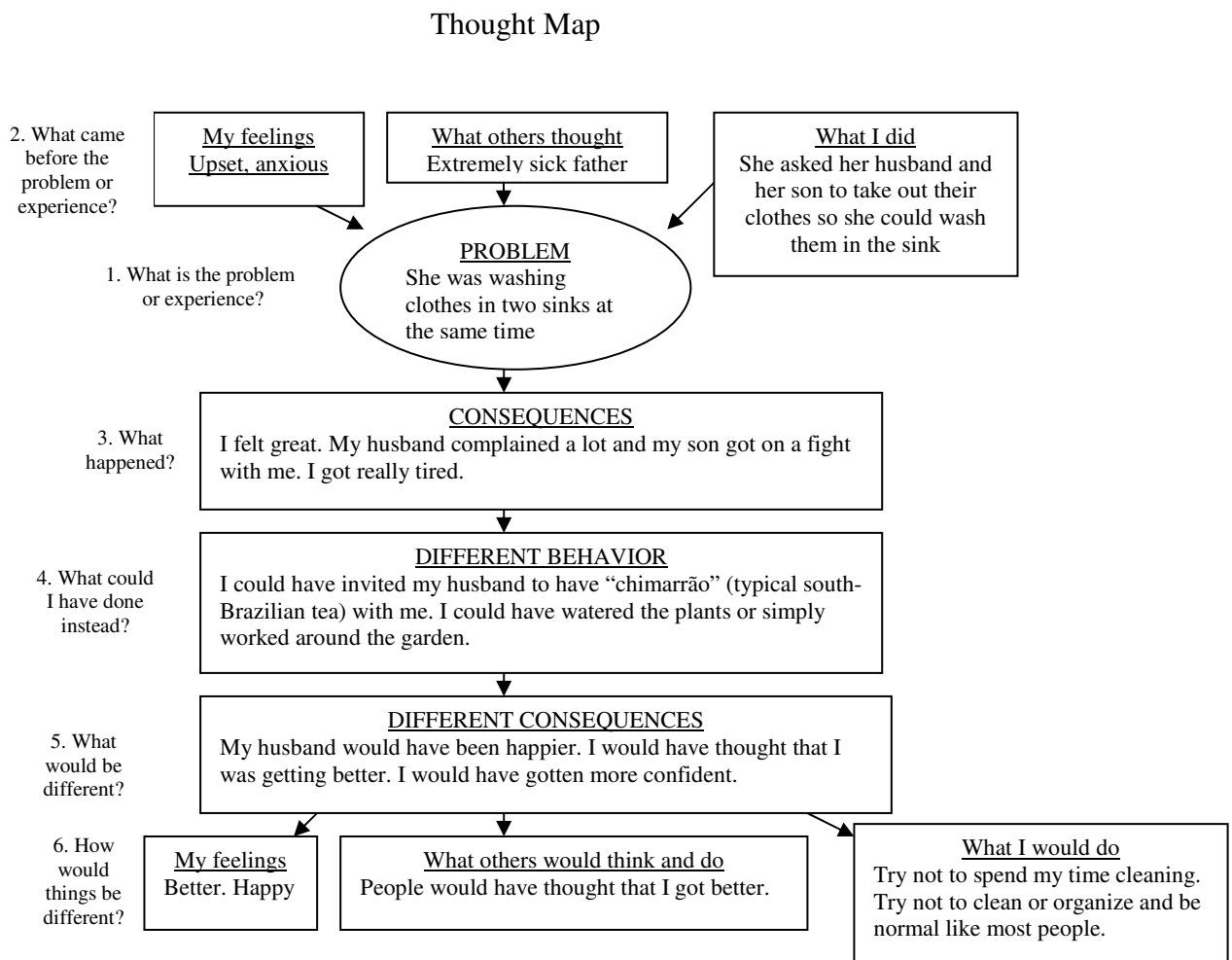


Figure 2. A completed thought map



### *Information-only condition plus CBGT (control group)*

In order to control the length and frequency of sessions with therapist received by each patient in the MI+TM condition, we created an equivalent control condition. The control condition consisted of two 60-minute individual weekly sessions before the 12 sessions CBGT conducted by one doctoral-level therapist (without participation in the group sessions). As an information-only condition, the therapist provided information about smoking prevention (session 1), and physical activity (session 2). Sessions were conducted in a lecture-style and provided information such as: (a) Smoking can cause heart disease, stroke, lung disease, among other diseases. Smokers are at higher risk of developing pneumonia and other airway infections; (b) Tobacco smoke contains chemicals that are harmful to both smokers and nonsmokers; breathing even a little tobacco smoke can be harmful; (c) Regular physical activity can reduce the risk of developing coronary heart disease (CHD) and the risk of dying from CHD; (d) Some physical activity is usually better than none. Physical activity is safe for almost all individuals, and the health benefits of physical activity far outweigh the risks. Although participants were encouraged to ask questions, MI+TM were not used and, presumably, the intervention did not focus on enhancing commitment to change.

### *Procedure*

The Ethics Committee of the Hospital de Clínicas of Porto Alegre (Institutional Review Board equivalent) approved the study. Written informed consent was obtained from all participants, after a description of the study, emphasizing that consenting participants would be randomized into one of two treatment conditions: 1) two individual sessions of MI+TM and CBGT (intervention group) or 2) two individual information sessions

and CBGT (control group). Each patient was assured that their decision to participate in the study would not affect their treatment (CBGT).

The study was conducted in six successive periods of 24 weeks. There were two groups per condition, with 6 or 8 participants in each group. All sessions were conducted by the same therapist and co-therapist, both with prior CBGT experience. Randomization to the MI+TM CBGT and the control group was performed using [www.randomizer.org/index.htm](http://www.randomizer.org/index.htm)).

### *Data Analysis*

Baseline data were compared between groups for demographic, severity of symptoms, and use of anti-obsessional medications using a Student's t-test for continuous variables, and with Pearson  $\chi^2$  test for nominal variables. The effect size of the MI+TM CBGT and the control group for the Y-BOCS scores was calculated according to the

Cohen (Van Oppen et al, 1995) formula:  $ES = \frac{x_2 - x_1}{\sqrt{s_1^2 + s_2^2 - 2r_{12}s_1s_2}}$  where  $x_1$  = pre-scores;  $x_2$  = post-scores;  $s_1$  = standard deviation of pre-scores;  $s_2$  = standard deviations of postscores;  $r_{12}$  = Pearson correlation between pre- and postscores. Interpretation of effect sizes followed the guidelines established by Cohen (1988): 0.0–0.2 = trivial effect size, 0.2–0.5 = small effect size, 0.5–0.8 = moderate effect size, 0.8 and above = large effect size.

Outcome variables were examined using repeated measure ANOVA to compare baseline, treatment completion, and at three-month follow-up. The criterion used was Wilks' Lambda. A significant interaction Student's t-test paired samples test or one-way ANOVA were used to examine differences. Analysis of covariance (ANCOVA) was used to control potential confounding variables.

A positive treatment response was defined as a 35% or more decrease in baseline Y-BOCS scores. The Pearson  $\chi^2$  test was used for dichotomous data: *improved* (reduction  $\geq 35\%$  on the Y-BOCS) was compared with *non-improved* (reduction  $\leq 35\%$  on the Y-BOCS). Patients who responded to treatment were also categorized as *full remission* if scores on the Y-BOCS were  $\leq 8$  and CGI  $< 2$ ; or *partial remission*, if the reduction on the Y-BOCS was  $\geq 35\%$  with Y-BOCS score  $> 8$  and CGI = 2. Rates were compared across the two groups with the Pearson  $\chi^2$  test. An intention-to-treat approach was used for subjects who dropped out by classifying dropouts as *non-improved* or *non-completers*. Participants who completed the treatment were classified as *completers*. All p values were two-tailed, the statistical significance was .05 level. Statistical analyses were performed with the Statistical Package for Social Sciences for Windows version 13.0.

## Results

### *Subjects*

Ninety-three subjects met study criteria and consented to participate. (See Figure 1). Three-fourths (75.3%) were women. The mean age at assessment was 38.6 years (SD=12.5). The mean age at onset of OCD was 10.7 years (SD=4.53); the mean duration of the illness was 26.3 years (SD =13.1). The mean age for OCD symptoms which started to interfere with daily activities was 28 years (SD=12.4). There were no significant differences at baseline between MI+TM CBGT group and control group on age ( $t = -0.91$ ,  $df=91$ ,  $p=0.364$ ); age of OCD onset ( $t = -0.42$ ,  $df=91$ ,  $p=0.679$ ); mean duration of illness ( $t = -0.22$ ,  $df=91$ ,  $p=0.827$ ), mean age when OCD symptoms started to interfere with daily activities ( $t = -1.20$ ,  $df=91$ ,  $p=0.232$ ), BDI ( $t = -0.39$ ,  $df=91$ ,  $p=0.695$ ), CGI-S ( $t = -0.18$ ,  $df=91$ ,  $p=0.859$ ), or mean Y-BOCS scores with 30.9

(SD=3.83) for the MI+TM CBGT and 31.3 (SD=5.21) for the control group ( $t = -0.5$ ,  $df=91$ ,  $p=0.648$ ). This similarity persisted independently of the medication use: mean Y-BOCS total score ( $f=0.49$ ,  $df=1,89$ ,  $p=0.487$ ); BDI ( $f=0.43$ ,  $df=1,89$ ,  $p=0.513$ ); CGI-S ( $f=0.37$ ,  $df=1,89$ ,  $p=0.543$ ).

Study completers were not different from non-completers for: gender (Fisher's Exact Test,  $p=0.150$ ), age ( $t= -0.91$ ,  $df=91$ ,  $p=0.364$ ), age at obsessive-compulsive onset ( $t= -0.42$ ,  $df=91$ ,  $p=0.679$ ), age of illness duration ( $t= -0.22$ ,  $df=91$ ,  $p=0.827$ ), or age at OCD symptoms interference ( $t= -1.20$ ,  $df=91$ ,  $p=0.232$ ), depression ( $t=1.08$ ,  $df=91$ ,  $p=0.285$ ), baseline clinical global severity ( $t= -1.01$ ,  $df=91$ ,  $p=0.314$ ) or mean Y-BOCS total scores ( $t= -0.69$ ,  $df=91$ ,  $p=0.494$ ).

Thirty-five (37.6%) patients were prescribed anti-obsessional drugs with 18 patients (37.5%) in MI+TM CBGT group and 17 patients (37.8%) in the control group ( $\chi^2=0.00$ ,  $df=1$ ,  $p=1.000$ ).

Forty-six (49.5%) participants were married; 44 (37.6%) participants were single; 10 (10.8%) were divorced; and two (2.2%) were widowed. Participants had an average of 14.4 years of education (SD=4.06). Sixty-nine (74.2%) participants were diagnosed with at least one comorbidity. The most common comorbidities were major depressive disorder (32.3%), social phobia (29%), simple phobia (28%) and posttraumatic stress disorder (12.9%). Among impulsive control disorders, compulsive buying (12.9%) was the most common comorbidity followed by skin picking (10.8%).

Outcomes were examined by comparing measures at: baseline, intervention completion, and three-month follow-up. Baseline, intervention completion, and follow-up scores for the MI+TM CBGT and the control groups are presented in Table 1.

Table 1. Mean (SD) outcome measures at baseline and post-treatment for the total sample, MI+TM CBGT group, and control group

	Total Sample (n=93)				MI+TM CBGT group (n= 48)				Control group (n=45)				MI+TM CBGT x control	MI+TM CBGT x control
	pre	post	follow	p*	pre	post	follow	p*	pre	post	follow	p*	post**	follow**
YBOCS global score	31.1 <sup>a</sup> (4.53)	11.1 <sup>b</sup> (8.65)	9.95 <sup>c</sup> (8.65)	<0.001	30.9 <sup>a</sup> (3.83)	8.15 <sup>b</sup> (5.43)	6.96 <sup>c</sup> (4.76)	<0.001	31.3 <sup>a</sup> (5.21)	13.9 <sup>b</sup> (9.39)	13.1 <sup>b</sup> (10.6)	<0.001	0.001	0.001
Obsessions	15.0 <sup>a</sup> (2.58)	5.66 <sup>b</sup> (4.02)	5.33 <sup>b</sup> (4.26)	<0.001	14.9 <sup>a</sup> (2.29)	4.9 <sup>b</sup> (2.90)	4.35 <sup>b</sup> (2.87)	<0.001	15.11 <sup>a</sup> (2.89)	6.47 <sup>b</sup> (4.85)	6.38 <sup>b</sup> (5.19)	<0.001	0.064	0.024
Compulsions	16.3 <sup>a</sup> (3.27)	5.37 <sup>b</sup> (4.57)	4.61 <sup>c</sup> (5.09)	<0.001	16.1 <sup>a</sup> (2.02)	3.40 <sup>b</sup> (2.37)	2.44 <sup>c</sup> (2.59)	<0.001	16.6 <sup>a</sup> (4.23)	7.47 <sup>b</sup> (5.38)	6.93 <sup>b</sup> (6.04)	<0.001	<0.001	<0.001
CGI –S score	5.34 <sup>a</sup> (0.60)	1.68 <sup>b</sup> (1.08)	1.52 <sup>c</sup> (1.03)	<0.001	5.33 <sup>a</sup> (0.60)	1.27 <sup>b</sup> (0.61)	1.13 <sup>b</sup> (0.39)	<0.001	5.36 <sup>a</sup> (0.61)	2.11 <sup>b</sup> (1.28)	1.93 <sup>b</sup> (1.30)	<0.001	<0.001	<0.001
BDI score	7.34 <sup>a</sup> (7.62)	6.24 <sup>a</sup> (9.2)	4.57 <sup>b</sup> (6.39)	<0.001	7.04 <sup>a</sup> (7.10)	2.92 <sup>b</sup> (4.39)	2.54 <sup>b</sup> (4.49)	<0.001	7.67 <sup>ab</sup> (8.21)	9.78 <sup>a</sup> (11.5)	6.73 <sup>b</sup> (7.39)	0.001	<0.001	0.002

YBOCS= Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; CGI= Clinical Global Impressions Severity of Illness scale; BDI= Beck Depression Inventory; MI= Motivational Interviewing; TM= Thought Mapping; OCD= Obsessive-Compulsive Disorder; CBGT= Cognitive Behavioral Group Therapy; SD=Standard Deviation; Pre= pre-treatment; Post= post treatment; Follow=3-month follow-up.

\*Repeated measures ANOVA; \*\* One way ANOVA.

<sup>a, b, c</sup> In each line, different letters indicate statistically significant difference (p <0.05) according Bonferroni test

Repeated measures ANOVA showed a significant interaction between time and treatment condition: Y-BOCS scores [F(2,90)=6.67, p=0.002]; Y-BOCS Compulsions subscale [F(2,90)=9.82, p<0.001]; BDI [F(2,90)=4.56, p=0.013]; CGI-S [F(2,90)=7.09, p=0.001]. However, the Y-BOCS Obsessions subscale showed no significant interaction between time and treatment condition [F(2,90)=2.51, p=0.087]. The difference in mean change scores and effect sizes between the MI+TM CBGT and control groups are presented in Table 2.

Table 2. Difference in mean change of Y-BOCS scores and comparison of effects sizes between groups for a sample of 93 OCD patients

Change	Effect Size			
	MI+TM CBGT	Control	Comparison	
Pre to post	4.93	2.38	MI+TM vs. Control (post)	0.73
Pre to follow	5.57	2.30	MI+TM vs. Control(follow)	0.80
Post to follow	0.31	0.08		

Y-BOCS = Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; MI = Motivational Interviewing; TM = Thought Mapping; CBGT= Cognitive Behavioral Group Therapy; OCD = Obsessive-Compulsive Disorder; Pre = pre-treatment; Post = post treatment; Follow =3-month follow-up.

#### *Treatment response*

The mean reduction of symptoms (Y-BOCS) was 72.5% for patients in the MI+TM CBGT group and a 56.3 % symptom reduction for the control group (t=3.41, df=91, p=0.001). The improvement in relative risk for the MI+TM CBGT group was 1.30 (95% CI=1.09–1.54), compared to the control group. At the three-month follow-up, the mean baseline Y-BOCS score reduction was 77.4% for the MI+TM CBGT group and

59.4% for the control group ( $t=3.51$ ,  $df=91$ ,  $p=0.001$ ). The improvement in relative risk for the MI+TM CBGT group was 1.32 (95% CI=1.12–1.56) compared to the control group. The rates which patients in the MI+TM CBGT and control group met the full remission criteria, partial remission, or non-improved status at post-treatment and three-month follow-up are presented in Table 3.

Table 3. Rates of clinical improvement as measured by the reduction in the Y-BOCS scores using  $\geq 35\%$  plus a CGI score of 1 or 2

	Total Sample (n=93)			MI+TM CBGT group (n= 48)			Control group (n=45)			MI+TM CBGT vs. control post	MI+TM CBGT vs. control follow
	post n (%)	follow n (%)	p*	post n (%)	follow n (%)	p*	post n (%)	follow n (%)	p*	p**	p**
<b><math>\geq 35\%</math> on the Y-BOCS scores plus CGI criteria</b>											
Full remission	44(47.3)	53(57)	0.029	28(58.3)	33(66.8)	0.063	16(35.6)	20(44.4)	0.172	0.003	0.001
Partial remission	37(39.8)	29(31.2)		19(39.6)	15(31.3)		18(40)	14(31.1)			
Non-improved	12(12.9)	11(11.8)		1(2.1)	0		11(24.4)	11(24.4)			

Y-BOCS = Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; CGI = Clinical Global Impressions Severity of Illness scale;

MI = Motivational Interviewing; TM = Thought Mapping; Post = post treatment; Follow-up = 3-months follow-up.

\* McNemar Chi-Square test; \*\* Pearson Chi-Square test



## Discussion

This study is the first randomized clinical trial to test the effects of including Motivational Interviewing (MI) and Thought Mapping (TM) individual sessions to CBGT to improve group treatment for obsessive-compulsive disorder (OCD). This cognitive behavioral trial provides initial support for adding MI and TM to CBGT to decrease symptoms and enhance remission for OCD patients. Post-treatment measures for the CBGT control group were similar to previous studies (Cordioli et al., 2003; Braga et al., 2005; Sousa et al., 2006). Previous research reported that the fear of ERP may be the critical reason to explain why patients do not adhere to CBT (Maltby and Tolin, 2005). In the present study, patients who received the MI+TM CBGT were encouraged before CBGT to face their increased anxiety inherent to OCD prevention exercises (ERP). In addition, patients in the MI+TM CBGT group were “taught” to refrain from rituals and that cessation usually leads to long-term relief from frequent and distressing obsessions. We postulate that the use of MI and TM could have played a role in assisting patients in completing their homework assignment more often than the patients in the control group. The better outcome obtained in the MI+TM CBGT group, shown by the significantly higher symptom reduction and remission compared to the control group, may be a result of better homework compliance in the intervention group. This conclusion is a speculation which is partially based on empirical observation and clinical experience. Future studies that directly address the homework compliance and the difficulty in completing weekly assignment will be necessary to confirm our prediction that MI and TM in fact help patients to complete their ERP exercise.

Although the effect sizes are relatively large in both groups, the effect size from pre-test to post-test was greater than those reported in other CBGT studies: 1.00 by McLean et al. (2001), and 1.00 by Anderson et al. (2007). Several factors could account for this difference including: (a) study participants had pre-treatment mean Y-BOCS score which were

significantly higher ( $p < 0.001$ ) at 31.1 than those reported by McLean et al., 2001 (22.0), and by Anderson et al., 2007 (25.4); (b) selected comorbidities were excluded; (c) it is necessary to consider that the differences between the results of our study and those of previous studies could be due to differences in the method applied. As Miller (2001) described, motivational interviewing can synergistically amplify the effect of other treatments. Differently from other studies, this study utilizes two approaches in one condition. The best were obtained using MI+TM in combination with CBGT. Additional, CBGT trials with MI and TM administered separately would be helpful to clarify the mechanism of action/mediation of these strategies.

An important aspect of this study was the low attrition. The MI+TM CBGT group had no dropouts and the control group had a dropout rate of 3.2%, which is lower than previously reported. Usually, 5 to 30% of patients do not complete clinical trials (Marks and O'Sullivan, 1988). In ERP studies, the dropout rate is 20 to 30% (Maltby and Tolin, 2005). A plausible explanation for the low dropout rate in our study is that most patients reported being satisfied with the treatment. Furthermore, patients explained that group interaction and suggestions given by other group members had a positive influence on treatment adherence.

Although depressive symptoms were not the focus of treatment, there was a statistical significant reduction in BDI depression symptoms in the MI+TM CBGT group when compared to the control group with a slight post-treatment increase in BDI scores. The initial BDI scores were low and not clinically relevant; however, changes in BDI scores were not associated with reductions in OCD symptoms.

Findings related to Axis I conditions reported in our study are similar to those reported in OCD clinical samples. Specifically, major depressive disorder is the most frequent comorbid condition, followed by general anxiety disorders with rates for depressive episodes from 20-67%, specific phobias from 7%-22%, and social anxiety disorder from 8-42% (Rasmussen and Eisen, 1994; Crino and Andrews, 1996; Milanfranchi et al., 1995; Sobin et

al., 1999; Attiullah, Eisen and Rasmussen, 2000; Steketee et al., 2001; Tükel, Polat, Ozdemir, Aksüt and Türksoy, 2002).

The current study illustrates the importance of collecting follow-up data. For example, subjects improved (reduction  $\geq 35\%$  on the Y-BOCS scores) from treatment completion to three-month follow-up. Even though some patients in the control group showed some improvement from treatment completion to follow-up, the MI+TM CBGT group showed more improvement. In addition, the rates of patients from the intervention group with mild or sub-clinical symptoms ( $<16$  on the Y-BOCS scores) also increased at the three-month follow-up. It is important to note that there was a significant decrease on the Y-BOCS obsessions subscales score at the three-month follow-up for the intervention group. This effect was particularly evident for repeated compulsions. Additional research with only MI or TM could help to clarify the effect of these sessions for patient improvement.

There are important limitations for this study which include: (a) patients were explicitly recruited for group treatment because it is the only free OCD treatment offered by the Hospital de Clinicas de Porto Alegre. Consequently, recruitment may have biased the types of patients who sought treatment. One hypothesis is that patients who choose group treatment may be more motivated to follow treatment. It is possible that positive expectations and motivation could influence treatment outcomes. Therefore, it would be interesting in the future, to examine patients' expectations as a function of treatment choice. (b) Y-BOCS inter-rater reliability was not analyzed which could have biased Y-BOCS scores. However, data in this study was consistent with Rosario-Campos, Leckman, Mercadante, et al. (2001), Fisher and Wells (2005) and Yamanishi et al. (2008) studies, who reported mean pre-treatment Y-BOCS scores of 30.3, 28.5 and 33.5, respectively. (c) Outcomes were not examined after individual sessions, including motivation for change, treatment adherence, and homework compliance. Without discriminative measures to effect sizes for MI and TM interventions, it

is not possible to determine which individual intervention is associated with the outcomes. Future research is needed to understand the possible differences between the effectiveness of MI and TM. Consequently, generalization is limited by (1) the exclusion criteria, and (2) the fact that participants included in the study came from a unique center located in a reference university hospital for the south of Brazil. University services for OCD treatment probably comprise more severe cases. Therefore, the results cannot be directly generalized to OCD patients from primary or secondary health care units, neither to community samples. Despite these limitations, findings from this first randomized trial are promising.

In conclusion, this study presents findings from the first randomized trial which examined Motivational Interviewing and Thought Mapping to enhance CBGT effectiveness for OCD treatment. Although both groups showed improvement, superior and clinically meaningful outcomes were found for participants who received MI+TM in addition to CBGT.

### **Acknowledgements**

We would like to thank the Hospital de Clínicas of Federal University of Rio Grande do Sul (HCPA-UFRGS) which has made this study possible. We would like to thank Andreia Raffin, Cenita Borges and Lucas Lovato for their assistance with treatment. We also would like to thank Katia Niederauer, Vinicius Dornelles e Ygor Londero for their assistance with assessment interviews. The authors thank Dr. Manuela Polydoro, Dr. Cynthia Campbell, Dr. Brian Rush and Dr. Ygor Ferrão for their suggestions and review of the preliminary forms of this manuscript. Finally, we would like to thank Jennifer R. Havens, Daniela Benzano and Ceres Oliveira for their statistical advice. Dr. Elisabeth Meyer has a doctoral grant from Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), process number

142030/2006-6. Dr. Roseli G. Shavitt has a post-doctoral grant from Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), process number 06/61459-7.

## References

- Abramowitz, J., Franklin, M.E., Zoellner, L.A., and Dibernardo, CL.** (2002). Treatment compliance and outcome in obsessive-compulsive disorder *Behavior Modification*, 26, 447-463.
- Altman D.G.** (1991). *Practical statistics for medical research*. Chapman and Hall London.
- American Psychiatric Association** (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: APA.
- Anderson, R.A., and Rees, C.S.** (2007) Group versus individual cognitive-behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder: A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 123–137.
- Araújo, L.A., Ito, L.M., and Marks, IM.** (1996). Early compliance and other factors predicting outcome of exposure for obsessive-compulsive disorder: results from a controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 169, 747-52.
- Arkowitz, H. & Westra, H.A.** (2004). Integrating Motivational Interviewing and Cognitive Behavioural Therapy in the Treatment of Depression and Anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18, 337-350.
- Attullah N, Eisen JL, Rasmussen SA.** (2000). Clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America.*, 23, 469-91.
- Basoglu, M., Lax, T., Kasviskis, Y., and Marks, I.M.** (1988). Predictors of improvement in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 299-317.
- Bandura, A.** (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191–215.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., and Erbaugh, J.** (1961). An Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

- Beck, A. T., Steer, R. A. and Garbin, M. G.** (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77–100.
- Braga, D., Cordioli, A.V., and Manfro, G.G.** (2005). Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: a 1 year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 1–7.
- Cohen, J.** (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cordioli, A.V., Heldt, E., Bochi, D.B., Margis, R., Sousa, M.B., Juliano, F., Tonello, J.F., Teruchkin, B., and Kapczinski, F.** (2002) Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a clinical trial *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 113-20.
- Cordioli, A.V., Heldt, E., Bochi, D.B., Margis, R., Sousa, M.B., Tonello, J.F., Manfro, G.G., and Kapczinski, F.** (2003) Cognitive-Behavioral Group Therapy in Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Clinical Trial. *Psychotherapy Psychosomatic*, 72, 211–216.
- Crino RD., Andrews G.** (1996). Obsessive-compulsive disorder and axis I comorbidity. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 37-46.
- Emmelkamp PMG, Bouman TK, Blaauw E.** (1994). Individualized versus standardized therapy: a comparative evaluation with obsessive-compulsive patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1, 95-100.
- Ferrão, Y.A., Shavitt, R.G., Bedin, N.R., Mathis, M.E., Lopes, A.C, Fontenelle, L.F., Torres, A.R., and Miguel, E.C.** (2006). Clinical features associated to refractory obsessive–compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 94, 199–209.

- Falls-Stewart W, Marks AP, Schafer J.** (1993). A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 189-93.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., and Williams, J.B.W.** (1997) *Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I disorders - clinician version (SCID-CV)*. Washington (DC): American Psychiatric Press.
- Fisher, P., and Wells, A.** (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1543–1558.
- Foa, E.B., Liebowitz, M.R., Kozak, M.J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M.E., Huppert, J.D., Kjernisted, K., Rowan, V., Schmidt, A.B., Simpson, H.B., and Tu.** (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, Clomipramina, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162, 151–161.
- Franklin, M.E., and Foa, EB.** (2002). Cognitive-behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder. In P. E.Nathan, and J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Ramussen, S.A., Mazure, C., Fleischmann, R.L., Hill, C.L., Heninger, G.R., and Charney, D.S.** (1989). The Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale: I. Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006–1011.
- Guy, W.** Clinical global impression (1976). In: *ECDEU Assessment manual for psychopharmacology*. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Alcohol Drug Abuse and Mental Health Administration, NIMH



psychopharmacology Research branch. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.

**Inciardi, J.A., Surratt, H.L., Pechansky, F., Kessler, F., Von Dimen, L., Meyer da Silva, E. and Martin, S.S.** (2006). Changing patterns of cocaine use and HIV risks in the South of Brazil. *Journal of Psychoactive Drugs*, 38, 305-310.

**Jacobson, N.S., and Truax, P.** (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12–19.

**Jenike, M.A.** (1990). Predictors of treatment failure. In: Jenike MA, Baer L, Minichiello WE. *Obsessive-compulsive disorders: theory and management*. (2nd ed.) Chicago: Year Book Medical.

**Jónsson H., Hougaard E.** (2009). Group cognitive behavioural therapy for obsessive–compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119, 98-106.

**Knight DK., Dansereau DF., Joe GW.** (1994). The role of node-link mapping in individual and group counseling. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20 , 517-527.

**Leukefeld, C., Brown, C., Clark, J., Godlaski, T., and Hays, R.** (2000). *Behavioral therapy for rural substance abusers*. University of Kentucky Press, Lexington: KY.

**Leukefeld, C.G., Pechansky, F., Martin, S.S., Surratt, H.L., Inciardi, J.A., Kessler, F.H.P., Orsi, M.M., Von Diemen, L., and Meyer Da Silva, E.** (2005). Tailoring an HIV-prevention intervention for cocaine injectors and crack users in Porto Alegre, Brazil *AIDS Care*, 17, 77-87.

**Maltby, N., and Tolin, D.F.** (2005). A brief motivational intervention for treatment-refusing OCD patients. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34, 176-184.

- Marks, I.M., and O'Sullivan, G.** (1988). Drugs and psychological treatments for agoraphobia/panic and obsessive-compulsive disorders: a review. *British Journal of Psychiatry*, 153, 650–655.
- Martin SS., O'Connell DJ., Inciardi JA., Surratt HL., Beard RA.** (2003). HIV/AIDS among probationers: an assessment of risk and results from a brief intervention. *Journal Psychoactive Drugs*, 35, 435-43.
- McLean, P., Whittal, M., Thordarson, D., Taylor, S., Sochting, I., Koch, W., Paterson, R., and Anderson, K.W.** (2001). Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 205–214.
- Miguel EC, Ferrão YA, Rosario M, de Mathis ME, Torres AR, Fontenelle LF, Hounie A, Shavitt RG, Cordioli AV; Gonzáles CH ; Petribú K; Diniz Jb; Malavazzi DM, Torresan RC; Raffin AL, Meyer E, Braga DT, Borcato S, Valério C, Gropo LN, Prado Hs, Perin EA, Santos SI, Copque H, Borges MC, Lopes AP, da Silva ED.** (2008). Brazilian Research Consortium on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders. The Brazilian Research Consortium on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders: recruitment, assessment instruments, methods for the development of multicenter collaborative studies and preliminary results. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, 185-196.
- Milanfranchi A, Marazziti D, Pfanner C, Presta S, Lensi P, Ravagli S, Cassano GB.** (1995). Comorbidity in obsessive-compulsive disorder: Focus on depression. *European Psychiatry*, 10, 379-82.
- Miller, W. R.** (1983) Motivational interviewing with problem drinkers, *Behavioural Psychotherapy*, 11, 147–172.

- Miller, W.R.** (2000) Re-discovering fire: small interventions, large effects. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14, 6–18.
- Miller, WR.** (2001) When is it motivational interviewing? *Addiction*, 96, 1770.
- Miller, W., and Rollnick, S.** (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- National Institute for Health and Clinical Excellence.** *Obsessive compulsive disorder. Clinical guideline* [http// www.nice.org.uk/CG031](http://www.nice.org.uk/CG031) .
- Pinto, A., Pinto, A.M., Neziroglu, F., and Yaryura-Tobias, J.A.** (2007). Motivation to change as a predictor of treatment response in obsessive-compulsive disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 19, 83- 87.
- Pitre U., Dansereau DF., Joe GW.** (1996). Client education levels and the effectiveness of node-link maps. *Journal of Addictive Diseases*, 15, 27-44.
- Prochaska, J.O., and DiClemente, C.C.** (1986). Toward a comprehensive model of change. In W. Miller and N. Heather (Eds.). *Treating Addiction Behaviors*. 3-27. New York: Plenum Press.
- Rasmussen SA, Eisen JL.** (1994). The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 11-4.
- Rollnick S., Heather N., Gold R., Hall W.** (1992). Development of a short ‘readiness to change’ questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *British Journal of Addiction*, 87, 743-754.
- Rollnick S., Kinnersley P., Stott N.** (1993). Methods of helping patients with behavior change. *British Medical Journal*, 307: 188-190.
- Rollnick S.** (1996). Behavior change in practice: targeting individuals. *International Journal of Obesity*, 20 (Suppl.1), 522-526.

- Rollnick S.** (2001). Enthusiasm, quick fixes and premature controlled trials. *Addiction*, 96, 1770.
- Rosa-Alcázar AI., Sánchez-Meca J., Gómez-Conesa A., Marín-Martínez F.** (2008). Psychological treatment of obsessive–compulsive disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 1310-1325.
- Rosario-Campos MC., Leckman JF., Mercadante MT., Shavitt RG., Prado HS., Sada P., Zamignani D., Miguel EC.** (2001) Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1899-1903.
- Rowa, K., Antony, M.M., Summerfeldt, L.J., Purdon, C., Young, L., and Swinson, R.P.** (2007). Office-based vs. home-based behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1883–1892.
- Rubak S., Sandbæk A., Lauritzen T., Christensen B.** (2005) Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis *British Journal of General Practice*, 305-312.
- Shavitt, R.G., Belotto, C., Curi, M., Hounie, A.G., Rosário-Campos, M.C., Diniz, J.B., Ferrão, Y.A., Pato, M.T., and Miguel, E.C.** (2006). Clinical features associated with treatment response in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 276–281.
- Sobin C, Blundell M, Weiller F, Gavigan C, Haiman C, Karayiorgou M.** (1999). Phenotypic characteristics of Obsessive-Compulsive Disorder ascertained in adulthood. *Journal of Psychiatric Research*, 33, 265-73.
- Sousa, M.B., Isolan, L.R., Oliveira, R.R., Manfro, G.G., and Cordioli, A.V.** (2006). A randomized clinical trial on cognitive-behavioral group therapy and Sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1133-39.

- Steketee, G., Chambless, D.L., and Tran, G.Q.** (2001). Effects of axis I and II comorbidity on behavior therapy outcome for obsessive–compulsive disorder and agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 76–86.
- Stott N., Rollnick S., Rees M., Pill R.** (1995). Innovation in clinical method: diabetes care and negotiation skills. *Family Practice*, 12, 413-418.
- Tükel R, Polat A, Ozdemir O, Aksüt D, Türksoy N.** (2002). Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 204-9.
- van Oppen, P., De Haan, E., Van Balkom, A.J.L.M., Spinhoven, P., Hoogduin, K., and Van Dyck, R.** (1995). Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 379–390.
- Vogel, P.A., Hansen, B., Stiles, T.C., and Gotestam, K.G.** (2006). Treatment motivation, treatment expectancy, and helping alliance as predictors of outcome in cognitive behavioral treatment of OCD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 247–255.
- Whittal, M.L., Thordarson, D.S., and McLean, P.D.** (2005). Treatment of obsessive–compulsive disorder: cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1559–1576.
- Westra, H.A., Phoenix E.** (2003). Motivational Enhancement Therapy in Two Cases of Anxiety Disorder: New Responses to Treatment Refractoriness. *Clinical Case Studies*, 2, 306-322.
- Westra, H.A., and Dozois D.J.A.** (2006). Preparing clients for cognitive behavioral therapy: a randomized pilot study of motivational interviewing for anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 481–498.
- Yamanishi, T., Nakaaki, S., Omori, I.M., Hashimoto, N., Shinagawa, Y., Hongo, J., Horikoshi, M., Tohyama, J., Akechi, T., Soma, T., Iidaka, T., Furukawa, T.A.** (2008).

Changes after behavior therapy among responsive and nonresponsive patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, doi:10.1016/j.psychresns.2008.07.004

## 7.2 Artigo 2

### European Psychiatry, Volume 25, Supplement 1, 2010, Page 354

Defense Mechanisms changes after Cognitive-Behavior Group Therapy plus Motivational Interviewing and Thought Mapping for Obsessive-Compulsive Disorder: findings from a Randomized Clinical Trial

Elisabeth Meyer <sup>a</sup>, Roseli G. Shavitt <sup>b</sup>, Carl Leukefeld <sup>c</sup>, Fernanda P. Souza <sup>a</sup>,  
Elizeth Heldt <sup>a</sup>, Paulo Knapp <sup>a</sup> and Aristides V. Cordioli <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Anxiety Disorders Program, Department of Psychiatry, Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil,

<sup>b</sup> Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders Program, Department and Institute of Psychiatry, Hospital das Clínicas, School of Medicine, University of São Paulo (USP), Brazil

<sup>c</sup> Center on Drug and Alcohol Research, University of Kentucky

**Short title:** Defense Mechanisms changes after CBGT plus MI and TM for OCD patients

Corresponding author: Elisabeth Meyer

Alameda Major Francisco Barcelos, 88

91340-390 Porto Alegre, RS (Brazil)

Tel/fax: +55 51 33282174 E-mail address: [meyer-beth@hotmail.com](mailto:meyer-beth@hotmail.com)

#### Key Words

Obsessive-compulsive disorder, Cognitive-behavioral group therapy, Defense mechanisms, Motivational Interviewing, Thought Mapping

#### Abstract

**Background:** Studying defensive styles is typically associated with dynamic theory and therapy. The present study was designed to examine the efficacy of adding two individual sessions of Motivational Interviewing (MI) and Thought Mapping (TM) to cognitive-behavioral group therapy (CBGT) to promote changes in the use of defense mechanisms among obsessive-compulsive disorder (OCD) patients. **Methods:** Forty outpatients meeting OCD DSM-IV criteria were randomly assigned to either a MI+TM group or a control group, before 12 weekly CBGT sessions. To evaluate changes in defense mechanisms, the Defense Style Questionnaire (DSQ) was administered before and after treatment. **Results:** The use of the mature defense mechanisms increased in the MI+TM group at post-treatment ( $p=0.043$ ), and there were significant differences in the decrease of use of the neurotic defense mechanisms ( $p=0.004$ ). In addition, patients who achieved full remission differed in the use of the immature defense mechanisms ( $p=0.041$ ). The control group presented no significant decrease in the use of any defense mechanisms. **Conclusions:** These findings suggest that adding two individual sessions of MI and TM to CBGT can facilitate changes in use of defense mechanisms in OCD adult outpatients, as measured by a specific instrument.

## **Introduction**

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a chronic anxiety disorder characterized by recurrent obsessions and compulsions, with persistent attempts to control thoughts and actions using rituals to prevent feared or personally worrying outcomes.

Defense mechanisms have an important function in psychopathology and may influence various psychiatric disorders [1]. Defenses are an individual's automatic psychological responses to internal or external stressors or emotional conflict [2]. Psychodynamic theory is an important tool in understanding the structure of personality and can be evaluated according to the use of ego defense mechanisms and automatic psychological processes that may help the individual deal with an awareness of internal and external dangers and stressors [3]. The goal of all defenses is to avoid emotional distress, altering the subjective experience. Empirical research on defense mechanisms was not a center of attention until the last years. The major problem is the translation of theoretical speculative structures of unconscious processes into quantitative measures. The aim of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40) [4] is to identify the individual's personal style – conscious or unconscious – of dealing with internal conflicts, based upon the idea that he or she can make precise comments about his or her own behavior. In other words, DSQ accesses the conscious derivatives of the unconscious defense mechanisms. According to the DSQ-40, there are three defense mechanism factors. The first is the immature defense. Its basic function is to deny a threat or to transfer responsibility to someone or something else [5]. In other words, the individual does not recognize negative perceptions about an object, a person or a situation. Only positive information is perceived, while the individual refuses to acknowledge other aspects of reality. The second defense is a neurotic mechanism to interpersonal events. Here the individual recognizes a disturbing event and acknowledges his/her responsibility for it, but reverses its meaning from negative to positive [5]. Individuals who use mature defenses, the third mechanism, recognize a threat but are capable of maintaining control until they can manage the situation [5]. In contrast to the first two defenses, mature defenses allow a person to attenuate unwanted impulses by dislocating them to creative activity [6].

Recently, studies have demonstrated that Panic Disorder (PD) patients using more neurotic defenses had a poor response to pharmacotherapy [7] and cognitive-behavior therapy (CBT) [8]. A positive relationship between immature, and neurotic defense styles and OCD severity has been reported [9,10]. Consequently, approaches that help OCD patients to use healthier defense mechanisms, which are more flexible and adaptive, are important.



Motivational Interviewing (MI) helps a therapist and patient achieve a common understanding about the patient's awareness of change, facilitating the movement through decisional analysis and behavioral change [11,12]. Having an empathic attitude towards the OCD patient's ambivalence, establishing a safe environment, the engagement in making appropriate decisions as well as defining personal strategies, and encouraging affirmation for choices, helps a therapist promote collaboration, reduces resistance, and reinforces the patient's self-efficacy.

Thought Mapping (TM) [13,14] is based on the Transtheoretical Model [15] and the first four stages of change. TM is a visual technique that uses a predesigned map to help patients focus on internal and unconscious processes, in order to make them external and conscious. When doing this, patients can learn about the connection between OCD-related dysfunctional thoughts and behaviors. Developing a personal "Thought Map" can help patients identify more clearly where changes need to take place, explore behavioral choices as well as subsequent results, and consider solutions to the presenting problem. The TM technique is described elsewhere [16].

In the present study, we hypothesized that: (1) if an OCD patient used more mature defenses, he/she would be able to deal with anxiety-provoking situations with less emotional distress. Consequently, patients would be open to gain awareness of symptoms when confronted with anxiety provoking stimuli during the Exposure and Response Prevention (ERP) exercises; (2) the second objective was to evaluate whether the addition of interventions grounded in the Transtheoretical Model of change to Cognitive Behavioral Group Therapy (CBGT) for OCD outpatients are effective in readjustment of defense mechanisms; (3) it was also hypothesized that starting with MI+TM would facilitate the patients' subsequent engagement in CBGT.

This study specifically addressed the question if adding two individual sessions of MI+TM grounded in the Transtheoretical Model of change before starting 12 weeks of CBGT in an adult OCD outpatient treatment program would promote changes in the defense mechanisms compared with usual treatment using a randomized clinical trial.

## **Methods and Materials**

### *Participants*

Participants were recruited through advertisement on local radio, TV and newspapers. The sample consisted of 40 volunteer outpatients, 28 (70%) of which were female, with a primary

diagnosis of OCD using the Brazilian version [17] of the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-IV)[18] which was completed by masters level psychologists with extensive clinical experience in OCD. Inclusion criteria were: OCD diagnosis according to DSM-IV criteria, between 18 and 65 years old , Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) total score >16, and, if using anti-obsessive drugs, being on adequate and stable doses of medications for at least 3 months before entering the study. Sixty-five patients were evaluated, and 25 excluded. Consistent with our previous research [19-21], individuals were excluded from the current study if they had an additional diagnosis of another anxiety or mood disorder of equal or greater severity than their OCD, significant suicidality, present alcohol or substance abuse or dependence, organic brain disorder or severe psychiatric disorder (schizophrenia and other psychotic disorders). Some researchers [22-25] have suggested that these comorbid disorders negatively affect the treatment outcome, and it recommends an individually-tailored treatment. The reasons for exclusion were: depression with suicidal risk (n=9), severe Social Phobia (n=3), personality disorders: Borderline or Schizotypal (n=3), Substance Abuse (n=2), Bipolar disorder (n=2), Schizophrenia (n=1), or a score <16 on the Y-BOCS (n=5). Of the 40 selected patients, 20 patients (50%) were randomized to MI+TM group and 20 patients (50%) to the control group. Twenty-eight patients (70%) met criteria for comorbid psychiatric disorders, including Major Depressive Disorder (40%), Social Phobia (30%), Simple Phobia (25%), Compulsive Buying (12.5%), Skin Picking (12.5%) and Posttraumatic Stress Disorder (7.5%). Of the 40 outpatients that composed the sample, 38 completed the manual-based CBGT protocol, from January 2007 through December 2007. Two patients (5%) dropped out of the control group after the third session (they contacted the therapist and said that they could no longer attend the sessions).

### *Study Design and Procedures*

Randomization to the MI+TM CBGT and the control groups was performed using a research randomizer available online (see: [www.randomizer.org/index.htm](http://www.randomizer.org/index.htm)). The study was conducted from March 2007 to December 2007 in three successive periods of 12-sessions each, over 3 months of treatment with one MI+TM CBGT and one parallel CBGT control group. There were two groups per condition, with 6 or 8 participants in each group. All sessions for each group was conducted by the same therapist, assisted by a co-therapist, both master-level student psychologists with prior CBGT experience, that were blind to the MI+TM intervention allocation. Patients were instructed not to reveal to the therapist and co-

therapist anything about their individual intervention. All groups received the same number of individual sessions. Participants in both the MI+TM and control conditions received the CBGT as usual; they differed only in the type of individual sessions received prior to CBGT. The individual interventions were carried out by a doctoral-level therapist that did not participate in the CBGT sessions.

The Ethics Committee of the Hospital de Clínicas of Porto Alegre (IRB equivalent) approved the research protocol. Written informed consent was obtained from all participants, after a thorough description of the study which emphasized that they would be randomized to one of two treatment conditions: MI+TM CBGT or Minimum Intervention CBGT (controls). Potential subjects were assured that their decision to participate in the study would not interfere with their default treatment (CBGT).

### *Treatment*

#### *Cognitive Behavioral Group Therapy*

The CBGT was based on a structured manual-based developed by one of the authors (AVC), and has been used in other trials [19-21]. CBGT consisted of 12 weekly two-hour sessions. The treatment approach emphasizes psycho-education, techniques of ERP, cognitive techniques to change dysfunctional thoughts and beliefs, strategies to prevent relapses, and group techniques. The manual is described in detail elsewhere [26].

#### *Motivational Interviewing and Thought Mapping group*

The *MI + TM* approach consisted of two 60 minutes individual weekly sessions before the 12 CBGT sessions. The interventions were carried out by the main author of this manuscript, a doctoral-level therapist that did not participate in the CBGT sessions. This therapist explained the CBGT model, described the ERP techniques, emphasized the importance of doing all the exposure and response prevention exercises which are part of CBGT, and encouraged each intervention subject to tolerate and manage anxiety provoked by ERP. In addition, patients were encouraged to analyze their thought maps and to develop strategies to use alternative behavior in order to face the anxiety produced by their obsessions.

#### *Minimum Intervention Control Group*

The minimum intervention was the control group, and, as the MI+TM group, consisted of two 60 minutes individual weekly sessions before the 12 sessions of CBGT, administered by

the same therapist that conducted MI+TM. However, non-motivational interviewing techniques or TM were used. The first session focused on smoking prevention. The second session focused on healthy physical activity. The control intervention provided equal session frequency and duration, but topics were not related to OCD symptoms.

### *Assessments*

The following instruments were used to evaluate outcomes. The Brazilian version [27] of the Y-BOCS [28] to assess severity of OCD symptoms, which includes 10 questions: five for obsessions and five for compulsions. The Y-BOCS was translated to Portuguese and has been extensively used by Brazilian authors, since 1992, with results consistent with the literature. The Brazilian version [29] of the DSQ-40[4] is a 40-question self-report instrument which evaluates defense mechanisms, provides scores for 20 individual defenses organized into three factors: mature, neurotic and immature defenses. Five defenses are related to the mature factor (sublimation, humor, anticipation, rationalization and suppression); four are related to the neurotic factor (undoing, pseudo-altruism, idealization and reaction formation), and eleven are related to the immature factor (projection, passive-aggression, acting-out, isolation, devaluation, “autistic fantasy”, denial, displacement, dissociation, splitting and somatization). The individual defense scores are calculated by the average of the 2 items for each given defense mechanism, and the factor scores are calculated by the average of the scores of the defenses belonging to each factor. Each item is evaluated on a 1-to-9 scale, where “1” indicates “completely disagree” and “9” indicates “fully agree”. The DSQ has been translated and validated for Portuguese [29] with internal consistency of each defense factor, discriminant validity and test-retest reliability [30]. The DSQ has been used in previous studies with results consistent with the literature [7, 8] and was therefore the assessment tool used at baseline. The Brazilian version [31] of the Beck Depression Inventory (BDI) [32] assesses the presence and intensity of depressive symptoms with a threshold for clinically significant symptoms at 21. The psychometric properties of the Brazilian version of the BDI

have been studied in different samples, and the evidence obtained supports good internal consistency (0.81) and construct validity [33]. The Clinical Global Impressions Scale - Severity subscore (CGI-S, adapted version) [34] determines the severity of OCD using the intensity and frequency of symptoms.

These instruments were administered by independent evaluators at baseline and after completing CBGT, all master-level psychologists that were trained in the administration of the instruments, with experience in treating OCD patients and blind to group allocation. Although the scales were designed to be self-rated they were applied by trained interviewers, mainly due to the great variability in the educational level of the sample.

### *Statistical Analysis*

Baseline data were compared between groups on demographic and clinical variables, severity of symptoms, and use of anti-obsessional medication with t tests for continuous variables, and with Pearson  $\chi^2$  test for nominal variables. Outcome variables (DSQ, Y-BOCS total score, Y-BOCS Obsession score, Y-BOCS Compulsion score) were assessed in both groups using repeated measure ANOVA with the scores obtained at two different times: baseline and at the end of 12 weeks of CBGT. The criterion used was Wilk's Lambda. The comparison of pre to post-treatment scores was performed using paired samples t-test. The scores determined after treatment between groups were compared by using independent samples t tests. Analyses of covariance (ANCOVA) were used to control potential confounding variables. A positive response to treatment was defined as 35% or greater reduction in baseline Y-BOCS scores. Treatment response was defined using the criteria established in several previous studies [35]. Pearson  $\chi^2$  test was used for dichotomic data: *improved* (reduction  $\geq 35\%$  on the Y-BOCS) versus *non-improved* (reduction  $\leq 35\%$  on the Y-BOCS). Patients who responded to treatment were also classified as having *full remission* for YBOCS scores  $\leq 8$  and CGI = 1 and *partial remission* when there was a reduction  $\geq 35\%$  on the Y-BOCS, but the total score on this scale was  $>8$  and CGI = 2. Rates were compared across the two groups with the Pearson  $\chi^2$  test. The last-observation-carried-forward approach was adopted for continuous data. Intention to treat analyses were used, with missing data (n=2) imputed using LOCF. All p values were two-tailed, the statistical significance was set at

the .05 level and the confidence level was 95%. Statistical assessments were performed by the Statistical Package for Social Sciences for Windows, version 13.0.

## Results

### *Baseline Data*

The study sample consisted of 40 patients, aged 18-65 years [mean ( $\pm$ SD) age = 36.6( $\pm$  11.5) years]. No evidence of a mismatch was observed at baseline between the MI+TM CBGT group and the control group for demographic and clinical characteristics. The main demographic and clinical characteristics of the sample are described in Table 1. Two patients in the control group dropped out.

Mean Y-BOCS baseline scores ( $t = -1.02$ ,  $df=38$ ,  $p=0.313$ ), Y-BOCS Obsessions subscale ( $t=-1.12$ ,  $df=38$ ,  $p=0.271$ ) and Y-BOCS Compulsions subscale ( $t=-0.16$ ,  $df=38$ ,  $p=0.871$ ) for the MI+TM group and the controls group were similar, and independent from medication use ( $p=0.442$ ).

Table 1 - Demographic and clinical characteristics of participant conditions

Variable	MI+TM CBGT group (n=20)	Control group (n=20)	p
Age (years)	36.5 (10.7)	36.6 (12.4)	0.968
Age at onset of OCD (years)	9.75 (3.21)	10.5 (4.2)	0.505
Mean duration of illness (years)	25.5 (10.5)	23.9 (13.8)	0.769
Mean age at which OCD symptoms started to interfere with daily activities (years)	27.6 (12.8)	28.3 (13.6)	0.859
Education (years)	15.4 (3.26)	14.1 (3.37)	0.206
Stable use of anti-obsessional drugs [n (%)]	6 (30)	7 (35)	0.744
BDI	3.80 (5.85)	8.05 (8.62)	0.077
CGI-S	5.10 (0.55)	5.30 (0.47)	0.225

Note: MI= Motivational Interviewing; TM= Thought Mapping; CBGT= Cognitive Behavioral Group Therapy; BDI= Beck Depression Inventory; CGI-S= Clinical Global Impressions Scale - Severity  
Except where otherwise indicated, results are expressed as mean (SD).

### Defense Mechanisms

At pre-treatment, the MI+TM group did not use mature ( $t=0.416$ ,  $df=38$ ,  $p=0.680$ ), neurotic ( $t=0.375$ ,  $df=38$ ,  $p=0.710$ ) and immature defense mechanism ( $t=-1.35$ ,  $df=38$ ,  $p=0.185$ ) more than control group patients. At post-treatment, the groups differed in the use of the mature defense mechanism ( $t=2.09$ ,  $df=38$ ,  $p=0.043$ ). Patients in the MI+TM CBGT group differed from the control group in the mean decrease in their use of the neurotic defense mechanism (see Table 2). Furthermore, when only patients that achieved full remission ( $n=13$ ) in the MI+TM group were compared to the controls they differed on the use of the immature defense mechanism. The immature mechanism score reduction was  $0.5(95\% \text{ CI}= 0.03-1.04)$  for the MI+TM group and  $0.3(95\% \text{ CI}= -0.33-1.00)$  for the control group. Using the t test for dependent samples, the controls did not change their use of defenses mechanisms at posttreatment: mature ( $t=-1.15$ ,  $df=19$ ,  $p=0.266$ ), neurotic ( $t=0.99$ ,  $df=19$ ,  $p=0.331$ ) or immature ( $t=1.99$ ,  $df=19$ ,  $p=0.061$ ), independently of achieving full, partial or non-improvement.

### Treatment Response and Clinical Relevance

The means, standard deviations, for each outcome variables across the treatment period are presented in Table 2.

Table 2 Mean (SD) for a sample of 40 OCD outpatients in outcome variables at baseline and post-treatment

	MI+TM group (n= 20)			Control group (n=20)		
	pre	post	p*	pre	post	p*
<b>Y-BOCS</b>						
Total score	29.4(3.69)	7.15(4.15)	<0.001	30.5(3.43)	12.19(10.4)	<0.001
Obsessions	13.9(2.39)	4.15(2.28)	<0.001	14.6(1.82)	5.80(5.10)	<0.001
Compulsions	15.6(2)	2.95(2.70)	<0.001	15.9(1.87)	6.30(5.52)	<0.001
<b>Defense Style</b>						
Mature	5.58(1.46)	6.52(1.21)	0.012	5.39(1.30)	5.70(1.26)	0.266
Neurotic	4.28(1.25)	3.45(1.01)	0.004	4.12(1.49)	3.88(1.24)	0.331
Immature	3.02(0.74)	2.67(0.71)	0.069	3.49(1.35)	3.12(1.17)	0.061

YBOCS = Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; MI = Motivational Interviewing; TM = Thought Mapping; OCD = Obsessive-Compulsive Disorder; SD = Standard Deviation; Pre = pre-treatment; Post = post treatment.

\*paired t-test

All 20 patients (100%) in the MI+TM group and 15 patients (75%) in the control group showed reduction of  $\geq 35\%$  on the Y-BOCS ( $\chi^2=5.71, df=1, p=0.017$ ). The improvement relative risk for the MI+TM group was 1.33 (95% CI=1.04–1.72), compared to the control group. Rates of full remission in the MI+TM and control was 65% vs. 45%; partial remission was 35% vs. 30%; non-improved status was 0% vs. 25% ( $\chi^2=5.80, df=2, p=0.055$ ). Repeated measures ANOVA showed no significant interaction between time and MI+TM CBGT group for the following outcome variables: Y-BOCS total score [F(1,38)=2.42, p=0.128]; Y-BOCS Obsession subscale [F(1,38)=0.52, p=0.474]; Y-BOCS Compulsions subscale showed significant interaction between time and MI+TM group [F(1,38)=5.75, p=0.022]. Significantly lower post-treatment Y-BOCS Compulsions subscale scores were reported for the MI+TM CBGT group compared to the control group (t=-2.44, df=38, p=0.021), which persisted independently of pre-treatment mean scores: Y-BOCS Obsession subscale [F(1,37)=4.91, p=0.033]; Y-BOCS Compulsions subscale [F(1,37)=5.97, p=0.019]; Mature defense [F(1,37)=5.83, p=0.021]; Neurotic defense [F(1,37)=5.87, p=0.020]; Immature defense [F(1,37)=4.61, p=0.038]; BDI score [F(1,37)=4.42, p=0.042]; CGI score [F(1,37)=4.49, p=0.041].

## **Discussion**

The present study examined which defense mechanisms could change by adding two individual sessions of MI+TM before CBGT for OCD outpatients. The sample is comprised of well-characterized OCD adult outpatients.

The clinical improvement supports our well-established structured CBGT protocol for treating adult OCD outpatients. The control group outcomes post-treatment are similar to previous findings [19-21]. The current study suggests that adding two individual sessions of MI+TM prior to CBGT resulted in a significantly greater reduction of OCD symptoms, and an improvement of 33% when intervention group was compared to the control group. A significantly greater improvement in the Y-BOCS Compulsions subscale for the MI+TM group reinforces the hypothesis that OCD patients, before CBGT, must face their increased anxiety levels, pertinent to ERP, to avoid their rituals. It is important to note that a decrease in



compulsions was associated with overall treatment effects [36]. When we controlled for confounding variables, the MI+TM group sustained lower scores on the Y-BOCS Compulsions subscale. One possible reason for this might be that patients in the MI+TM group learned specific strategies to use in feared situations, and these techniques could have helped improve self-esteem and self-confidence.

Although both groups showed improvement, results in the control group showed no significant changes in defense mechanisms. Consequently, they could have used mature defenses less frequently than immature and neurotic defenses, independently of clinical improvement. However, consistent with our hypothesis the decrease in using immature defense mechanisms in the MI+TM CBGT group was significantly greater than in the control group. Considering that the present study was not designed for mechanism analysis, it was not possible to determine what factor changed first, the compulsions or the defenses. Since the MI+TM CBGT group has shown improvement in both defenses and compulsions, whereas the control group has shown mild improvement only in compulsions, we can speculate that MI+TM CBGT enabled patients to change their defense mechanisms, which lead to lower compulsions scores. Undoubtedly, additional research in this area is warranted. Our data provide initial evidence that adding MI+TM before CBGT increases the use of mature defenses, and promotes a reduction in the use of the neurotic defense. These results suggest that changes in maladaptive defense styles were not just associated with global improvement of OCD, but could be associated with the addition of MI+TM to CBGT. This could be possible because MI+TM helps patients “think through” the advantages and disadvantages of a particular belief or behavior, so that they can develop strategies to face anxiety with alternative behavioral responses to reach a new understanding of some aspects of reality and their defense mechanisms. From the psychodynamic perspective, the use of these mechanisms has a crucial influence in OC symptoms and character traits. As a result, we question whether specific OCD symptoms can be related to the development of certain defense mechanisms or, contrarily, if OCD symptoms can emerge in the context of maladaptive defense mechanisms. Consequently, we cannot exclude the possibility that the association between a specific defense with an OCD symptom is related to the disorder itself. Although the DSQ alone do not allow for conclusions about the defense mechanisms it permits a quantitative assessment of the defense mechanisms. DSQ-40 constitutes an attempt to measure the individual’s unconscious dynamism. The creation and validation of the DSQ-40 is the consequence of a body of work carried out by a group of psychoanalysts with the intention of evaluating presumably unconscious phenomena with a scientific approach, even if indirectly, by using

quantitative research [37]. Therefore, further research is needed to examine the stability of the new defense mechanisms over time and to expand knowledge in this important area.

Although these results are promising, this study has limitations, which include the small sample size. In addition, generalization is limited by (1) the exclusion criteria, and (2) the fact that participants included in the study came from a unique center located in an University hospital. University services for OCD treatment probably comprise more severe cases. Therefore, the results cannot be directly generalized to OCD patients from primary or secondary health care units, neither to community samples. Despite these limitations, this is the first randomized study which uses MI+TM before CBGT to compare the changes in defense mechanisms in the treatment of OCD.

In conclusion, adding Motivational Interviewing techniques and Thought Mapping before CBGT, which focuses on the fear and anxiety evoked when patients discontinue their rituals, not only improves CBGT outcomes, but also indicates a greater use of more adaptive defense mechanisms, as measured by the Defense Style Questionnaire.

## **Acknowledgements**

We would like to thank the Hospital de Clínicas of Federal University of Rio Grande do Sul (HCPA-UFRGS) which has made this study possible. We would like to thank Andreia Raffin, Cenita Borges and Lucas Lovato for their assistance with treatment. We also would like to thank Kátia Niederauer, Vinícius Dornelles e Ygor Londero for their assistance with assessment interviews. Finally, we would like to thank Brian Rush for his support on research design and scientific matters and Ceres Oliveira for her statistical advice. Dr. Elisabeth Meyer has a doctoral grant from Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), process number 142030/2006-6. Dr. Roseli G. Shavitt has a post-doctoral grant from Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), process number 06/61459-7. Conflicts of interest: none.

## References

1. Offer R, Lavie R, Gothelf D, Apter A: Defense Mechanisms, Negative Emotions, and Psychopathology in Adolescent Inpatients. *Compr Psychiat* 2000; 41(1): 35-41.
2. Perry JC, Bond M: Defensive functioning, in *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders*. Edited by Oldham JM, Skodol AE, Bender DS. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2005, pp 523-540.
3. American Psychiatry Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. 4. ed. Washington, 1994.
4. Andrews G, Singh M, Bond M: The defense style questionnaire. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181:246–256.
5. Andrews G, Pollock C, & Stewart G: The determination of defense style by questionnaire. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 455–460.
6. Milne LC, Greenway P: Drawings and defense style in adults. *Art Psychother* 2001; 28: 245–249.
7. Kipper, L., Blaya, C., Teruchkin, B. Heldt, E., Isolan, L., Mezzomo, K., et al. (). Evaluation of defense mechanisms in adult patients with panic disorder: before and after treatment. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193(9): 619-24.
8. Heldt, E., Manfro, G. G., Kipper, L., Blaya, C., Maltz, S., Isolan, L., et al. (). Treating medication-resistant panic disorder: Predictors and outcome of cognitive-behavior therapy in a Brazilian public hospital. *Psychother Psychosom* 2003; 72: 43-48.
9. Kipper L, Blaya C, Teruchkin B, Heldt E, Isolan L, Mezzomo K, Bond M, Manfro GG: Brazilian patients with panic disorder: The use of defense mechanisms and their association with severity. *J Nerv Ment Dis* 2004; 192:58–64.
10. Albucher RC, Abelson JL, Nesse RM: Defense mechanism changes in successfully treated patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1998; 155:558–559.
11. Miller, WR: Re-discovering fire: small interventions, large effects. *Psychol Addict Behav* 2000; 14: 6–18.
12. Miller W, & Rollnick S: *Motivational interviewing: Preparing people for change*, 2002, 2nd ed. New York: The Guilford Press.
13. Leukefeld CG, Pechansky F, Martin SS, Surratt HL, Inciardi JA, Kessler FHP, Orsi, MM, Von Diemen L, Meyer Da Silva E: Tailoring an HIV-prevention intervention for cocaine injectors and crack users in Porto Alegre, Brazil. *AIDS Care* 2005; 17 (1): 77-87.

14. Inciardi JA, Surratt HL, Pechansky F, Kessler F, Von Dimen L, Meyer da Silva E, Martin SS: Changing patterns of cocaine use and HIV risks in the South of Brazil. *J Psychoactive Drugs* 2006; 38 (3): 305-310.
15. Prochaska JO, & DiClemente CC: Toward a comprehensive model of change. In W. Miller and N. Heather (Eds.). *Treating Addiction Behaviors*, New York: Plenum Press, 1986, pp 3-27.
16. Leukefeld C, Brown C, Clark J, Godlaski T, Hays R: *Behavioral therapy for rural substance abusers*. University of Kentucky Press, Lexington: KY, 2000.
17. Tavares M: Entrevista clínica estruturada para diagnóstico dos Transtornos do Eixo I do DSM-IV – Edição do paciente, versão 2.0 (SCID-I/P, Versão 2.0). Tradução brasileira, Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, 1996.
18. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW: *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders - clinician version (SCID-CV)*, Washington (DC), American Psychiatric Press, 1997.
19. Cordioli AV, Heldt E, Bochi DB, Margis R, Sousa MB, Tonello JF, Manfro GG, & Kapczinski F: Cognitive-Behavioral Group Therapy in Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Clinical Trial. *Psychother Psychosom* 2003; 72: 211–216.
20. Braga D, Cordioli AV, & Manfro GG: Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: a 1 year follow-up. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 112: 1–7.
21. Sousa MB, Isolan LR, Oliveira RR, Manfro GG, & Cordioli AV: A Randomized Clinical Trial on Cognitive-Behavioral Group Therapy and Sertraline in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *J Clin Psych* 2006; 67(7): 1133-39.
22. Abramowitz JS. Treatment of obsessive-compulsive disorder in patients who have comorbid depression. *J Clin Psych* 2004; 60: 1133-1141.
23. Fricke S., Moritz S., Andresen B., Jacobson D., Kloss M., Rufer M., Hand I. Do personality disorders predict negative treatment outcome in obsessive-compulsive disorders? A prospective 6-month follow-up study. *Eur Psychiat* 2006; 21(5): 319-324.
24. Keeley ML., Storch EA., Merlo LJ., Geffken GR. Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Rev* 2008; 28 (1) :118-130.
25. Maina G., Albert U., Pessina E., Bogetto F. Bipolar obsessive-compulsive disorder and personality disorders. *Bipolar Disord* 2007; 9 (7): 722-729

26. Cordioli AV, Heldt E, Bochi DB, Margis R, Sousa MB, Juliano F, Tonello JF, Teruchkin B, & Kapczinski F: Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a clinical trial. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24(3):113-20.
27. Asbahr FR, Lotufo Neto F, Turecki GX, Del Porto JÁ, Rodríguez LR, Baruzzi M, Lima MA, Gentil V. Escala Yale-Brown de Sintomas Obsessivo-Compulsivos, tradução brasileira, São Paulo, 1992.
28. Goodman WK, Price LH, Ramussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Heninger GR, & Charney DS: The Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale: Development, use and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1006–1011.
29. Blaya C, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Ceitlin LH, Bond M, Manfro GG: Brazilian-Portuguese version of the defense style questionnaire (DSQ-40) for defense mechanisms measure: A preliminary study. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26:255–258.
30. Blaya, C., Dornelles, M., Blaya, R., Kipper, L., Heldt, E., Isolan, L., et al. (). Brazilian-Portuguese version of the Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) for the assessment of defense mechanisms: construct validity study. *Psychother Res* 2007; 17(3): 261-270.
31. Gorenstein C, Andrade L: Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res* 1996; 29:453-7.
32. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J: An Inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-571.
33. Gorenstein C, Andrade L. Beck Depression Inventory: psychometric properties to the Brazilian cross-cultural version. *Rev Psiq Clin* 1998; 25:245–50.
34. Guy W: Clinical global impressions (CGI); in Guy W (ed): ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Alcohol Drug Abuse and Mental Health Administration, NIMH psychopharmacology Research branch. Assessment Manual for Psychopharmacology. Rockville, National Institute of Mental Health, 1976, pp 217–222.
35. Rufer M, Held D, Cremer J, Fricke S, Moritz S, Peter H, Hand I: Dissociation as a Predictor of Cognitive Behavior Therapy Outcome in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychother Psychosom* 2006;75:40–46.
36. Anholt GE, Kempe P, de Haan E, van Oppen P, Cath DC, Smit JH, van Balkom AJLM: Cognitive versus Behavior Therapy: Processes of Change in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychother Psychosom* 2008; 77: 38–42.

37. Vaillant GE, Bond M, Vaillant CO: An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43:786–794.

### 7.3 Artigo 3

**Revista Brasileira de Psiquiatria • vol 32 • nº 1 • Mar2010**

#### **Adicionando a Entrevista Motivacional e o Mapeamento Cognitivo à Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo: resultados de um ensaio clínico randomizado**

**Running title:** DY-BOCS changes after MI+TM plus CBGT

**Elisabeth Meyer<sup>a</sup>, Roseli G. Shavitt<sup>b</sup>, Carl Leukefeld<sup>c</sup>, Elizeth Heldt<sup>a</sup>  
Fernanda P. Souza<sup>a</sup>, Paulo Knapp<sup>a</sup> and Aristides V. Cordoli<sup>a</sup>**

<sup>a</sup> Anxiety Disorders Program, Department of Psychiatry, Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil,

<sup>b</sup> Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders Program, Department and Institute of Psychiatry, Hospital das Clínicas, School of Medicine, University of São Paulo (USP), Brazil

<sup>c</sup> Center on Drug and Alcohol Research, University of Kentucky

#### **Correspondence**

Elisabeth Meyer

Department of Psychiatry, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Street: Ramiro Barcelos, 2350, Room 400N

Phone: +55 51 33282174

90035-903 Porto Alegre, RS, Brazil

E-mail address: [meyer-beth@hotmail.com](mailto:meyer-beth@hotmail.com)

Dr. Elisabeth Meyer has a doctoral grant from Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), process number 142030/2006-6.

Dr. Roseli G. Shavitt has a post-doctoral grant from Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), process number 06/61459-7.

Conflicts of interest: none.

## **Abstract**

**Objective:** Recent factor-analytic studies of obsessive-compulsive disorder (OCD) identified consistent symptom dimensions. This study was designed in order to observe which obsessive compulsive symptom dimensions could be changed by adding two individual sessions of Motivational Interviewing (MI) and Thought Mapping (TM) of Cognitive-behavioral group therapy (CBGT) using a randomized clinical trial. **Method:** Forty outpatients with a primary diagnosis of OCD were randomly assigned to receive CBGT (control group) or MI+TM plus CBGT. To evaluate changes in symptom dimensions, the Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS) was administered at baseline and after treatment. **Results:** At post-treatment, there were statistically significant differences between CBGT and MI+TM+CBGT groups in the mean total DY-BOCS score, and in the contamination and aggression dimension score. Hoarding showed a statistical trend towards improvement. **Conclusions:** These findings suggest that adding MI+TM to CBGT can facilitate changes and decrease in the scores in different OCD symptom dimensions, as measured by the DY-BOCS. Nonetheless, additional trials are needed to confirm these results.

**Descriptors:** OCD symptom dimensions, Obsessive-compulsive disorder, Cognitive-behavioral group therapy, Motivational Interviewing, Thought Mapping

## **Resumo**

**Objetivo:** Recentes estudos utilizando análise fatorial no transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) identificaram dimensões consistentes dos sintomas. Este estudo foi delineado para observar quais dimensões dos sintomas obsessivo-compulsivos podem ser modificados adicionando duas sessões individuais de Entrevista Motivacional (EM) e Mapeamento Cognitivo (MC) à Terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) usando um ensaio clínico randomizado. **Método:** Quarenta pacientes ambulatoriais com diagnóstico primário de TOC foram alocados aleatoriamente para receber TCCG (grupo controle) ou EM+MC mais TCCG. Para avaliar mudanças nas dimensões dos sintomas, foi administrada a Escala Dimensional para Sintomas Obsessivo-Compulsivos de Yale-Brown (DY-BOCS) antes do início e após o tratamento. **Resultados:** Ao final do tratamento houve diferença estatisticamente significativa entre a TCCG e EM+MC TCCG na média do escore total da DY-BOCS, e no escore da dimensão de contaminação e agressão. Colecionismo apresentou melhora com tendência estatística. **Conclusão:** Esses achados sugerem que acrescentar EM+MC à TCCG pode facilitar mudanças na redução dos escores nas diferentes dimensões



dos sintomas, como indicado pela DY-BOCS. No entanto, são necessários estudos adicionais para confirmar estes resultados.

**Descritores:** Dimensões dos sintomas do TOC, transtorno obsessivo-compulsivo, terapia cognitivo-comportamental em grupo, Entrevista Motivacional, Mapeamento Cognitivo

## Introduction

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a chronic disease characterized by intrusive thoughts and rituals performed to relieve the anxiety or discomfort, although the result is probably an increase in distress over time. Several studies have reported the importance of groups of symptoms in specific dimensions, assuming that patients may present symptoms in one or more dimensions, with varying degrees of severity among them<sup>1-3</sup>. These proposed dimensions are: (1) aggressive obsessions and related compulsions (e.g., checking that nothing terrible has happened); (2) sexual and religious obsessions and related compulsions (e.g., excessive concern with what is morally right or wrong); (3) symmetry, ordering, counting, and arranging obsessions and compulsions (e.g., fear not saying “just the right thing”); (4) contamination obsessions and cleaning compulsions (e.g., repeated cleaning of household items or other inanimate objects); (5) hoarding and collecting obsessions and compulsions (e.g., unable to decide to throw things away), and (6) miscellaneous (e.g., colors with special significance). Researchers<sup>4,5</sup> have suggested that the dimensional approach might help guide research on the treatment of OCD, including the development of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) techniques tailored to specific symptom dimensions, which could improve response rates<sup>6,7</sup>. Based on earlier studies using factor analysis to group patients with certain obsessive-compulsive (OC) symptoms, Rosario-Campos and colleagues<sup>2</sup> developed the Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS).

Although CBT has been shown to be effective for OCD<sup>8,9</sup>, changing ritual behavior can be difficult and anxiety provoking. When OCD patients see possible benefits in stopping the rituals, they tend to feel ambivalent towards changing behavior. Motivational Interviewing (MI) is an effective strategy for helping individuals increase their motivation or readiness to change. MI helps the therapist and patient to achieve a common understanding about the patient’s awareness of change, facilitating the movement through decisional analysis and behavioral change<sup>10,11</sup>. Miller and Rollnick<sup>11</sup> have described five strategies of MI: (1) express empathy and acceptance (i.e., empathy means acceptance and understanding another’s perspective and feelings neutrally, without judging or evaluating in any way); (2) develop discrepancy (i.e., perceive differences between a current situation and hope for the future); (3) avoid argumentation (i.e., when the patient refuses to complete a task, it is time to stop forcing the point and modify strategy); (4) roll with resistance (i.e., arguing for change with a patient will likely trigger the patient to argue against it), and (5) support self-efficacy (i.e., a person’s belief in his or her ability to carry out a specific behavior). MI can be utilized as independent, stand-alone intervention or can be integrated with other treatment modalities.

Resisting the righting reflex (the “righting reflex” refers to our natural urge as human beings to put things right, i.e., health care providers are probably more inclined to have a righting reflex<sup>12</sup>), understanding and exploring the patient’s own motivations, empowering the patient, encouraging hope and optimism, helps a therapist promote collaboration and reduce resistance<sup>12</sup>. The techniques of MI are described in detail in Miller and Rollnick<sup>11</sup>, and Rollnick, Miller and Butler<sup>12</sup>.

Eventually, the inability to concentrate creates difficulties for OCD patients in focusing their attention. Some OCD patients can not make the connection between a person’s behavior in the context of their environment, thoughts, and feelings and how some experiences are related to desirable outcomes, while others are related to undesirable ones. Thought Mapping (TM)<sup>13,14</sup> was developed based on the Transtheoretical Model<sup>15</sup> and the first four stages of change. It is a visual technique that uses a predesigned map and is very useful in keeping individual discussions on track. Because the aspects worked during the session can be visualized TM might be particularly helpful for patients that are engaged in mental rituals activity and/ or have been presenting excessive uncertainty or doubt about what was said, during the consultation with the mental health professional. The use of visual aids (paper and pen) by TM may help them focus on the intervention. A personal “thought map”, for OCD-related dysfunctional thoughts and behaviors is developed by each patient to organize his or her own personal thoughts and behaviors. In doing this, patients can express parallel ideas, complex and distant thought, behaviour and feeling connections. It can also help patients identify more clearly where changes need to take place, to explore behavioral choices and subsequent results, and to consider solutions to the presenting problem. The TM technique is described in detail in Leukefeld et al.<sup>16</sup>.

The overall purpose of the present study was to examine if adding two individual sessions of MI+TM before starting 12 weeks of CBGT in an adult OCD outpatient treatment program would facilitate changes in the OC symptom dimensions when compared with CBGT alone, as measured by a structured interview, in a randomized clinical trial.

## **Methods**

### *Participants*

Sixty-five adult outpatients meeting DSM-IV criteria for OCD, as determined by the Brazilian version<sup>17</sup> of Structured Clinical Interviews (SCID)<sup>18</sup> for DSM-IV attending an Anxiety Disorders Program (PROTAN) in Porto Alegre, Brazil, were assessed from January 2007 to December 2007 (see Figure 1). Participants were recruited among the general

population by means of lectures, radio and TV interviews, and newspaper ads that offered CBGT to patients with OCD. Interviews were conducted by trained psychiatrists or clinical psychologists, experienced in treating OCD patients. Inclusion criteria based on assessment included: (1) age between 18 and 65 years old; (2) having OCD as the most significant current psychiatric diagnosis; (3) Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) total score >16; and (4) no change in anti-obsessive medication (if applicable) for at least 3 months prior to study entry. Consistent with our previous researches<sup>19-21</sup>, individuals were excluded from the current study if they had an additional diagnosis of another anxiety or mood disorder of equal or greater severity than their OCD, significant suicidality, present alcohol or substance abuse or dependence, or severe psychiatric disorder (schizophrenia and other psychotic disorders). Twenty-five patients were determined not eligible. The reasons for exclusion were: Severe Depression (n=9), severe Social Phobia (n=3), Personality disorders: Borderline or Schizotypal (n=3), Substance Abuse (n=2), Bipolar disorder (n=2), Schizophrenia (n=1), or a score <16 on the Y-BOCS (n=5). After signing an informed consent form, 40 selected patients were randomized: 20 patients (50%) to MI+TM+ CBGT group and 20 patients (50%) to the control group. Of the 40 outpatients who composed the sample, 38 completed the study. Two patients (5%) dropped out of the control group after the third session (they contacted the therapist to state that they would no longer attend the sessions).

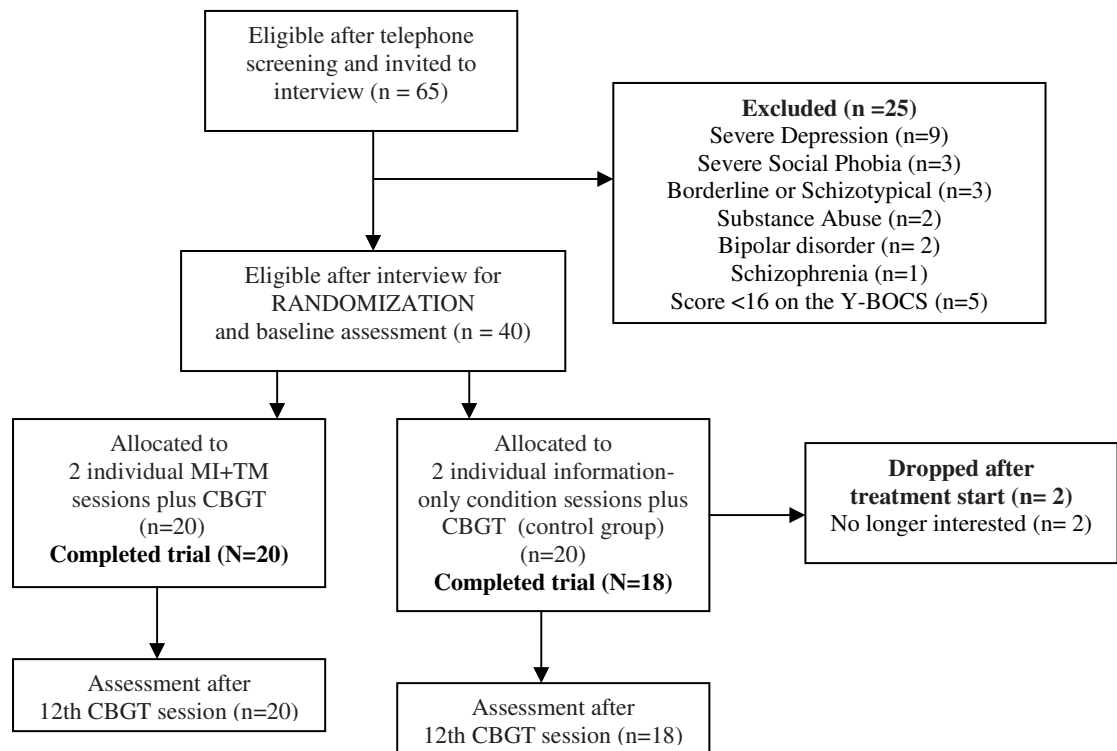


Figure 1. Flowchart of a Randomized Clinical Trial comparing MI+TM plus CBGT and information-only condition plus CBGT in the treatment of patients with Obsessive-compulsive disorder

### *Study Design and Procedures*

Randomization of the MI+TM+CBGT or the control group was performed using a research randomizer (see: [www.randomizer.org/index.htm](http://www.randomizer.org/index.htm)). The study was conducted in three successive periods of 12 weeks, with one MI+TM+CBGT and one parallel information-only condition plus CBGT (control group). Participants in both the MI+TM and control groups received the CBGT as usual; they differed only in the style of individual sessions received prior to CBGT. The individual interventions were carried out by a doctoral-level therapist, who did not participate in the CBGT sessions. CBGT had six to eight patients, and sessions were conducted by the same therapist, assisted by a co-therapist, both master-level student psychologists with prior CBGT experience, that were blinded to the individual interventions. Patients were also instructed not to reveal the content of their individual sessions. The CBGT was conducted in a closed-ended group during the course of 12 weekly two-hour sessions, carried out once a week, over 3 months. The treatment approach integrated psycho-education, techniques of Exposure and Response Prevention (ERP), cognitive techniques to modify dysfunctional thoughts and beliefs, strategies to prevent relapses, homework ERP and cognitive exercises for each session, and group techniques.

The Hospital de Clínicas of Porto Alegre review board approved the study (Process:06/171). Written informed consent was obtained from all participants, after a description of the study, emphasizing that they would be randomized into one of two treatment conditions: 1) two individual sessions of MI+TM+CBGT, or 2) two information-only condition sessions plus CBGT (controls). Each participant was assured that their decision to participate or not participate in the study would not interfere with their access to treatment.

### *Treatment*

#### *Cognitive Behavioral Group Therapy (CBGT)*

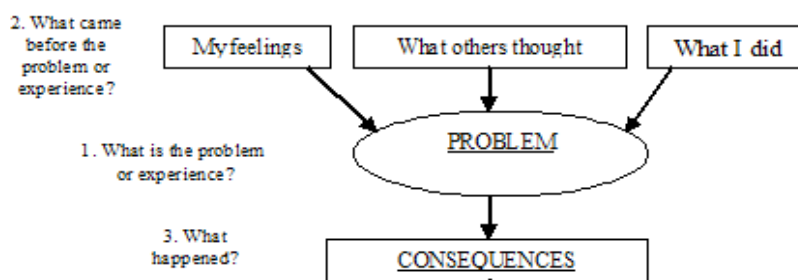
The CBGT was conducted in a closed-ended group during the course of 12 weekly two-hour sessions, based on a structured manual-based developed by one of the authors (AVC), and has been used in other trials<sup>19-21</sup>. The treatment started with a presentation of OCD symptoms, the rationale of ERP therapy and treatment targets, followed by demonstrations and practical ERP exercises. In the subsequent sessions, commonly held dysfunctional beliefs about OCD were explained and cognitive techniques for their corrections were given, followed by practical exercises of ERP and cognitive restructuring. At the end of each session, homework was given to each patient<sup>19,22</sup>. The manual is described in detail elsewhere<sup>22</sup>.

#### *Motivational Interviewing (MI) + Thought Mapping (TM) plus CBGT group*

The MI + TM approach consisted of two 60 minute individual weekly sessions before starting the 12 CBGT sessions. The interventions were carried out by a doctoral-level therapist, who did not participate in the CBGT sessions. The two sessions are designed to allow the patient to discover what he or she can expect from the treatment, as well as increasing the motivation for change in a collaborative process involving the therapist and patient. No manual was given, allowing the therapist's autonomy to follow the patient using MI strategies. The sessions were patient-centered, used open-ended and nonconfrontational questions, to encourage patients to talk about why, how and when they might change, reinforcing that the focus of behavior change resides in the patient, not in the therapist. A key goal in MI is to increase the importance of change from the patient's perspective. In CBT, the therapist takes the role of an advocate for change, to at least some degree but, in MI, the therapist does not argue in favor of change, but helps the patient to become a more effective advocate for their own change<sup>23</sup>. Rollnick<sup>12</sup> points out that if the patient is placed on centre stage, and guided through a conversation about why and how to change, outcomes will be

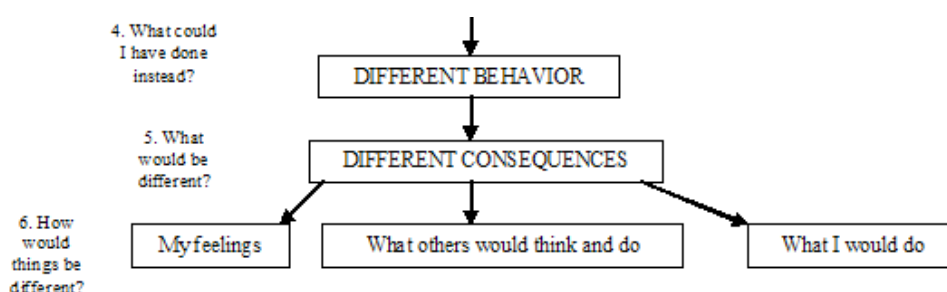
improved. The two individual sessions were structured as: (1) identifying and exploring reasons for change; (2) helping the patient to acknowledge and discuss the mixed feelings about possible benefits in stopping the rituals thereby tipping the balance in favor of change (e.g., “How do you think your life might be different, both positively, and negatively, if you were to stop with the rituals?”); (3) using reflective listening when trying to express patient understanding (e.g., “So you’re saying that you want to stop with all the rituals, but, at the same time, you’re worried if you can deal with the anxiety during the therapy exercises); (4) inviting the patient to define goals (e.g. invite the person to describe perceived barriers/concerns changing); (5) reflecting and summarizing concerns raised by the patient during the decision-making process; (6) choose personal strategies (e.g., “If you decide to change how would you do it?”). The purpose of this intervention model was exploring and resolving ambivalence in avoiding rituals, to increase and renew patient motivation or readiness to adhere to the ERP exercises which are part of CBGT. Help strengthen the patient’s self-efficacy (e.g., identify existing skills and how to generalize those to OCD context) and in addition, the therapist explained the CBGT model, exposed ERP, and encouraged each patient to tolerate and manage anxiety provoked by ERP.

For this study, the therapist and the patient completed a map together and patients were encouraged to analyze their TM and to develop strategies to face the anxiety produced by their obsessions with alternative behavioral responses. TM is a structured and preformatted mapping approach to link nodes (visually represented as boxes) as feelings, thoughts, and actions in treatment sessions with links (visually represented by lines) to show relationships on paper between nodes. Utilizing TM allows the patient to see the role of thoughts/ beliefs/ feelings and behavior and the influences among them all. The first part of the map (Figure 2) was used to facilitate problem recognition and identification (questions 1-3: ANTECEDENTS):



**Figure 2 - First part of the map**

The second part (questions 4-6; Figure 3) was for problem solutions: CONSEQUENCES, as showed above:



**Figure 3 - Second part of the map**

*Two-session individual information-only condition plus CBGT (control group)*

In order to control the attention, duration and time in contact with the therapist treating the MI+TM condition, we created a comparison condition. The control condition was two 60-minute individual weekly sessions before the 12 sessions of CBGT and was administered by one doctoral-level therapist who did not participate in the group sessions. As an information-only condition, the therapist provided information about smoking prevention (session 1), and educational physical activity (session 2). Sessions were conducted in a lecture-style and presented information such as: (a) Passive smoking exposure causes heart disease and lung cancer in nonsmoking adults; (b) Exposure to nicotine and passive smoking is measured by testing the saliva, urine, or blood for the presence of a chemical called cotinine; (c) Most adults need at least 30 minutes of moderate physical activity at least five days per week; (d) For all individuals, some activity is better than none. Regular exercise can prevent or delay diabetes and heart trouble. Participants could ask questions at any time. In the information-only condition, non-motivational interviewing components or TM were used, and presumably the intervention did not focus on enhancing commitment to change.



### *Assessments*

Participants completed the following measures at baseline and post-treatment to evaluate outcome. The DY-BOCS<sup>2</sup> includes a self-report section and an interviewer-administered section. The scale was simultaneously validated in Portuguese and English, and examines OC symptoms on six specific dimensions: (1) obsessions about harm due to aggression/injury/violence/natural disasters and related compulsions; (2) obsessions concerning sexual/moral/religious and related compulsions; (3) obsessions about symmetry/'just-right' perceptions, and compulsions to count or order/arrange; (4) contamination obsessions and cleaning compulsions; (5) obsessions and compulsions related to hoarding, and (6) miscellaneous obsessions and compulsions that relate to somatic concerns and superstitions, amongst other symptoms. This instrument measures the severity of each symptom dimensions. For each dimension, there are three questions with a 0-5 point rating scale to measure time consumed by the symptoms, distress and interference (maximum score in each dimension = 15). This interview assesses lifetime, current severity, and age at onset. Therefore, the baseline and post-treatment severity of each dimension was measured independently.

The Brazilian version<sup>24</sup> of the Y-BOCS<sup>25</sup> was used to assess severity of OCD symptoms, which include 10 questions: five for obsessions and five for compulsions, including time spent with the symptoms, the level of interference in daily activities and distress, resistance and control of symptoms. Each item was scored from 0 to 4 with a maximum score of 40.

The Clinical Global Impressions Scale - Severity subscore (CGI-S, adapted version)<sup>26</sup> investigates the health professional's impression regarding the patient's problem severity.

These instruments were administered by independent evaluators at baseline (before the two individual sessions) and after completing CBGT, by master-level psychologists, trained on the application of the instruments with experience in treating OCD patients and blinded to group allocation. Every patient was reviewed at baseline and post-treatment by the same evaluator, in order to minimize the inter-rater variability.

Patients were also assessed with regard to their sociodemographic and clinical characteristics, including age, gender, years of education, marital status, use of anti-obsessional drugs, age at onset, age at which OCD symptoms started to interfere with daily activities, and the duration of the illness.

### *Statistical Analysis*

Shapiro-Wilk tests of the distribution of data were performed. Analysis to look for differences by type of condition (MI+TM+CBGT vs. control group) across all key variables with t tests, One-way ANOVA, Mann-Whitney test or Wilcoxon test for continuous variables, and with Pearson  $\chi^2$  test for nominal variables. We used non-parametric statistics whenever appropriate. The comparison of pre to post-treatment scores was performed using t-test paired samples or with McNemar Chi-Square test. Analyses of covariance (ANCOVA) were used to control potential confounding variables. A positive response to treatment was defined as 35% or greater reduction in baseline Y-BOCS scores. Pearson  $\chi^2$  test was used for dichotomic data: *improved* (reduction  $\geq 35\%$  on the Y-BOCS) versus *non-improved* (reduction  $\leq 35\%$  on the Y-BOCS). Patients who responded to treatment were also classified as having *full remission* for YBOCS scores  $\leq 8$  and CGI = 1 and *partial remission* when there was a reduction  $\geq 35\%$  on the Y-BOCS, but the total score on this scale was  $>8$  and CGI = 2. To compare the changes in symptom dimensions from baseline to post-treatment, the results obtained from the two groups (MI+TM+CBGT and CBGT) were analyzed in two ways: (1) comparing the DY-BOCS scores (reduction) by dimension, and (2) the frequency (according to the presence or absence) of symptoms by dimension. The presence of a symptom dimension on the DY-BOCS was coded as 1 while its absence was coded as 0. DY-BOCS scores on six symptom dimensions were calculated by summing the scores from the symptom categories under each dimension. This score was used in all subsequent analyses. To verify which dimensions improve more and how much, in both groups, a  $\Delta$  specification of the change was applied to generate the data presented on Table 3. The mean of the deltas represent the overall average of the individual deltas of each patient, which was calculated using the following equation:  $\Delta_{\text{mean}} = ((\text{post treatment value} - \text{pre treatment value}) / \text{pre treatment value})$ . Rates were compared across the two groups with the Pearson  $\chi^2$  test. The last-observation-carried-forward approach was adopted for continuous data. An intention-to-treat approach was used for patients who dropped out, labeled non-improved. All p values were two-tailed, the statistical significance was set at the .05 level and the confidence level was 95%. Statistical assessments were performed by the Statistical Package for Social Sciences for Windows, version 13.0.

## Results

### *Baseline Data*

The sample included 13 (65%) women in the MI+TM+CBGT and 15 (75%) women in the control group, aged 18-65 years. Most of the patients were married 17 (42.5%). Fifteen (37.5%) participants were single, 7 (17.5%) were divorced and one (2.5%) was widowed. There was no significant difference in the distribution of male and female patients across the groups ( $p=0.730$ ) or significant difference in the marital status ( $p=0.225$ ) of the two groups. Twenty-eight patients (70%) met criteria for comorbid psychiatric disorders, including Major Depressive Disorder ( $n=16$ ; 40%), Social Phobia ( $n=12$ ; 30%), Simple Phobia ( $n=10$ ; 25%), Compulsive Buying ( $n=5$ ; 12.5%), Skin Picking ( $n=5$ ; 12.5%) and Posttraumatic Stress Disorder ( $n=3$ ; 7.5%). No evidence of mismatch was observed at baseline between the MI+TM+CBGT and the control group for demographic and clinical characteristics. The main demographic and clinical characteristics of the sample are described in Table 1.

**Table 1 - Demographic and clinical characteristics of participant conditions**

Variable	MI+TM CBGT group (n=20)	Control group (n=20)	p
Age (years)	36.5 (10.7)	36.6 (12.4)	0.968
Age at onset of OCD (years)	9.75 (3.21)	10.5 (4.2)	0.505
Mean duration of illness (years)	25.5 (10.5)	23.9 (13.8)	0.769
Mean age at which OCD symptoms started to interfere with daily activities (years)	27.6 (12.8)	28.3 (13.6)	0.859
Education (years)	15.4 (3.26)	14.1 (3.37)	0.206
Stable use of anti-obsessional drugs [n (%)]	6 (30)	7 (35)	0.744

Note: MI= Motivational Interviewing; TM= Thought Mapping; CBGT= Cognitive Behavioral Group Therapy  
Except where otherwise indicated, results are expressed as mean (SD).

When OCD symptom dimensions were examined using the DY-BOCS, 34(85%) patients reported symmetry, order and arrangement symptoms; 29(72.5%) miscellaneous symptoms; 24(60.5%) had aggression symptoms; 23(57.5%) contamination, cleaning and washing symptoms; 23(57.5%) hoarding symptoms, and seven (12.5%) sexual–religious symptoms. There were no statistically significant differences between the MI+TM+CBGT group and the control group for mean DY-BOCS total score at baseline ( $t=-1.50$ ,  $df=38$ ,  $p=0.142$ ) or when each dimension was considered separately: aggression dimension ( $\chi^2=0.100$ ,  $df=1$ ,  $p=0.747$ ); sexual/religious dimension ( $\chi^2=0.173$ ,  $df=1$ ,  $p=0.677$ ); symmetry dimension ( $\chi^2=0.000$ ,  $df=1$ ,  $p=1.000$ ); contamination dimension ( $\chi^2=0.102$ ,  $df=1$ ,  $p=0.749$ ); hoarding dimension ( $\chi^2=0.102$ ,  $df=1$ ,  $p=0.749$ ) and the miscellaneous dimension ( $\chi^2=3.135$ ,  $df=1$ ,  $p=0.077$ ).

Mean Y-BOCS baseline scores ( $t=-1.02$ ,  $df=38$ ,  $p=0.313$ ), Y-BOCS Obsessions subscale ( $t=-1.12$ ,  $df=38$ ,  $p=0.271$ ) and Y-BOCS Compulsions subscale ( $t=-0.16$ ,  $df=38$ ,  $p=0.871$ ) for

the MI+TM+CBGT group and the control group were similar, and did not differ for those receiving concurrent anti-obsessive medication relative to those who were not ( $p=0.442$ ).

### Treatment response

Results of pre / post-treatment outcome measures for the MI+TM+CBGT and the control groups are presented in Table 2.

**Table 2. Mean (SD) scores for a sample of 40 OCD outpatients in all outcome variables at baseline and post-treatment**

	MI+TM CBGT (n= 20)		Control group (n=20)	
	pre	post	pre	post
<b>DY-BOCS global score</b>	22.6 (2.6)	6.8 (4.4) **	24.1 (3.5)	11.8 (8.3) **
Aggression	5.9 (5.0)	1.5 (2.6) *	5.5 (5.4)	2.7 (3.4) **
Sexual/religious	1.3 (3.4)	0.8 (2.7)	1.6 (4.2)	0.9 (3.1)
Symmetry	8.4 (4.7)	1.9 (2.7) **	8.9 (4.5)	3.7 (4.3) **
Contamination	5.4 (5.3)	0.6 (1.4) **	6.5 (5.7)	2.4 (3.3) **
Hoarding	4.2 (4.5)	0.6 (1.3) **	3.8 (3.6)	1.7 (2.9) *
Miscellaneous	5.6 (4.2)	1.1 (1.7) **	6.0 (5.8)	1.9 (3.8) **
<b>Y-BOCS total score</b>	29.4 (3.7)	7.1 (4.1) **	30.5 (3.4)	12.2 (10.4) **
Y-BOCS obsession	13.9 (2.4)	4.1 (2.3) **	14.6 (1.8)	5.8 (5.1) **
Y-BOCS compulsion	15.6 (2.0)	2.9 (2.7) **	15.9 (1.9)	6.3 (5.5) **
CGI	5.1 (0.5)	1.1 (0.5) **	5.30 (0.5)	1.9 (1.5) **

Note: paired t-test or Wilcoxon test were used when appropriate; YBOCS= Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; DY-BOCS= Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; CGI= Clinical Global Impressions Severity of Illness scale; MI= Motivational Interviewing; TM= Thought Mapping; CBGT= Cognitive Behavioral Group Therapy; OCD= Obsessive-Compulsive Disorder; SD=Standard Deviation; Pre= pre-treatment; Post= post treatment.

\* $p < .05$

\*\*  $p < .01$

The comparison of mean rate of improvement, accessed by the average of the  $\Delta$ mean of all outcome variables between MI+TM+CBGT group and control group at the end of the treatment are presented in Table 3.

**Table 3. Comparison of all outcome variables between MI+TM CBGT group and control group**

	MI+TM CBGT	Control group	
	$\Delta$ mean (SD)(n)	$\Delta$ mean (SD)(n)	statistics p
<b>DY-BOCS global score</b>	69.0(20.2) (20)	52.8 (31.4) (20)	$t_s=1.94$ 0.062
Aggression	92.6 (11.2) (13)	49.8 (31.4) (11)	$t_s=4.30$ 0.001
Sexual/religious*	100 (22.2 to 100) (4)	57.1 (0 to 100) (3)	$U_{MW}=3.5$ 0.400
Symmetry	77.2 (26.8) (17)	58.6 (39.1) (17)	$t_s=1.62$ 0.116
Contamination	91.9 (14.7) (11)	62.9 (29.6) (12)	$t_s=2.93$ 0.008
Hoarding*	100(57.1 to 100) (11)	66.1(-66.7 to 100)(12)	$U_{MW}=38.5$ 0.091
Miscellaneous	78.5 (33.1) (17)	65.3 (38.0) (12)	$t_s=0.99$ 0.331
<b>Y-BOCS total score</b>	75.0 (15.6) (20)	61.4 (32.2) (20)	$t_s=1.71$ 0.099
Y-BOCS obsessions	69.3 (17.9) (20)	61.5 (32.0) (20)	$t_s=0.95$ 0.350
Y-BOCS compulsions	81.0 (17.5) (20)	61.3 (33.6) (20)	$t_s=2.32$ 0.028
<b>CGI</b>	76.9 (11.2) (20)	64.5 (27.1) (20)	$t_s=1.89$ 0.070

Note: \* Results are shown by median (minimum to maximum); YBOCS= Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; DY-BOCS= Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; CGI= Clinical Global Impressions Severity of Illness scale; MI= Motivational Interviewing; TM= Thought Mapping; CBGT= Cognitive Behavioral Group Therapy; OCD= Obsessive-Compulsive Disorder; SD=Standard Deviation;  $\Delta_{\text{mean}} = (\text{post treatment value} - \text{pre treatment value}) / \text{pre treatment value}$ ; n= sample size;  $t_s$ = Student's t test;  $U_{\text{MW}}$ = Mann-Whitney's U test

## Discussion

The present study examined which obsessive compulsive symptom dimensions could be changed by adding two individual sessions of MI+TM before CBGT. Participants in both the MI+TM and control conditions received the CBGT. The treatments differed in the type of individual sessions received prior to CBGT. Usually, OCD patients believe that using rituals can be a helpful strategy to manage the anxiety that arises from feared situations. MI+TM was used to inform patients that the most effective way to reduce their fear is to confront the feared situations in which they experienced obsessions, without performing any rituals, and to wait for the reduction of anxiety. MI+TM might help patients to explore and resolve their ambivalence about utilizing rituals, or not. MI+TM explicitly address motivation to change before CBGT, and assist the patient in how to make the best use of CBGT. TM ensures that patients receive an individualized case formulation and that the rationale for the ERP is thoroughly understood. In contrast, the control group did not explicitly focus on enhancing commitment to change at the outset. Therefore we conclude that since the MI+TM treatment encourages patience to change it resulted in better outcome.

At baseline, symmetry, order and arrangement were the most prevalent symptom dimension in both groups, and were phenomenologically similar to previous trials<sup>2,6,27,28</sup>. In a recent article, Leckman and colleagues<sup>29</sup> reported that CBT is mostly indicated for patients with symmetry/ordering, contamination/washing, and aggressive/checking symptoms. Studies from Mataix-Cols<sup>30</sup> and colleagues suggest that the presence of symmetry/ordering symptoms predicted better response in refractory cases.

CBGT was effective for most symptom dimensions of OCD. Both groups have shown to be effective to reducing DY-BOCS global score and five of the dimensions scores. Therefore CBGT might be indicated for patients with contamination, aggressive, symmetry, hoarding, and miscellaneous symptoms. Nevertheless, the rate of the DY-BOCS global score and each dimension score reduction (except sexual/religious dimension) were significantly higher in patients treated with MI+TM+CBGT.

As shown in Table 3, at the end of the treatment, the group MI+TM+CBGT showed significant improvement in the dimensions aggression and contamination compared to CBGT alone. Hoarding showed a statistical trend towards improvement. Similarly, the DY-BOCS total score showed a statistical trend towards improvement. The CGI for the MI+TM+CBGT

group showed a mean rate of improvement with a statistical trend. As Miller<sup>31</sup> described, motivational interviewing can synergistically amplify the effect of other treatments. The combined effects of individualized treatment with elements of MI and TM obviously have had a large synergetic effect on the group intervention. These modifications suggest that changes in the dimensions were not just associated with global improvement of OCD, but could be associated with the addition of MI+TM to CBGT. One possibility would be that MI+TM helps patients to “think through” the pros (or benefits) and cons (or costs) of a particular belief or behavior in order to learn more about what they would identify as an important issue. After reflecting they can identify their own individual problem–solving strategies.

Clinical implications of this study indicate that special attention should be paid to patients with sexual/religious symptom dimension. At pre to post-treatment, there were no significant differences in the scores of sexual/religious symptom dimension for patients treated with MI+TM+CBGT and for those in the control condition, which supports previous studies<sup>4,32</sup>. Our findings suggest that patients with sexual/religious symptoms may have more difficulty with CBGT than other OCD patients. One possible explanation for our findings is that patients with sexual/religious symptoms may have more difficulty recognizing the irrational nature of their symptoms than other patients, and as a result, these symptoms are more difficult to challenge. Fullana et al.<sup>3</sup> and Mataix-Cols et al<sup>4</sup> point out that sexual or religious obsessions have been strongly associated with poor treatment response in previous studies and might be less likely to respond to serotonin reuptake inhibitors (SRIs) and behavior therapy. Therefore, more specific treatment strategies tailored for sexual/religious symptom dimension are probably necessary. Other studies<sup>33,34</sup>, however, did not confirm these findings.

In this study, patients with hoarding symptoms tended to improve more with MI+TM+CBGT as compared with those in the control group. It could be speculated that MI+TM might bring additional benefits to CBGT. Our results are in line with other studies that suggest that hoarders can be more successfully treated with a multifaceted cognitive-behavioural intervention than with regular CBT<sup>32</sup>.

There were no significant differences in the Y-BOCS total scores, but we observed a statistical tendency of improvement in the MI+TM+CBGT group compared to CBGT alone. Interestingly, the Y-BOCS compulsion score was significantly improved in the MI+TM+CBGT group compared to CBGT alone. It is important to point out that the improvement in compulsion is an extremely relevant result for this study. A possible explanation may be that addition of MI+TM to CBGT may exert most of its impact on those dimensions which have a more “compulsive” component. This is in agreement with the

finding that the dimensions which improved most were contamination (i.e., hand washing, avoidance) and aggression (i.e., checking in order to prevent unwanted outcomes or to make sure one did not harm anybody). One of the goals of the MI+TM individual sessions was to encourage the patients, prior to the CBGT, to face the expected increase in anxiety experienced during the OCD prevention exercises (ERP). Moreover, the individual sessions were also used to give the patients in the MI+TM+ CBGT group explanations about how avoiding the use of rituals will gradually diminish the frequency of obsessions as well as the affliction elicited by them. Thus, the improvement in compulsion suggests that the intervention, i.e. MI+TM session, accomplished its objective which was to focus in ameliorating the compulsions.

Although these results seem promising, important limitations of the present study must be considered. Firstly, a selection bias could account for the exceptionally large treatment effect size obtained in this study. Specifically, differently from other clinical studies, patients that presented several comorbidities were excluded from the sample. The severity of the comorbidities that were in fact present, such as depression and social phobia, was mild. In addition, the screening process involved selecting patients who were particularly motivated to participate in group therapy. The selection of highly motivated patients is evident since the drop-out rate was considerably smaller than other similar studies have previously reported. Thus, the selection bias and the small sample size, which renders our findings susceptible of statistical errors, limit the use of our results to extrapolate the outcome of using the treatment strategies employed in this study. However, even if our results may not represent the entire OCD patient population, it does not undermine the contribution of our findings to the field given that it is the first time that MI+TM were used before CBGT to compare the changes in obsessive-compulsive symptoms according to six different dimensions in the treatment of OCD. Future studies using different exclusion criteria, screening process and larger sample size may show different results. The use of MI and TM may be effective on treating a different sample although the treatment effect size may not be as large as the one obtained in this study. The strength of this study is its randomized clinical trial design. Future research is needed to expand the present findings, for instance, how the elements specific to the MI-TM intervention might have influenced the response to CBGT and which components of MI-TM are most prominent. The lack of discriminative measures of the MI and TM interventions make it difficult to determine which of these interventions are responsible for the results. Secondly, assessments did not include instruments to measure possible confounding factors such as motivation to change, fear, adherence to treatment or homework compliance. As a

result, the outcomes may not generalize to the OCD adult outpatients as a whole. It is important to note that, although the stages of change have not been systematically assessed, the way a patient responds to interventionist feedback in relation to problem behavior offers strong evidence about the patient's motivation and readiness to change that behavior<sup>31</sup>. Thirdly, we recognize the limitations that arise from the DY-BOCS not yet having a cut-off point for the global score and each dimension since it could lead to the inclusion of subclinical symptoms in some dimensions. However, in this study, we aimed to investigate if adding two individual sessions of MI+TM to CBGT, which is a completely novel approach that has not been employed in the treatment of OCD, would influence the outcome of the treatment by affecting the scores of several dimensions of OCD symptoms compared to CBGT alone. Finally, the absence of long-term follow-up data limits our findings. Future studies are needed to evaluate the stability of the therapeutic benefits over time. Despite these limitations, this is the first randomized study which uses MI+TM before CBGT to compare the changes in OC symptom dimensions and represents an important contribution to our knowledge regarding the treatment of OCD.

To conclude, this study used Motivational Interviewing and Thought Mapping approach which is not routinely employed in OCD treatment programs. The results indicate beneficial effects of adding MI+TM to CBGT for OCD adult outpatients.

### **Acknowledgements**

We would like to thank the Hospital de Clínicas of Federal University of Rio Grande do Sul (HCPA-UFRGS) which has made this study possible. We would like to thank Andreia Raffin, Cenita Borges and Lucas Lovato for their assistance with treatment. We also would like to thank Kátia Niederauer, Vinícius Dornelles and Ygor Londero for their assistance with assessment interviews. The authors thank Dr. Manuela Polydoro for her review of the preliminary forms of this manuscript. Finally, we would like to thank Brian Rush for his support on research design and scientific matters and Ceres Oliveira for her statistical advice. Dr. Elisabeth Meyer has a doctoral grant from Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), process number 142030/2006-6. Dr. Roseli G. Shavitt has a post-doctoral grant from Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), process number 06/61459-7. Conflicts of interest: none.



## References

1. Mataix-Cols D, Fullana MA, Alonso P, Menchón JM, Vallejo J. Convergent and Discriminant Validity of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Symptom Checklist. *Psychother Psychosom.* 2004;73(3):190–196.
2. Rosario-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S, Chacon P, Ferrao Y, Findley D, Katsovich L, Scahill L, King RA, Woody SR, Tolin D, Hollander E, Kano Y, Leckman JF. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Mol Psychiatry.* 2006;11(5):495-504.
3. Fullana MA, Tortella-Feliu M, Caseras X, Taberner J, Torrubia R, Mataix-Cols D. Symptom Dimensions in an Undergraduate Sample A Prospective 2-Year Follow-Up Study. *Behav Modif.* 2007; 31(6): 815-824.
4. Mataix-Cols D, Rauch SL, Baer L, Eisen JL, Shera DM, Goodman WK, Rasmussen SA, Jenike MA. Symptom stability in adult obsessive-compulsive disorder: Data from a naturalistic two-year follow-up study. *Am J Psychiatry.* 2002; 159(2): 263-268.
5. Stein DJ, Andersen EW, Overo KF. Response of symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder to treatment with citalopram or placebo. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007; 29(4): 303-7.
6. Sookman D, Abramowitz JS, Calamari JE, Franklin R, Wilhelm S, McKay D. Subtypes of Obsessive-Compulsive Disorder: Implications for Specialized Cognitive Behavior Therapy. *Behav Ther.* 2005; 36(4): 393-400.
7. Abramowitz J, McKay D, Taylor S. Special series subtypes of obsessive-compulsive disorder. *Behav Ther.* 2005; 36(4): 367-369.
8. Rosa-Alcázar AI, Sánchez-Meca J, Gómez-Conesa A, Marín-Martínez F. Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2008 ; 28(8):1310-25.
9. Hofmann SG and Smits JAJ. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Clin Psychiat.* 2008; 69(4): 621-632.
10. Miller WR. Re-discovering fire: small interventions, large effects. *Psychol Addict Behav.* 2000; 14(1): 6-18.

11. Miller W and Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people for change, 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2002.
12. Rollnick S, Miller WR, and Butler CC. Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior. New York: The Guilford Press. 2008
13. Leukefeld CG, Pechansky F, Martin SS, Surratt HL, Inciardi JA, Kessler FHP, Orsi, MM, Von Diemen L, Meyer Da Silva E. Tailoring an HIV-prevention intervention for cocaine injectors and crack users in Porto Alegre, Brazil. *AIDS Care*. 2005; 17(1): 77-87.
14. Inciardi JA, Surratt HL, Pechansky F, Kessler F, Von Dimen L, Meyer da Silva E, Martin SS. Changing patterns of cocaine use and HIV risks in the South of Brazil. *J Psychoactive Drugs*. 2006; 38(3): 305-310.
15. Prochaska JO. and DiClemente CC. Toward a comprehensive model of change. In W. Miller and N. Heather (Eds.). *Treating Addiction Behaviors*, New York: Plenum Press; 1986. p. 3-27.
16. Leukefeld C, Brown C, Clark J, Godlaski T, Hays R. Behavioral therapy for rural substance abusers. University of Kentucky Press, Lexington: KY; 2000.
17. Tavares M: Entrevista clínica estruturada para diagnóstico dos Transtornos do Eixo I do DSM-IV – Edição do paciente, versão 2.0 (SCID-I/P, Versão 2.0). Tradução brasileira, Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília; 1996.
18. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW: Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders - clinician version (SCID-CV), Washington (DC), American Psychiatric Press; 1997.
19. Cordioli AV, Heldt E, Bochi DB, Margis R, Sousa MB, Tonello JF, Manfro GG, and Kapczinski F: Cognitive-Behavioral Group Therapy in Obsessive-Compulsive Disorder: A Randomized Clinical Trial. *Psychother Psychosom*. 2003; 72(4): 211–216.
20. Braga D, Cordioli AV, and Manfro GG. Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: a 1 year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*. 2005; 112(3): 180-6.
21. Sousa MB, Isolan LR, Oliveira RR, Manfro GG, and Cordioli AV. A Randomized Clinical Trial on Cognitive-Behavioral Group Therapy and Sertraline in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *J Clin Psych*. 2006; 67(7): 1133-39.
22. Cordioli AV, Heldt E, Bochi DB, Margis R, Sousa MB, Juliano F, Tonello JF, Teruchkin B, and Kapczinski F. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a clinical trial. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002; 24(3):113-20.

23. Westra HA. and Dozois DJA. Preparing Clients for Cognitive Behavioral Therapy: A Randomized Pilot Study of Motivational Interviewing for Anxiety. *Cogn Ther Res.* 2006; 30(4): 481–498.
24. Asbahr FR, Lotufo Neto F, Turecki GX, Del Porto JÁ, Rodríguez LR, Baruzzi M, Lima MA, Gentil V. Escala Yale-Brown de Sintomas Obsessivo-Compulsivos, tradução brasileira, São Paulo; 1992.
25. Goodman WK, Price LH, Ramussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Heninger GR, and Charney DS. The Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale: Development, use and reliability. *Arch Gen Psychiatry.* 1989; 46(11): 1006–1011.
26. Guy W. Clinical global impression (CGI). In: ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Alcohol Drug Abuse and Mental Health Administration, NIMH psychopharmacology Research branch. Rockville: National Institute of Mental Health; 1976.
27. Ferrão YA, Shavitt RG, Bedin NR, de Mathis ME, Lopes AC, Fontenelle LF, Torres AR, Miguel EC. Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord.* 2006; 94(1-3): 199-209.
28. Miguel EC, Ferrão YA, Rosario M, de Mathis ME, Torres AR, Fontenelle LF, Hounie A, Shavitt RG, Cordioli AV; Gonzáles CH ; Petribú K; Diniz Jb; Malavazzi DM, Torresan RC; Raffin AL, Meyer E, Braga DT, Borcato S, Valério C, Gropo LN, Prado Hs, Perin EA, Santos SI, Copque H, Borges MC, Lopes AP, da 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(3): 185-196.
29. Leckman JF., Rauch SL., Mataix-Cols D. Symptom Dimensions in Obsessive-Compulsive Disorder: Implications for the DSM-V CNS *Spectr.* 2007; 12(5): 376-387.
30. Mataix-Cols D., Rosario-Campos MC., Leckman JF. A Multidimensional Model of Obsessive-Compulsive Disorder *Am J Psychiatry.* 2005; 162(11): 228-238.29.
31. Miller, WR. When is it motivational interviewing? *Addiction.* 2001; 96(12): 1770-1772.
32. Mataix-Cols D, Marks IM, Greist JH, Kobak KA, Baer L. Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions as Predictors of Compliance with and Response to Behaviour Therapy: Results from a Controlled Trial. *Psychother Psychosom.* 2002; 71(5): 255–262.

33. Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Schwartz, S. A., & Furr, J. M. Symptom presentation and outcome of cognitive-behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psych.* 2003; 71(6): 1049-1057.
34. Freeston MH., Ladouceur R., Gagnon F., Thibodeau N., Rheaume J., Letarte H., Bujold A. Cognitive-behavioral treatment of obsessive thoughts: A controlled study. *J Consult Clin Psych.* 1997; 65(3): 405-413.

## **8. DIVULGAÇÃO PARCIAL DOS RESULTADOS**

### **POSTER NR43**

Treating Obsessive-compulsive Disorders: an Examination of Cognitive Behavioral Group Therapy versus Cognitive Behavioral Group Therapy plus Motivational Interviewing and Thought Mapping

Elisabeth M. Silva, Carl Leukefeld, Daniela Benzano, Fernanda Souza, Katia Niederauer, Paulo Knapp, Aristides Cordioli.

American Psychiatric Association – 158 th Annual Meeting – San Diego, 2007

### **POSTER WCP134**

Treating Obsessive- Compulsive Disorder: an examination of Cognitive Behavioral Group Therapy (CBGT) vs. CBGT plus Motivational Interviewing and Thought Mapping

Elisabeth M. Silva, Carl Leukefeld, Daniela Benzano, Fernanda Souza, Paulo Knapp, Aristides Cordioli.

XIV World Congress of Psychiatry, Prague 2008

## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Transtorno Obsessivo-compulsivo foi considerado, no passado, raro e intratável. Atualmente sabe-se que o TOC é uma doença heterogênea, com diferenças em nível da etiologia e da vulnerabilidade biológica individual, que influem na intensidade dos sintomas, e conseqüentemente nos resultados do tratamento, mas é tratável.

A TCC em grupo é reconhecida como um tratamento eficaz para reduzir a intensidade dos sintomas obsessivo-compulsivos. No entanto, cabe lembrar que ao final do tratamento uma parcela dos pacientes ainda apresenta uma remissão incompleta em níveis clínicos (escores na Y-BOCS  $\geq 16$ ) o que os predispõe a recaída.

Dessa forma, consideramos ser relevante examinar, com rigor científico, se a adição de estratégias motivacionais pode favorecer o aumento da resposta à TCCG. Sabemos que a Entrevista Motivacional e o Mapeamento Cognitivo são estratégias potencialmente efetivas para aumentar a prontidão para a mudança de um comportamento-alvo do paciente.

Em suma, esta tese aborda aspectos relacionados aos resultados de um ensaio clínico randomizado quanto à resposta à adição da Entrevista Motivacional e Mapeamento Cognitivo à TCCG, oferecida regularmente no Ambulatório do Serviço de Psiquiatria – Programa Transtornos de Ansiedade (PROTAN) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), no que se refere à melhora dos sintomas obsessivo-compulsivos, bem como possíveis reajustamentos nos mecanismos de defesa. Verificou-se ainda o quanto as duas modalidades de intervenção reduziriam o percentual de pacientes nas diferentes dimensões dos sintomas quando comparado ao tratamento usual.

Os resultados da presente tese apóiam a ideia que a aplicação de algum tipo de pré-tratamento antes da TCCG, como a Entrevista Motivacional e o Mapeamento Cognitivo, pode aumentar as taxas de resposta ao tratamento. Estes achados estimulam futuras pesquisas que

usem delineamentos mais poderosos que permitam elucidar os fatores que podem influenciar na prontidão e na capacidade para comprometer-se com o tratamento.

# ANEXO A

## Escala Obsessivo-Compulsivo de Yale-Brown (Y-BOCS)

As questões 1 a 5 são sobre **PENSAMENTOS OBSESSIVOS**.

**Obsessões** são ideias, 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. <b>TEMPO OCUPADO</b> POR PENSAMENTOS OBSESSIVOS  P.: <i>Quanto de seu tempo é ocupado por pensamentos obsessivos?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 0 = Nenhum</li> <li><input type="checkbox"/> 1 = Menos de 1 hora/dia ou ocorrência ocasional</li> <li><input type="checkbox"/> 2 = 1 a 3 horas/dia ou frequente</li> <li><input type="checkbox"/> 3 = Mais de 3 horas até 8 horas/dia ou ocorrência muito frequente</li> <li><input type="checkbox"/> 4 = Mais de 8 horas/dia ou ocorrência quase constante</li> </ul>	<p>4. <b>RESISTÊNCIA</b> CONTRA OBSESSÕES  P.: <i>Até que ponto você se esforça para resistir aos seus pensamentos obsessivos? Com que frequência você tenta não ligar ou distrair a atenção desses pensamentos quando eles entram na sua mente?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 0 = Faz sempre esforço para resistir, ou sintomas mínimos que não necessitam de resistência ativa.</li> <li><input type="checkbox"/> 1 = Tenta resistir a maior parte das vezes</li> <li><input type="checkbox"/> 2 = Faz algum esforço para resistir</li> <li><input type="checkbox"/> 3 = Entrega-se a todas as obsessões sem tentar controlá-las, ainda que faça isso com alguma relutância</li> <li><input type="checkbox"/> 4 = Cede completamente a todas as obsessões de modo voluntário</li> </ul>
<p>2. <b>INTERFERÊNCIA</b> 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> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 0 = Nenhuma</li> <li><input type="checkbox"/> 1 = Alguma: leve interferência com atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho geral não é prejudicado</li> <li><input type="checkbox"/> 2 = Moderada: clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar</li> <li><input type="checkbox"/> 3 = Grave: provoca prejuízo considerável no desempenho social ou ocupacional</li> <li><input type="checkbox"/> 4 = Muito grave: incapacitante</li> </ul>	<p>5. GRAU DE <b>CONTROLE</b> 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> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 0 = Controle total</li> <li><input type="checkbox"/> 1 = Bom controle: geralmente capaz de interromper ou afastar as obsessões com algum esforço e concentração</li> <li><input type="checkbox"/> 2 = Controle moderado: algumas vezes capaz de interromper ou afastar as obsessões</li> <li><input type="checkbox"/> 3 = Controle leve: raramente bem sucedido quando tenta interromper ou afastar as obsessões, consegue somente desviar a atenção com dificuldade.</li> <li><input type="checkbox"/> 4 = Nenhum controle: as obsessões experimentadas como completamente involuntárias, raramente capaz, mesmo que seja momentaneamente, de desviar seus pensamentos obsessivos.</li> </ul>
<p>3. <b>SOFRIMENTO</b> 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> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 0 = Nenhuma</li> <li><input type="checkbox"/> 1 = Não atrapalha muito</li> <li><input type="checkbox"/> 2 = Incomoda, mas ainda é controlável</li> <li><input type="checkbox"/> 3 = Muito incômoda</li> <li><input type="checkbox"/> 4 = Angústia constante e incapacitante</li> </ul>	<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. <b>TEMPO GASTO</b> COM COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS  P.: 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?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Leve: menos de 1 hora/dia ou ocorrência ocasional de comportamentos compulsivos</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Moderado: passa 1 a 3 horas/dia realizando as compulsões (ou execução frequente de comportamentos compulsivos)</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Grave: mais de 3 horas/dia até 8 horas/dia ou execução muito frequente de comportamentos compulsivos</p> <p><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. <b>RESISTÊNCIA</b> às COMPULSÕES  P.: Até que ponto você se esforça para resistir às suas compulsões?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Faz sempre esforço para resistir ou sintomas tão mínimos que não necessitam de resistência ativa</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Tenta resistir na maior parte das vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Faz algum esforço para resistir</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Cede a todas as compulsões sem tentar controlá-las, ainda que faça isso com alguma relutância</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Cede completamente a todas as compulsões de modo voluntário</p>
<p>7. <b>INTERFERÊNCIA</b> provocada pelos COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS  Até que ponto suas compulsões <i>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)</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 global não está deteriorado</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>10. GRAU DE <b>CONTROLE</b> SOBRE O COMPORTAMENTO COMPULSIVO  P.: Com que força você se sente obrigado a executar os comportamentos compulsivos? Até que ponto consegue controlar as suas compulsões?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Controle total</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Bom controle: sente-se pressionado a realizar as compulsões mas tem algum controle voluntário</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Controle moderado: sente-se fortemente pressionado a realizar as compulsões e somente consegue controlá-las com dificuldade</p> <p><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</p> <p><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. <b>SOFRIMENTO</b> relacionado aos COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS  P.: Como você sentiria se fosse impedido de realizar sua(s) compulsão(ões)? Quão ansioso você ficaria?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Leve: ligeiramente ansioso se as compulsões forem interrompidas, ou ligeiramente ansioso durante a sua execução</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><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>Uso do entrevistador</p> <p>_____  <b>ESCORE COMPULSÕES</b></p>

ESCORE TOTAL: \_\_\_\_\_  
(OBSESSÕES +COMPULSÕES)

## ANEXO B

### Escala Dimensional de Avaliação da Gravidade de Sintomas Obsessivo-Compulsivo (DYBOCS)

#### Parte I: Lista de Sintomas Obsessivo-Compulsivos

**NOTA:** Este questionário refere-se aos sintomas obsessivo-compulsivos.

***Pedimos para que você complete todo o questionário.***

**Quando estiver completando o questionário, considere as seguintes definições:**

**Obsessões** são pensamentos, medos ou imagens intrusivos e repetitivos. Exemplos incluem o pensamento recorrente de dúvida sobre se a luz foi acesa ou a porta foi trancada. Outros exemplos incluem preocupações sobre germes e doenças. Estes pensamentos ou imagens persistem mesmo que a pessoa tente ignorá-los ou suprimi-los.

**Compulsões** são atos repetitivos, comportamentos ou rituais mentais que a pessoa sente que “tem que” realizar. Por exemplo, verificar repetitivamente se a porta está fechada ou se aparelhos elétricos estão desligados. Outros exemplos incluem lavagem repetitiva de mãos ou a necessidade de colocar as coisas em uma determinada ordem.

Nota: Frequentemente o conteúdo de pensamentos obsessivos e imagens envolvem “agressão” a si mesmo ou outros, especialmente familiares. Neste questionário gostaríamos que você considerasse cuidadosamente a natureza específica da agressão. Por exemplo, na primeira sessão você será perguntado sobre agressão especificamente relacionada a acidentes, violência, outras formas de comportamento agressivo e desastres naturais ou catástrofes. Na segunda dimensão, você será perguntado sobre preocupações obsessivas relacionadas a agressão secundária a pensamentos ou ações sobre sexo ou religião. Mais adiante, pediremos para concentrar-se em preocupações obsessivas relacionadas a contaminação com sujeira ou germes. Por favor, seja cuidadoso (a) para assinalar apenas os itens que melhor representam suas obsessões lendo os exemplos que são fornecidos em cada questão.

Marque uma vez ✓ em uma ou mais células em cada linha apropriada (“passado” significa que o sintoma esteve presente no passado, mas não durante a última semana). Se um sintoma tiver estado presente (atual ou passado), indique a idade de início. Para crianças, os pais devem completar este instrumento com a ajuda de seu filho.

#### Dimensão I - Obsessões de Contaminação e Compulsões de Limpeza

##### A. Lista de Sintomas

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	
				Preocupações com Contaminação e Compulsões de Limpeza
				1. Tenho obsessões com sujeira ou micróbios. Por exemplo, medo de pegar germes sentando em determinadas cadeiras, cumprimentando alguém, tocando em maçanetas.
				2. Tenho preocupação excessiva com, ou nojo de excrementos ou secreções do corpo (ex.: urina, fezes, saliva, vômito). Por exemplo, medo de entrar em contato com vômito, urina, fezes, sêmen, secreção vagina, suor (de si próprio ou de outra pessoa).
Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Preocupações com Contaminação e Compulsões de Limpeza

				3. Tenho preocupação excessiva com contaminações provenientes do ambiente (ex.: resíduos tóxicos, radiações). Por exemplo, medo de ser contaminado por asbestos ou radônio; medo de substâncias radioativas (por exemplo, o cézio 137); medo de coisas associadas com cidades contendo lixo atômico. Medo de ser contaminado por poluição.
				4. Tenho obsessões com insetos ou animais. Por exemplo, medo de ser contaminado por moscas ou ao entrar em contato com cachorros, gatos ou outros animais.
				5. Fico incomodado com substâncias viscosas ou resíduos. Por exemplo, nojo de fitas adesivas, cola ou substâncias pegajosa que possam conter ou não contaminantes.
				6. Fico preocupado em pegar doenças por contaminação. Por exemplo, medo de ficar doente como um resultado direto de ser contaminado. Isto pode incluir medo de contrair doenças específicas como AIDS ou câncer, especificamente por causa de contaminação.
				7. Tenho lavagem excessiva ou ritualizada das mãos. Por exemplo, necessidade de lavar repetidamente as mãos por causa de preocupações com sujeira ou germes ou porque você não sente que suas mãos estão limpas o suficiente. Frequentemente, se esta seqüência de lavagem de mãos é interrompida, todo o processo tem que ser reiniciado. O ritual pode envolver a necessidade de lavar as mãos um certo número de vezes ou ter que lavá-las de uma maneira específica.
				8. Tomo duchas, banhos, escovação dos dentes ou rotinas diárias de higiene pessoal compulsivas ou excessivas. Por exemplo, as atividades de higiene no banheiro podem precisar ser realizadas de acordo com uma ordem específica. Você pode precisar de uma quantidade excessiva de papel higiênico. Frequentemente, caso a rotina de lavagem ou limpeza seja interrompida, é preciso começar tudo de novo.
				9. Tenho preocupação excessiva ou nojo de itens na casa ou objetos inanimados. Por exemplo, preocupação ou medo de ser contaminado (a) por torneiras, vasos sanitários, pisos, utensílios de cozinha, produtos de limpeza e solventes. Além disso, sentir nojo da ideia de entrar em contato com qualquer um destes itens.
				10. Tenho compulsões que envolvem limpeza excessiva de móveis da casa ou de objetos inanimados. Por exemplo, limpeza excessiva de brinquedos, roupas, material escolar, torneiras, cozinha, banheiros, chão e utensílios domésticos.
				11. Tenho rituais mentais além de verificação. Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz “na sua cabeça”. Por favor, marque este item somente se estes rituais estiverem especificamente relacionados com preocupações com contaminação.
<b>Nunca</b>	<b>Passado</b>	<b>Atual</b> (Última Semana)	<b>Idade</b> <b>de</b> <b>Início</b>	Preocupações com Contaminação e Compulsões de Limpeza

				12. Tomo medidas para prevenir ou evitar/remover o contato com substâncias que podem causar contaminação. Evito fazer certas coisas ou ir a certos lugares por causa das preocupações com contaminação. Por exemplo, pedir para membros da família que removam inseticidas, lixo, latas de gasolina, carne crua, tintas, verniz, medicamentos do armário de remédios, ou limpem a sujeira dos animais domésticos se você não pode evitar estas coisas. Pedir para os familiares abrirem portas, ou usar luvas ou lenços de papel ou toalhas de mão para evitar o contato direto com certas coisas. Não utilizar banheiros públicos, não usar toalhas de hotéis ou não apertar as mãos de outras pessoas (cumprimento).
--	--	--	--	--

### B. Avaliação de gravidade das Obsessões de Contaminação e Compulsões de Limpeza

**Primeiro verifique se você marcou qualquer um dos itens do número 1 ao número 12 na lista de sintomas.**

Você marcou algum destes itens (1 a 12)?    Sim    Não    (Circule um)

Se você circulou "Não", passe para a próxima sessão (Dimensão II), em "Obsessões e Compulsões de Coleccionismo".

Se você circulou "Sim", qual destes sintomas mais lhe incomodou durante a última semana? \_\_\_\_\_ (Escreva o número do item)

Agora tente pensar **somente** nestas obsessões e compulsões relacionadas sobre contaminação e compulsões de limpeza (itens 1 a 12) enquanto responde as próximas questões.

**1. Quanto de seu tempo é ocupado por estas obsessões e compulsões?** Ou quão frequentemente estes pensamentos e compulsões ocorrem? Certifique-se de que incluiu o tempo gasto com comportamentos de evitação.

- | Pior fase             | Atual                 |   |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 0 = <b>Nenhum</b>   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1 = <b>Raramente</b> , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2 = <b>Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia</b> - intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3 = <b>Freqüentemente, 1 a 3 horas/dia</b> – frequente intrusão, necessidade de realizar compulsões, ou comportamentos de evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia, mas muitas horas do dia são livres destas obsessões, compulsões ou comportamentos de evitação). |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4 = <b>Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia</b> – Intrusão muito frequente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia)   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5 = <b>Sempre, mais do que 8 horas/dia</b> – Intrusão quase constante de obsessões, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (muitos sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem varias obsessões, compulsões e/ou evitação)                  |

**2. Quanto incômodo (ansiedade, culpa, um grande sentimento de medo ou um sentimento de exaustão) estas obsessões e compulsões relacionadas causam?** Pode ser útil perguntar: quanto incômodo você sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Quanto incômodo você sente por ter que repetir suas compulsões várias vezes? Como você se sentiria se encontrasse algo (pessoa, lugar ou coisa) que estivesse evitando? Considere somente incômodo ou desconforto que pareça relacionado aos sintomas (obsessões, necessidade de realizar compulsões ou ao incômodo associado a evitação) dessa dimensão (obsessões de contaminação e compulsões de limpeza).

Pior fase    Atual

- 0 = Nenhum incômodo**  
            **1 = Mínimo** – quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente  
            **2 = Médio** – algum incômodo presente, mas não muito  
            **3 = Moderado** – incomoda, mas ainda é tolerável  
            **4 = Grave** – incomoda muito  
            **5 = Extremo** – incômodo quase constante e muito intenso.

**3. Quanto estas obsessões e compulsões relacionadas interferem em sua vida familiar, relações com amigos ou habilidade de realizar bem suas atividades no trabalho ou na escola?**

Há alguma coisa que você não possa fazer por causa dessas obsessões ou compulsões relacionadas? Quanto esses sintomas incomodam outras pessoas e afetam suas relações com elas? Se você evita coisas por causa destes pensamentos, por favor inclua a interferência resultante desta evitação. Se você não está atualmente estudando ou trabalhando, quanto sua performance seria afetada se você estivesse trabalhando ou estudando?

Pior fase    Atual

- 0 = Nenhuma interferência**  
            **1 = Mínima**, leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance  
            **2 = Média**, alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau  
            **3 = Moderada**, interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais, mas ainda tolerável  
            **4 = Interferência Grave**, causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais  
            **5 = Interferência Extrema**, incapacitante.

## Dimensão II - Obsessões e Compulsões de Coleccionismo

### A. Lista de Sintomas

Nunca	<i>Passado</i>	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Coleccionismo
				13. Tenho obsessões sobre a necessidade de colecionar e guardar coisas para o futuro. Por exemplo, medo de jogar coisas fora (papéis, documentos, recibos, etc.) pela possibilidade de precisar delas no futuro.
				14. Tenho obsessões sobre jogar coisas fora. Por exemplo, manter muitas coisas guardadas por seus valores sentimentais, ou por causa de uma necessidade incontrollável de colecionar as coisas.

Nunca	<i>Passado</i>	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Colecionismo
				15. Tenho obsessões sobre perder coisas. Por exemplo, preocupações sobre perder um objeto insignificante ou sem importância como um pedaço de papel.
				16. Tenho dificuldade em decidir quando guardar ou não algo. Por exemplo, pego objetos sem nenhuma razão em especial e guardo-os porque não consigo decidir se devo ou não jogá-los fora.
				17. Tenho compulsões de guardar ou colecionar objetos. Por exemplo, ter quartos cheios de jornais velhos, anotações, latas, toalhas de papel, embalagens e garrafas vazias. Não conseguir jogar estas coisas fora por medo de que possa precisar delas algum dia. Você também pode pegar objetos da rua ou de lixeiras.
				18. Tenho rituais mentais referentes a guardar ou colecionar objetos. Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz “em sua cabeça” como pensar um bom pensamento após um “mau” pensamento ou necessidade de manter listas que tem de ser lembradas em uma determinada ordem. Por favor, marque este item somente se estes rituais estiverem especificamente relacionados com obsessões de colecionismo.
				19. Evito certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir compulsões de colecionismo. Por exemplo, não passar por certas lojas ou supermercados, ou não ler o jornal. Pedir a outra pessoa para limpar seu armário e/ou jogar suas coisas fora.

## B. Avaliação de gravidade de Sintomas de Colecionismo

**Primeiro verifique se você marcou qualquer um dos itens do número 13 ao número 19 na lista de sintomas.**

Você marcou algum destes itens (13 a 19)? Sim Não (Circule um)

Se você circulou "Não", passe para a próxima sessão (Dimensão III), em “Obsessões e Compulsões de Simetria, Ordem, Contagem e Arranjo”.

Se você circulou “Sim”, qual destes sintomas mais lhe incomodou durante a última semana? \_\_\_\_\_ (Escreva o número do item)

Agora tente pensar **somente** nestas obsessões e compulsões relacionadas a colecionismo (itens 13 a 19) enquanto responde as próximas questões.

**1. Quanto de seu tempo é ocupado por estas obsessões e compulsões?** Ou quão frequentemente estes pensamentos e compulsões ocorrem? Certifique-se de que incluiu o tempo gasto com comportamentos de evitação.

Pior fase	Atual	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>0 = Nenhum</b>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>1 = Raramente</b> , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>2 = Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia</b> - intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>3 = Frequentemente, 1 a 3 horas/dia</b> – frequente intrusão, necessidade de realizar compulsões, ou comportamentos de evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia, mas muitas horas do dia são livres destas obsessões, compulsões ou comportamentos de evitação).
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>4 = Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia</b> – Intrusão muito frequente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>5 = Sempre, mais do que 8 horas/dia</b> – Intrusão quase constante de obsessões, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (muitos sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem varias obsessões, compulsões e/ou evitação)

**2. Quanto incômodo (ansiedade, culpa, um grande sentimento de medo ou um sentimento de exaustão) estas obsessões e compulsões relacionadas causam?** Pode ser útil perguntar: quanto incômodo você sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Quanto incômodo você sente por ter que repetir suas compulsões várias vezes? Como você se sentiria se encontrasse algo (pessoa, lugar ou coisa) que estivesse evitando? Considere somente incômodo ou desconforto que pareça relacionado aos sintomas (obsessões, necessidade de realizar compulsões ou ao incômodo associado a evitação) dessa dimensão (obsessões e compulsões de colecionismo).

Pior fase	Atual	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>0 = Nenhum incômodo</b>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>1 = Mínimo</b> – quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>2 = Médio</b> – algum incômodo presente, mas não muito
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>3 = Moderado</b> – incomoda, mas ainda é tolerável
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>4 = Grave</b> – incomoda muito
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>5 = Extremo</b> – incômodo quase constante e muito intenso.

**3. Quanto estas obsessões e compulsões relacionadas interferem em sua vida familiar, relações com amigos ou habilidade de realizar bem suas atividades no trabalho ou na escola?** Há alguma coisa que você não possa fazer por causa dessas obsessões ou compulsões relacionadas? Quanto esses sintomas incomodam outras pessoas e afetam suas relações com elas? Se você evita coisas por causa destes pensamentos, inclua a interferência resultante desta evitação. Se você não está atualmente estudando ou trabalhando, quanto sua performance seria afetada se você estivesse trabalhando ou estudando?

Pior fase	Atual	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>0 = Nenhuma interferência</b>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>1 = Mínima</b> , leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>2 = Média</b> , alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>3 = Moderada</b> , interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>4 = Interferência Grave</b> , causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais

0 0 5 = Interferência Extrema, incapacitante.

### Dimensão III - Obsessões e Compulsões de Simetria, Ordem, Contagem e Arranjo

A. Lista de Sintomas

Nunca	Passado	Atual (Última semana)	Idade de Início	
				Ordem, Simetria, Contagem, Fazer e Refazer e Necessidade de que as coisas “estejam legais”
				20. Tenho obsessões sobre a necessidade das coisas estarem perfeitas ou exatas. Por exemplo, preocupação ou sentimentos desconfortáveis sobre o alinhamento correto de papéis e livros, preocupação com a realização de cálculos, com a necessidade de fazê-los corretamente ou necessidade de escrever de forma perfeita.
				21. Tenho obsessões sobre simetria. Por exemplo, estar extremamente preocupado se certas sensações, pensamentos ou coisas não estão simétricas.
				22. Verifico se não cometi erros. Por exemplo, verificação repetida enquanto lê, escreve ou faz simples cálculos para certificar-se que não cometeu um erro. Isto pode envolver fazer listas de coisas para fazer, assim como checá-las obsessivamente.
				23. Releio ou reescrevo. Por exemplo, levar horas para ler poucas páginas de um livro ou para escrever uma pequena carta porque você fica lendo e relendo. Isto pode também envolver a procura por uma palavra ou frase “perfeita”, ou preocupar-se por não ter realmente entendido o significado do que você leu, ou ficar preocupado com o formato de algumas letras.
				24. Tenho necessidade de repetir atividades rotineiras. Por exemplo, entrar/sair de casa várias vezes; sentar/ levantar várias vezes de uma cadeira. Repetir atividades rotineiras como ligar e desligar aparelhos, colocar e tirar um objeto da mesa, pentear o cabelo ou olhar para determinado local. Você pode não se sentir bem até fazer essas coisas um determinado número de vezes ou até que uma certa sensação de simetria seja alcançada. Tente distinguir esse item da repetição realizada como atividades secundárias a um pensamento de conteúdo agressivo, sexual ou religioso, ou de contaminação ou de colecionismo.
				25. Tenho compulsões de contagem. Por exemplo, contar coisas como azulejos no teto ou no chão, brinquedos, janelas, telhas, pregos na parede, livros em uma estante ou até mesmo grãos de areia na praia.



				26. Tenho rituais de ordenação e arranjo. Por exemplo, endireitar papéis ou canetas sobre a mesa ou livros na estante. Você pode gastar horas arrumando as coisas na sua casa numa determinada “ordem” ficando muito chateado se esta “ordem” é alterada.
<b>Nunca</b>	<b>Passado</b>	<b>Atual</b> (Última semana)	<b>Idade de Início</b>	Ordem, Simetria, Contagem, Fazer e Refazer e Necessidade de que as coisas “estejam legais”
				27. Tenho compulsões que envolvem tocar simetricamente ou realizar ações ou movimentos simétricos. Por exemplo, após tocar ou fazer algo no lado direito, precisar tocar ou fazer a mesma coisa no lado esquerdo.
				28. Tenho necessidade de tocar, esfregar ou dar pancadinhas. Por exemplo, sentir o impulso de tocar superfícies ásperas como madeira ou superfícies quentes, como o fogão. Sentir o impulso de tocar outras pessoas, ou de tocar um objeto. Necessidade de esfregar ou pegar algo como o telefone para evitar que alguém da família adoça.
				29. Tenho medo de não dizer exatamente o correto. Por exemplo, medo de ter dito coisas erradas, preocupação de não encontrar a palavra ou frase perfeita antes de dizer algo ou responder a alguém.
				30. Tenho rituais mentais além de verificação ou balanceamento. Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz “em sua cabeça”. Por favor, marque este item somente se estes rituais mentais estiverem especificamente relacionados a obsessões de simetria, exatidão ou percepções de “estar legal”.
				31. Evito certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir a ocorrência de obsessões e compulsões sobre simetria ou exatidão. Por exemplo, não olhar para certas coisas na casa porque elas certamente irão desencadear obsessões ou compulsões de ordenação/arranjo ou exatidão.

**B. Avaliação de gravidade das Obsessões e Compulsões de Simetria, Ordem, Contagem e Arranjo**

**Primeiro verifique se você marcou qualquer um dos itens do número 20 ao número 31 na lista de sintomas.**

Você marcou algum destes itens (20 a 31)?    Sim    Não    (Circule um)

Se você circulou "Não", passe para a próxima sessão (Dimensão IV), em

“Obsessões sobre Agressão, Violência, Desastres Naturais e Compulsões Relacionadas .

Se você circulou “Sim”, qual destes sintomas mais lhe incomodou durante a última semana? \_\_\_\_\_ (Escreva o número do item)

Agora tente pensar **somente** nestas obsessões e compulsões relacionadas à simetria, ordem, contagem e arranjo (itens 20 a 31) enquanto responde as próximas questões.

**1. Quanto de seu tempo é ocupado por estas obsessões e compulsões?** Ou quão frequentemente estes pensamentos e compulsões ocorrem? Certifique-se de que incluiu o tempo gasto com comportamentos de evitação.

Pior fase    Atual

- |                       |                       |   |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>0 = Nenhum</b>   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>1 = Raramente</b> , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>2 = Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia</b> - intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>3 = Frequentemente, 1 a 3 horas/dia</b> – frequente intrusão, necessidade de realizar compulsões, ou comportamentos de evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia, mas muitas horas do dia são livres destas obsessões, compulsões ou comportamentos de evitação). |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>4 = Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia</b> – Intrusão muito frequente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia)   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>5 = Sempre, mais do que 8 horas/dia</b> – Intrusão quase constante de obsessões, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (muitos sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem varias obsessões, compulsões e/ou evitação)                  |

**2. Quanto incômodo (ansiedade, culpa, um grande sentimento de medo ou um sentimento de exaustão) estas obsessões e compulsões relacionadas causam?** Pode ser útil perguntar: quanto incômodo você sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Quanto incômodo você sente por ter que repetir suas compulsões várias vezes? Como você se sentiria se encontrasse algo (pessoa, lugar ou coisa) que estivesse evitando? Considere somente incômodo ou desconforto que pareça relacionado aos sintomas (obsessões, necessidade de realizar compulsões ou ao incômodo associado a evitação) dessa dimensão (simetria, ordem, contagem e arranjo).

Pior fase    Atual

- |                       |                       |   |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>0 = Nenhum incômodo</b>  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>1 = Mínimo</b> – quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>2 = Médio</b> – algum incômodo presente, mas não muito                         |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>3 = Moderado</b> – incomoda, mas ainda é tolerável                             |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>4 = Grave</b> – incomoda muito   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>5 = Extremo</b> – incômodo quase constante e muito intenso                     |

**3. Quanto estas obsessões e compulsões relacionadas interferem em sua vida familiar, relações com amigos ou habilidade de realizar bem suas atividades no trabalho ou na escola?** Há alguma coisa que você não possa fazer por causa dessas obsessões ou compulsões relacionadas? Quanto esses sintomas incomodam outras pessoas e afetam suas relações com elas? Se você evita coisas por causa destes pensamentos, inclua a interferência resultante desta evitação. Se você não está atualmente estudando ou trabalhando, quanto sua performance seria afetada se você estivesse trabalhando ou estudando?

Pior fase    Atual

- |                       |                       |  |
|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>0 = Nenhuma interferência</b>   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>1 = Mínima</b> , leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance |

- o o **2 = Média**, alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau
- o o **3 = Moderada**, interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável
- o o **4 = Interferência Grave**, causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais
- o o **5 = Interferência Extrema**, incapacitante.

**Dimensão IV - Obsessões Sobre Agressão, Violência, Desastres Naturais e Compulsões Relacionadas**

**A. Lista de Sintomas**

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade De Início	Obsessões Sobre Agressão, Violência, Desastres Naturais e Compulsões Relacionadas
				32. Tenho obsessões de que eu posso me ferir. Por exemplo, medo de ferir a si mesmo com uma faca ou garfo, medo de segurar ou estar perto de objetos pontiagudos, medo de se jogar na frente de um carro ou medo de andar perto de janelas de vidro.
				33. Tenho obsessões de que eu vou ser ferido. Por exemplo, medo de ser ferido por não estar sendo suficientemente cuidadoso. Medo de que pessoas ou determinados objetos venham a me ferir.
				34. Verifico se não me feri ou se não fui ferido. Por exemplo, procurando por feridas ou sangramentos depois de segurar objetos pontiagudos ou quebráveis, ou checando com médicos ou outros para me reassegurar de que não feri a mim mesmo.
				35. Tenho obsessões de que posso ferir outras pessoas. Por exemplo, medo de envenenar a comida de outras pessoas, medo de ferir bebês, medo de empurrar alguém para frente de um carro ou de um trem.
				36. Tenho obsessões de que vou ferir outras pessoas sem querer. Preocupações de estar envolvido em um acidente de carro, medo de ser responsável por não dar assistência em uma catástrofe imaginada, medo de ferir os sentimentos de alguém, medo de causar ferimentos por dar conselhos/informações errados.
				37. Tenho obsessões de que posso ser responsável por algo terrível que aconteça. Por exemplo, medo de começar um incêndio ou ser responsável por um assassinato ou assalto.
				38. Verifico se não feri outros ou se outros não foram feridos. Por exemplo, verificar se não feriu alguém sem saber. Você pode perguntar aos outros para reassegurar-se, ou telefonar para certificar-se de que tudo está bem.
				39. Tenho imagens violentas ou horrendas na cabeça. Por exemplo, imagens de assassinatos ou acidentes ou outras imagens violentas como corpos desmembrados.
				40. Tenho obsessões de que posso dizer obscenidades ou insultos. Por exemplo, medo de falar coisas obscenas em um lugar quieto com muitas pessoas em volta – como uma igreja ou sala de aula. Medo de escrever coisas obscenas.

				41. Tenho obsessões que envolvem fazer algo que cause embaraço. Por exemplo, medo de tirar as roupas em público ou parecer tolo em situações sociais.
				42. Tenho obsessões sobre executar impulsos involuntariamente. Por exemplo, apunhalar um amigo, atropelar alguém, bater o carro em uma árvore etc.
<b>Nunca</b>	<b>Passado</b>	<b>Atual</b> (Última Semana)	<b>Idade De Início</b>	Obsessões Sobre Agressão, Violência, Desastres Naturais e Compulsões Relacionadas
				43. Verifico se algo terrível acontecerá ou aconteceu. Por exemplo, procurar nos jornais e noticiários no rádio ou televisão se aconteceu alguma catástrofe que você acredita que possa ter ocasionado. Pedir para outros lhe reassegurarem.
				44. Verifico ou tomo outras medidas (diferentes de verificações) de modo a prevenir ferir-me, ferir outros, ou evitar outras conseqüências terríveis. Por exemplo, ficar longe de objetos pontiagudos ou quebráveis. Evitar manusear facas, tesouras, vidro.
				45. Preciso repetir atividades rotineiras para prevenir conseqüências terríveis. Por exemplo, necessidade de realizar a mesma ação repetidas vezes depois de ter tido um “mau” pensamento sobre agressão/ferimentos, com o objetivo de prevenir terríveis conseqüências. Por favor, marque este item somente se a repetição for realizada em resposta aos pensamentos relacionados à violência, comportamentos agressivos ou desastres naturais.
				46. Tenho rituais mentais além de verificação. Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz “em sua cabeça”, como pensar em um “bom” pensamento para anular um “mau” pensamento ou necessidade de manter listas mentais que você tem que relembra em uma certa ordem. Por favor, marque este item somente se estes rituais mentais forem especificamente relacionados ou feitos para aliviar obsessões sobre violência, comportamentos agressivos ou desastres naturais.

**B. Avaliação de gravidade das Obsessões Sobre Agressão, Violência, Desastres Naturais e Compulsões Relacionadas**

**Primeiro verifique se você marcou qualquer um dos itens do número 32 ao número 46 na lista de sintomas.**

Você marcou algum destes itens (32 a 46)?    Sim                      Não    (Circule um)

Se você circulo "Não", passe para a próxima sessão (Dimensão V) em “Obsessões Sexuais e Religiosas”.

Se “Sim”, quais destes sintomas incomodaram-lhe durante a última semana?

(Escreva o número do item)

Agora tente pensar **somente** nestas obsessões e compulsões relacionadas sobre agressão, violência e desastres naturais (itens 32 a 46) enquanto responde as próximas questões.

**1. Quanto de seu tempo é ocupado por estas obsessões e compulsões?** Ou quão frequentemente estes pensamentos e compulsões ocorrem? Certifique-se de que incluiu o tempo gasto com comportamentos de evitação.

Pior fase    Atual

- |                       |                       |   |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>0 = Nenhum</b>   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>1 = Raramente</b> , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>2 = Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia</b> - intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>3 = Frequentemente, 1 a 3 horas/dia</b> – frequente intrusão, necessidade de realizar compulsões, ou comportamentos de evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia, mas muitas horas do dia são livres destas obsessões, compulsões ou comportamentos de evitação). |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>4 = Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia</b> – Intrusão muito frequente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia)   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>5 = Sempre, mais do que 8 horas/dia</b> – Intrusão quase constante de obsessões, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (muitos sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem varias obsessões, compulsões e/ou evitação)                  |

**2. Quanto incômodo (ansiedade, culpa, um grande sentimento de medo ou um sentimento de exaustão) estas obsessões e compulsões relacionadas causam?** Pode ser útil perguntar: quanto incômodo você sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Quanto incômodo você sente por ter que repetir suas compulsões várias vezes? Como você se sentiria se encontrasse algo (pessoa, lugar ou coisa) que estivesse evitando? Considere somente incômodo ou desconforto que pareça relacionado aos sintomas (obsessões, necessidade de realizar compulsões ou ao incômodo associado a evitação) dessa dimensão (agressão, violência e desastres naturais).

Pior fase    Atual

- |                       |                       |   |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>0 = Nenhum incômodo</b>  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>1 = Mínimo</b> – quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>2 = Médio</b> – algum incômodo presente, mas não muito                         |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>3 = Moderado</b> – incomoda, mas ainda é tolerável                             |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>4 = Grave</b> – incomoda muito   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>5 = Extremo</b> – incômodo quase constante e muito intenso.                    |

**3. Quanto estas obsessões e compulsões relacionadas interferem em sua vida familiar, relações com amigos ou habilidade de realizar bem suas atividades no trabalho ou na escola?**

Há alguma coisa que você não possa fazer por causa dessas obsessões ou compulsões relacionadas? Quanto esses sintomas incomodam outras pessoas e afetam suas relações com elas? Se você evita coisas por causa destes pensamentos, inclua a interferência resultante desta evitação. Se você não está atualmente estudando ou trabalhando, quanto sua performance seria afetada se você estivesse trabalhando ou estudando?

Pior fase    Atual

- |                       |                       |  |
|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>0 = Nenhuma interferência</b>   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>1 = Mínima</b> , leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>2 = Média</b> , alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais,   |

- o o de um modo geral a performance é afetada em algum grau
- o o **3 = Moderada**, interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais, mas ainda tolerável
- o o **4 = Interferência Grave**, causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais
- o o **5 = Interferência Extrema**, incapacitante.

## Dimensão V - Obsessões Sexuais e Religiosas e Compulsões Relacionadas

### A. Lista de Sintomas

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Obsessões Sexuais e Religiosas e Compulsões Relacionadas
				47. Tenho pensamentos, imagens ou impulsos impróprios ou proibidos. Por exemplo, pensamentos sexuais involuntários sobre estranhos, familiares ou amigos.
				48. Tenho obsessões sexuais cujo conteúdo envolve crianças ou incesto. Por exemplo, pensamentos indesejáveis sobre molestar crianças sexualmente, inclusive os próprios filhos.
				49. Tenho obsessões sobre homossexualidade. Por exemplo, medo de ser homossexual ou medo de, subitamente, transformar-se em "gay", quando não existem razões para estes pensamentos.
				50. Tenho obsessões sobre conduta sexual agressiva em relação aos outros. Por exemplo, imagens indesejáveis de comportamento sexual violento com adultos estranhos, amigos ou familiares.
				51. Verifico para me certificar de que não fiz nada de errado de natureza sexual. Por exemplo, checando meus órgãos genitais, a cama ou roupas para ver se há alguma evidência de ter feito algo errado. Pergunto para me reassegurar de que nada ruim de natureza sexual aconteceu.
				52. Evito certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir a ocorrência de obsessões e compulsões sexuais. Por exemplo, não vou a uma seção de revistas em uma livraria por causa de algumas fotos ou títulos.
				53. Tenho obsessões com sacrilégios ou blasfêmias. Por exemplo, medo de ter pensamentos blasfemos, dizer sacrilégios, ser punido por estas coisas.
				54. Tenho obsessões com o que é o certo/errado e a moralidade. Por exemplo, preocupações sobre estar sempre fazendo coisas de uma maneira moralmente correta ou preocupações sobre ter dito uma mentira ou ter trapaceado alguém.
				55. Tenho medo/preocupação de dizer certas coisas. Por exemplo, medo de dizer algo terrível ou impróprio que possa ser considerado desrespeitoso para alguém vivo ou morto. Algumas pessoas têm medo excessivo de dar conselhos errados.

				56. Verifico para me certificar que não fiz nada errado de natureza religiosa. Por exemplo, verifico a Bíblia ou outros objetos. Pergunto ao padre, rabino, pastor ou outras pessoas para me reassegurar de que nada aconteceu.
--	--	--	--	---

<b>Nunca</b>	<b>Passado</b>	<b>Atual</b> (Última Semana)	<b>Idade</b> <b>de</b> <b>Início</b>	<b>Obsessões Sexuais e Religiosas e Compulsões Relacionadas</b>
				57. Tenho compulsões que envolvem obrigações religiosas ou objetos religiosos. Por exemplo, limpeza ou checagem excessiva de objetos religiosos. Rezar durante várias horas ou procurar por reasseguramentos em líderes religiosos com mais frequência do que a necessária.
				58. Evito certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir a ocorrência de obsessões e compulsões sobre religião ou moral. Por exemplo, não ir a igreja ou não assistir certos programas de TV porque podem provocar pensamentos de estar sendo possuído pelo diabo ou por alguma influência do diabo.
				59. Preciso repetir atividades rotineiras para prevenir conseqüências terríveis. Por exemplo, necessidade de realizar a mesma ação repetidas vezes depois de ter um “mau”, pensamento obsessivo sexual ou religioso com o objetivo de prevenir conseqüências terríveis. Por favor, não marque este sintoma a menos que a repetição seja em resposta a estes pensamentos sexuais, religiosos ou de moralidade.
				60. Preciso dizer, perguntar ou confessar coisas. Por exemplo, perguntar para outras pessoas sobre possíveis coisas erradas que tenha feito, confessar algo errado que não tenha acontecido ou contar às pessoas seus pensamentos íntimos para sentir-se melhor.
				61. Tenho rituais mentais (diferentes de verificação). Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz “em sua cabeça”, como pensar um “bom” pensamento após um “mau” pensamento ou necessidade de manter listas mentalmente que tenha que relembrar em uma certa ordem. Por favor, marque este item somente se estes rituais mentais forem especificamente relacionados ou feitos com o objetivo de aliviar obsessões sexuais ou religiosas.

## B. Avaliação de gravidade das Obsessões Sexuais e/ou Religiosas e Compulsões Relacionadas

Primeiro verifique se você marcou qualquer um dos itens do número 47 ao número 61 na lista de sintomas.

Você marcou algum destes itens (47 a 61)? Sim Não (Circule um)

Se você circulou "Não", passe para a próxima sessão (Dimensão VI), em "Obsessões e Compulsões Diversas".

Se você circulou "Sim", qual destes sintomas mais lhe incomodou durante a última semana? \_\_\_\_\_ (Escreva o número do item)

Agora tente pensar **somente** nestas obsessões e compulsões relacionadas a conteúdo sexual e/ou religioso (itens 47 a 61) enquanto responde as próximas questões.

**1. Quanto de seu tempo é ocupado por estas obsessões e compulsões?** Ou quão frequentemente estes pensamentos e compulsões ocorrem? Certifique-se de que incluiu o tempo gasto com comportamentos de evitação.

Pior fase    Atual

- |                       |                       |   |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 0 = <b>Nenhum</b>   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1 = <b>Raramente</b> , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2 = <b>Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia</b> - intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3 = <b>Freqüentemente, 1 a 3 horas/dia</b> – frequente intrusão, necessidade de realizar compulsões, ou comportamentos de evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia, mas muitas horas do dia são livres destas obsessões, compulsões ou comportamentos de evitação). |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4 = <b>Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia</b> – Intrusão muito frequente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia)   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5 = <b>Sempre, mais do que 8 horas/dia</b> – Intrusão quase constante de obsessões, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (muitos sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem varias obsessões, compulsões e/ou evitação)                  |

**2. Quanto incômodo (ansiedade, culpa, um grande sentimento de medo ou um sentimento de exaustão) estas obsessões e compulsões relacionadas causam?** Pode ser útil perguntar: quanto incômodo você sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Quanto incômodo você sente por ter que repetir suas compulsões várias vezes? Como você se sentiria se encontrasse algo (pessoa, lugar ou coisa) que estivesse evitando? Considere somente incômodo ou desconforto que pareça relacionado aos sintomas (obsessões, necessidade de realizar compulsões ou ao incômodo associado a evitação) dessa dimensão (obsessões e compulsões de conteúdo sexual e/ou religioso).

Pior fase    Atual

- |                       |                       |   |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 0 = <b>Nenhum incômodo</b>  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1 = <b>Mínimo</b> – quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2 = <b>Médio</b> – algum incômodo presente, mas não muito                         |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3 = <b>Moderado</b> – incomoda, mas ainda é tolerável                             |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4 = <b>Grave</b> – incomoda muito   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5 = <b>Extremo</b> – incômodo quase constante e muito intenso                     |



**3. Quanto estas obsessões e compulsões relacionadas interferem em sua vida familiar, relações com amigos ou habilidade de realizar bem suas atividades no trabalho ou na escola?**

Há alguma coisa que você não possa fazer por causa dessas obsessões ou compulsões relacionadas? Quanto esses sintomas incomodam outras pessoas e afetam suas relações com elas? Se você evita coisas por causa destes pensamentos, por favor inclua a interferência resultante desta evitação. Se você não está atualmente estudando ou trabalhando, quanto sua performance seria afetada se você estivesse trabalhando ou estudando?

Pior fase    Atual

- 0 = Nenhuma interferência**
- 1 = Mínima**, leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance
- 2 = Média**, alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau
- 3 = Moderada**, interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais, mas ainda tolerável
- 4 = Interferência Grave**, causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais
- 5 = Interferência Extrema**, incapacitante.

### Dimensão VI – Obsessões e Compulsões Diversas

#### A. Lista de Sintomas

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Obsessões e Compulsões Diversas
				62. Tenho preocupações com doença ou enfermidade. Por exemplo, medo de ter doenças como câncer, cardiopatias, AIDS, apesar dos médicos terem descartado a possibilidade. Separar essas preocupações das preocupações associadas ao medo de contaminação.
				63. Tenho rituais de verificação relacionados com obsessões sobre doenças. Por exemplo, procurar reassegurar-se com amigos ou médicos de que não tem uma séria doença como cardiopatias ou um tumor no cérebro ou alguma outra forma de câncer. Checar repetidamente partes do corpo ou tomar o pulso compulsivamente, assim como sua pressão sanguínea ou temperatura.
				64. Tenho rituais mentais além de verificação. Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz “em sua cabeça”. Por favor, marque este item somente se estes rituais mentais estiverem especificamente relacionados às obsessões sobre doenças.
				65. Evito certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir a ocorrência de obsessões e compulsões sobre doenças. Por exemplo, não passar dirigindo por um hospital porque isto provoca pensamentos sobre doenças.

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Obsessões e Compulsões Diversas
				66. Tenho necessidade de saber ou recordar certas coisas. Por exemplo, precisar lembrar coisas insignificantes como números de placas de carros, adesivos, “slogans” de camisetas.
				67. Tenho medos supersticiosos. Por exemplo, medo de passar por um cemitério, por um carro funerário, por um gato preto, passar debaixo de uma escada, quebrar um espelho ou medo de profecias associadas com a morte.
				68. Tenho comportamentos supersticiosos. Por exemplo, não pegar um ônibus ou trem se seu número for um número de azar como o treze. Ser relutante em sair de casa no dia treze do mês. Você pode jogar fora roupas que usou quando passou por uma casa funerária ou por um cemitério.
				69. Tenho números de sorte e de azar. Por exemplo, preocupações com certos números como o treze, ter que realizar atividades um determinado número mágico de vezes, ou ter que iniciar uma atividade somente em uma hora de sorte do dia. Outro exemplo é evitar números que poderiam trazer azar.
				70. Tenho obsessões e/ou compulsões sobre cores com significado especial. Por exemplo, preto pode ser associado com morte, vermelho pode ser associado com sangue ou ferimentos. Você pode evitar o uso de objetos desta cor.
				71. Ouço sons, nomes, palavras ou músicas intrusivas e sem sentido invadem a minha mente. Por exemplo, escutar palavras, canções ou músicas que vem à mente e não consegue pará-las. Ficar preso ao som de certas palavras ou músicas.
				72. Imagens intrusivas (não violentas) que vêm a minha mente. Por exemplo, ter imagens com cenas neutras. Fica vidrado, fixado em detalhes visuais de certas figuras.
				73. Evito certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir qualquer uma destas obsessões e compulsões diversas. Por exemplo, não passar por locais com muito barulho ou não escrever certos números.
				74. Fico paralisado realizando comportamentos repetitivos e isso lentifica as minhas ações. Por exemplo, tomar banho, vestir-se ou ir para casa são atividades que tomam horas do dia. Outros podem ficar paralisados comendo ou falando, e estas atividades tomam muito mais tempo do que o necessário.
				75. Faço listas mais do que preciso. Fazer muitas listas de coisas ou atividades.

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Obsessões e Compulsões Diversas
				76. Tenho obsessões sobre a possibilidade de ser separado de um familiar próximo. Por exemplo, preocupação de que algo terrível pode acontecer a um de seus pais, ou criança, ou namorado (a) e que em decorrência disto você nunca mais poderá vê-los novamente.
				77. Tenho compulsões ou rituais realizados para prevenir a perda de alguém (ou ser separado de alguém) muito querido. Por exemplo, seguir essa pessoa especial de aposento em aposento, ou telefonar diversas vezes; ter que rezar ou realizar rituais específicos para evitar que coisas más aconteçam a alguém.
				78. Tenho obsessões de que posso me tornar uma pessoa em particular. Por exemplo, ter um pensamento de que você pode se tornar uma pessoa em particular ou vir a ser outra pessoa; medo de que uma parte de seu corpo não pertença a você.
				79. Tenho compulsões para me livrar de pensamentos sobre me tornar uma outra pessoa. Por exemplo, empurrar os pensamentos para longe ou realizar algum ritual para se livrar destes pensamentos.
				80. Tenho rituais de olhar fixamente ou piscar. Por exemplo, necessidade de olhar algo até que seus contornos pareçam “estarem legais”; ou “ter que” olhar para as coisas de uma determinada maneira por um determinado tempo.
				81. Tenho necessidade de repetir algo que eu ou outra pessoa tenha dito. Pode ser uma determinada palavra que você não consegue tirar da cabeça ou pode ser o final de uma frase que você acabou de dizer ou ouviu alguém dizer.
				82. Tenho preocupação excessiva com certas partes do corpo ou com a aparência física. Por exemplo, preocupação com a aparência, segurança ou funcionamento do rosto, orelhas, nariz, olhos ou alguma outra parte do corpo. Preocupação de que uma parte do corpo seja muito feia ou deformada, apesar dos outros afirmarem o contrário.
				83. Verifico coisas relacionadas a obsessões sobre aparência. Por exemplo, procuro reasseguramento sobre a aparência com amigos. Verificar repetidamente se há odores em seu corpo ou verificar a aparência (rosto ou outros pontos do corpo) procurando por aspectos feios. Necessidade de se arrumar continuamente ou comparar alguns aspectos de seu corpo com os do corpo de outra pessoa; você pode ter que vestir certas roupas em determinados dias. Ser obcecado com o peso.
				84. Tenho obsessões sobre comida. Por exemplo, preocupação excessiva com receitas, calorias e/ou dietas.

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Obsessões e Compulsões Diversas
				85. Tenho obsessões e/ou compulsões sobre exercícios físicos. Por exemplo, obsessões com a necessidade de fazer exercícios para queimar calorias. As compulsões relacionadas incluem exercícios que devem seguir certas regras ou ter uma determinada duração.
				86. Tenho rituais de alimentação. Por exemplo, ter que arranjar/arrumar a comida, faca e garfo em uma determinada ordem antes de comer. “Ter que” comer de acordo com um ritual rígido, ou ter que esperar para comer até que os ponteiros de um relógio estejam marcando uma determinada hora.
				87. Arranco cabelo (Tricotilomania). Por exemplo, puxar os cabelos do couro cabeludo, os cílios, a sobrancelha ou os pelos púbicos. Pode usar os dedos ou pinças para puxar os pelos. Frequentemente esse comportamento envolve procurar pelo “cabelo certo”, remover o folículo ou morder o cabelo. Causar clareiras (falhas na cabeça) que exijam o uso de uma peruca ou arrancar os cílios e sobrancelhas completamente.
				88. Cutuco a pele ou outros comportamentos de automutilação (obsessões e compulsões). Por exemplo, cutucar a pele em volta das unhas ou próxima a machucados. Machucar a si mesmo ou piorar os machucados.

## B. Avaliação de gravidade das Obsessões e Compulsões Diversas

**Primeiro verifique se você marcou qualquer um dos itens do número 62 ao número 88 na lista de sintomas.**

Você marcou algum destes itens (62 a 88)? Sim Não (Circule um)

Se você circulou “Sim”, qual destes sintomas mais lhe incomodou durante a última semana? \_\_\_\_\_ (Escreva o número do item)

Agora tente pensar **somente** nestas obsessões e compulsões diversas (itens 62 a 88) enquanto responde as próximas questões.

**1. Quanto de seu tempo é ocupado por estas obsessões e compulsões? Ou quão frequentemente estes pensamentos e compulsões ocorrem? Certifique-se de que incluiu o tempo gasto com comportamentos de evitação.**

Pior fase	Atual	
o	o	<b>0 = Nenhum</b>
o	o	<b>1 = Raramente</b> , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.
o	o	<b>2 = Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia</b> - intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)
o	o	<b>3 = Frequentemente, 1 a 3 horas/dia</b> – frequente intrusão, necessidade de realizar compulsões, ou comportamentos de evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia, mas muitas horas do dia são livres destas obsessões, compulsões ou comportamentos de evitação).
o	o	<b>4 = Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia</b> – Intrusão muito frequente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia)
o	o	<b>5 = Sempre, mais do que 8 horas/dia</b> – Intrusão quase constante de obsessões, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (muitos sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem varias obsessões, compulsões e/ou evitação)

**2. Quanto incômodo (ansiedade, culpa, um grande sentimento de medo ou um sentimento de exaustão) estas obsessões e compulsões relacionadas causam?** Pode ser útil perguntar: quanto incômodo você sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Quanto incômodo você sente por ter que repetir suas compulsões várias vezes? Como você se sentiria se encontrasse algo (pessoa, lugar ou coisa) que estivesse evitando? Considere somente incômodo ou desconforto que pareça relacionado aos sintomas dessa dimensão (obsessões, necessidade de realizar compulsões ou ao incômodo associado a evitação).

Pior fase	Atual	
o	o	<b>0 = Nenhum incômodo</b>
o	o	<b>1 = Mínimo</b> – quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente
o	o	<b>2 = Médio</b> – algum incômodo presente, mas não muito
o	o	<b>3 = Moderado</b> – incomoda, mas ainda é tolerável
o	o	<b>4 = Grave</b> – incomoda muito
o	o	<b>5 = Extremo</b> – incômodo quase constante e muito intenso.

**3. Quanto estas obsessões e compulsões relacionadas interferem em sua vida familiar, relações com amigos ou habilidade de realizar bem suas atividades no trabalho ou na escola?** Há alguma coisa que você não possa fazer por causa dessas obsessões ou compulsões relacionadas? Quanto esses sintomas incomodam outras pessoas e afetam suas relações com elas? Se você evita coisas por causa destes pensamentos, inclua a interferência resultante desta evitação. Se você não está atualmente estudando ou trabalhando, quanto sua performance seria afetada se você estivesse trabalhando ou estudando?

Pior fase	Atual	
o	o	<b>0 = Nenhuma interferência</b>
o	o	<b>1 = Mínima</b> , leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance
o	o	<b>2 = Média</b> , alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau
o	o	<b>3 = Moderada</b> , interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais, mas ainda tolerável
o	o	<b>4 = Interferência Grave</b> , causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais
o	o	<b>5 = Interferência Extrema</b> , incapacitante.

**Gravidade Global dos Sintomas Obsessivo-Compulsivos –  
Sintomas Híbridos (envolve mais de uma dimensão)**

(quem preenche essa parte é o entrevistador)

**Indique o seu melhor julgamento sobre as dimensões de sintomas presentes.**

Reveja com o paciente o quanto as obsessões e compulsões se encaixam nas determinadas dimensões, sendo: 2 = presença evidente e os sintomas são entendidos como parte de uma dimensão; 1 = sintomas presentes mas existe uma incerteza importante de que tais sintomas possam ser entendidos em termos da dimensão avaliada; 0 = os sintomas da dimensão dada foram ausentes ou “provavelmente ausentes” durante a última semana.

\_\_\_\_\_ *Obsessões de Contaminação e Compulsão de Limpeza*

\_\_\_\_\_ *Colecionismo*

\_\_\_\_\_ *Obsessões e Compulsões de Simetria, Ordem, Contagem e Arranjo*

\_\_\_\_\_ *Obsessões de Agressão e Compulsão Relacionadas*

\_\_\_\_\_ *Obsessões Sexuais e Religiosas e Compulsões Relacionadas*

\_\_\_\_\_ *Obsessões e Compulsões Diversas*

**Classifique as dimensões de sintomas na ordem de maior para menor gravidade na última semana.** 1 = mais grave, 2 = próxima mais grave, e assim por diante. Por favor, marque cada dimensão. Se os sintomas estiveram ausentes durante a última semana, marque um “0” no devido espaço.

\_\_\_\_\_ *Obsessões de Contaminação e Compulsão de Limpeza*

\_\_\_\_\_ *Colecionismo*

\_\_\_\_\_ *Obsessões e Compulsões de Simetria, Ordem, Contagem e Arranjo*

\_\_\_\_\_ *Obsessões de Agressão e Compulsões Relacionadas*

\_\_\_\_\_ *Obsessões Sexuais e Religiosas e Compulsões Relacionadas*

\_\_\_\_\_ *Obsessões e Compulsões Diversas*

**Liste os sintomas mais notáveis do paciente:**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**Qual a pior coisa que o paciente pensa que aconteceria se não respondesse aos seus pensamentos obsessivos ou necessidades de realizar suas compulsões ou rituais?**

Por favor, descreva:

---

---

**Quão certo está o paciente de que esta temida conseqüência é real ou ocorrerá de fato?**

- 0 = Está certo de que a conseqüência temida não acontecerá
- 1 = Mais certo de que a conseqüência temida não acontecerá
- 2 = Incerto se a conseqüência temida acontecerá ou não
- 3 = Mais certo de que a conseqüência temida acontecerá
- 4 = Certo de que a conseqüência temida acontecerá

**Por favor, reveja todos os sintomas obsessivo-compulsivos considerados como ocorridos na última semana** (excluindo "outros" sintomas considerados não autênticos do Transtorno obsessivo-compulsivo), faça uma avaliação global da gravidade para a última semana utilizando a escala ordinal a seguir, e complete o quadro de índices.

### Gravidade Global das Obsessões e Compulsões

**1. Quanto de seu tempo é ocupado por obsessões e compulsões?** Ou quão frequentemente estes pensamentos e compulsões ocorrem? Certifique-se de que incluiu o tempo gasto com comportamentos de evitação.

Pior fase	Atual	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 = <b>Nenhum</b>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 = <b>Raramente</b> , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 = <b>Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia</b> - intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 = <b>Freqüentemente, 1 a 3 horas/dia</b> – frequente intrusão, necessidade de realizar compulsões, ou comportamentos de evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia, mas muitas horas do dia são livres destas obsessões, compulsões ou comportamentos de evitação).
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4 = <b>Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia</b> – Intrusão muito frequente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5 = <b>Sempre, mais do que 8 horas/dia</b> – Intrusão quase constante de obsessões, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (muitos sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem varias obsessões, compulsões e/ou evitação)

**A. Quanto incômodo as obsessões e compulsões relacionadas causam?** Na maior parte dos casos, o incômodo é caracterizado por ansiedade, culpa, um grande sentimento de medo ou um sentimento de exaustão. Pode ser útil perguntar: quanto incômodo você sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Quanto incômodo você sente por ter que repetir suas compulsões várias vezes? Como você se sentiria se encontrasse algo (pessoa, lugar ou coisa) que estivesse evitando? Considere o incômodo ou desconforto relacionado aos sintomas (obsessões, necessidade de realizar compulsões ou ao incômodo associado a evitação) de todas as dimensões.

Pior fase	Atual	
0	0	<b>0 = Nenhum incômodo</b>
0	0	<b>1 = Mínimo</b> – quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente
0	0	<b>2 = Médio</b> – algum incômodo presente, mas não muito
0	0	<b>3 = Moderado</b> – incomoda, mas ainda é tolerável
0	0	<b>4 = Grave</b> – incomoda muito
0	0	<b>5 = Extremo</b> – incômodo quase constante e incapacitante

**3. Quanto estas obsessões e compulsões relacionadas interferem em sua vida familiar, relações com amigos ou habilidade de realizar bem suas atividades no trabalho ou na escola?**

Há alguma coisa que você não possa fazer por causa das obsessões ou compulsões relacionadas? Quanto esses sintomas incomodam outras pessoas e afetam suas relações com elas? Se você evita coisas por causa destes pensamentos, por favor inclua a interferência resultante desta evitação. Se você não está atualmente estudando ou trabalhando, quanto sua performance seria afetada se você estivesse trabalhando ou estudando?

Pior fase	Atual	
0	0	<b>0 = Nenhuma interferência</b>
0	0	<b>1 = Mínima</b> , leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance
0	0	<b>2 = Média</b> , alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau
0	0	<b>3 = Moderada</b> , interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável
0	0	<b>4 = Interferência Grave</b> , causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais
0	0	<b>5 = Interferência Extrema</b> , incapacitante.

### Avaliação Clínica de Prejuízo

**Finalmente**, gostaríamos que você pensasse sobre quanto prejuízo estes sintomas têm causado à auto-estima do paciente, à sua habilidade de lidar com as dificuldades e ao funcionamento social e profissional. Por favor, escolha o melhor valor entre 0-15, incluindo os que estão entre os pontos de corte abaixo.

**0 NADA.** Nenhum prejuízo causado pela presença de sintomas obsessivo-compulsivos.

**3 MÍNIMO.** Obsessões e compulsões associadas com súbitas dificuldades na auto-estima, vida social, aceitação social, ou funcionamento escolar ou profissional (desconforto ou preocupações ocasionais sobre as obsessões e compulsões em situações futuras, periódicas). Leve aumento nas tensões familiares por causa das obsessões e compulsões. Amigos ou conhecidos podem ocasionalmente perceber ou comentar sobre as obsessões e compulsões de uma maneira desconcertada.

**6 LEVE.** As obsessões e compulsões estão associadas com pequenas dificuldades na auto-estima, na vida familiar, na aceitação social ou no funcionamento acadêmico ou profissional.

**9 MODERADO.** As obsessões e compulsões estão associadas a alguns problemas evidentes na auto-estima, na vida familiar, na aceitação social ou no funcionamento acadêmico e profissional. Episódios de disforia, períodos de tensão ou desavenças familiares, choros frequentes de pares ou evitações sociais episódicas. Interferência periódica na escola ou na performance profissional por causa das obsessões e/ou das compulsões.



**12 MARCADO.** As obsessões e compulsões estão associadas com dificuldades importantes na auto-estima, na vida familiar, aceitação social e funcionamento acadêmico e profissional.

**15 GRAVE.** As obsessões e compulsões estão associadas com extremas dificuldades na auto-estima, na vida familiar, na aceitação social ou no funcionamento acadêmico ou profissional. Depressão grave com ideação suicida, rupturas familiares (separação/divórcio, mudanças de residências), rupturas de relacionamentos. Vida gravemente restrita por causa dos sintomas obsessivo-compulsivos, de estigma social ou evitação social, abandono de escola ou perda de trabalho.

Confiabilidade do(s) informante(s):

Excelente = 0    Boa=1    Razoável=2    Pobre=3

1.TABELA DE RESULTADOS DY-BOCS (ATUAL)

Dimensões de sintomas	Tempo (0-5)	Incômodo (0-5)	Interferência (0-5)	Total (0-15)
Agressão				
Sexual e Religião				
Simetria, Ordem, Contagem e Arranjo				
Contaminação e Limpeza				
Colecionamento				
Diversas				

B. DY-BOCS Avaliação Global para a última semana

	Tempo (0-5)	Incômodo (0-5)	Interferência (0-5)	Prejuízo (0-15)	Total (0-30)
Todas as obsessões e compulsões					

## ANEXO C

### ESCALA DE DEPRESSÃO DE 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 costumava  
 2 = estou bem menos interessado(a) por sexo atualmente  
 3 = perdi completamente o interesse por sexo

<b>TOTAL:</b> _____
---------------------

## ANEXO D

### ESCALA DE IMPRESSÕES CLÍNICAS GLOBAIS

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.

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.

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.

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.

#### MELHORA GLOBAL

Comparando à condição do paciente no início do tratamento qual o grau de alteração que ocorreu?

	TOC
1.	Muito melhor
2.	Melhor
3.	Ligeiramente melhor
4.	Sem alteração
5.	Ligeiramente pior;
6.	Pior
7.	Muito pior

1.	Muito melhor
2.	Melhor
3.	Ligeiramente melhor
4.	Sem alteração
5.	Ligeiramente pior;
6.	Pior
7.	Muito pior

1.	Muito melhor
2.	Melhor
3.	Ligeiramente melhor
4.	Sem alteração
5.	Ligeiramente pior;
6.	Pior
7.	Muito pior

1.	Muito melhor
2.	Melhor
3.	Ligeiramente melhor
4.	Sem alteração
5.	Ligeiramente pior;
6.	Pior
7.	Muito pior

**ANEXO E**  
**DSQ-40 – versão em português brasileiro**

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_

Este questionário consiste de 40 afirmativas relacionadas a como você pensa e funciona em sua vida. Não há questão certa ou errada. Marque o grau em relação ao qual você concorda ou discorda de cada afirmativa e assinale sua resposta, de 1 a 9. Por exemplo, um escore de 5 indicaria que você nem concorda e nem discorda da afirmativa, um escore de 3 indicaria que você discorda moderadamente e um escore de 9 que você concorda plenamente.

**1. Eu fico satisfeito em ajudar os outros e, se eu não puder fazer isso, eu fico deprimido.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**2. Eu consigo não me preocupar com um problema até que eu tenha tempo para lidar com ele.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**3. Eu alivio a minha ansiedade fazendo coisas construtivas e criativas, como pintura ou trabalho em madeira.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**4. Eu sou capaz de achar bons motivos para tudo que eu faço.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**5. Eu sou capaz de rir de mim mesmo com bastante facilidade.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**6. As pessoas tendem a me tratar mal.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**7. Se alguém me assalta e rouba o meu dinheiro, eu prefiro que essa pessoa seja ajudada ao invés de punida.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**8. As pessoas dizem que eu costumo ignorar os fatos desagradáveis como se eles não existissem.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**9. Eu costumo ignorar o perigo como se eu fosse o Super-homem.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**10. Eu me orgulho da minha capacidade de reduzir as pessoas aos seus devidos lugares.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**11. Eu freqüentemente ajo impulsivamente quando alguma coisa está me incomodando.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**12. Eu fico fisicamente doente quando as coisas não estão indo bem para mim.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**13. Eu sou uma pessoa muito inibida.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**14. Eu fico mais satisfeito com minhas fantasias do que com a minha vida real.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**15. Eu tenho qualidades especiais que me permitem levar a vida sem problemas.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**16. Há sempre boas razões quando as coisas não dão certo para mim.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**17. Eu resolvo mais as coisas sonhando acordado do que na vida real.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**18. Eu não tenho medo de nada.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**19. Às vezes, eu acho que sou um anjo e, outras vezes, acho que sou um demônio.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**20. Eu fico francamente agressivo quando me sinto magoado.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**21. Eu sempre acho que alguém que eu conheço é como um anjo da guarda.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**22. Tanto quanto eu sei, ou as pessoas são boas ou más.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**23. Se o meu chefe me repreendesse, eu poderia cometer um erro ou trabalhar mais devagar só para me vingar dele.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**24. Eu conheço alguém que é capaz de fazer qualquer coisa e é absolutamente justo e imparcial.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**25. Eu posso controlar os meus sentimentos se eles interferirem no que eu estiver fazendo.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**26. Eu freqüentemente sou capaz de ver o lado engraçado de uma situação apesar de ela ser desagradável.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**27. Eu sinto dor de cabeça quando tenho que fazer algo de que não gosto.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**28. Eu freqüentemente me vejo sendo muito simpático com pessoas com quem, pelo certo, eu deveria estar muito brabo.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**29. Eu tenho certeza de que a vida é injusta comigo.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**30. Quando eu sei que vou ter que enfrentar uma situação difícil, eu tento imaginar como isso será e planejo um jeito de lidar com a situação.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**31. Os médicos nunca realmente entendem o que há de errado comigo.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**32. Depois de lutar pelos meus direitos, eu tenho a tendência de me desculpar por ter sido tão firme.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**33. Quando estou deprimido ou ansioso, comer faz com que eu me sinta melhor.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**34. Freqüentemente me dizem que eu não mostro os meus sentimentos.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**35. Se eu puder prever que vou ficar triste mais adiante, eu poderei lidar melhor com a situação.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**36. Não importa o quanto eu reclame, eu nunca consigo uma resposta satisfatória.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**37. Freqüentemente eu me dou conta de que eu não sinto nada em situações que deveriam me despertar fortes emoções.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**38. Manter-me muito ocupado evita que eu me sinta deprimido ou ansioso.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**39. Se eu estivesse passando por uma crise, eu me aproximaria de pessoas que tivessem o mesmo problema.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

**40. Se eu tenho um pensamento agressivo, eu sinto a necessidade de fazer algo para compensá-lo.**

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

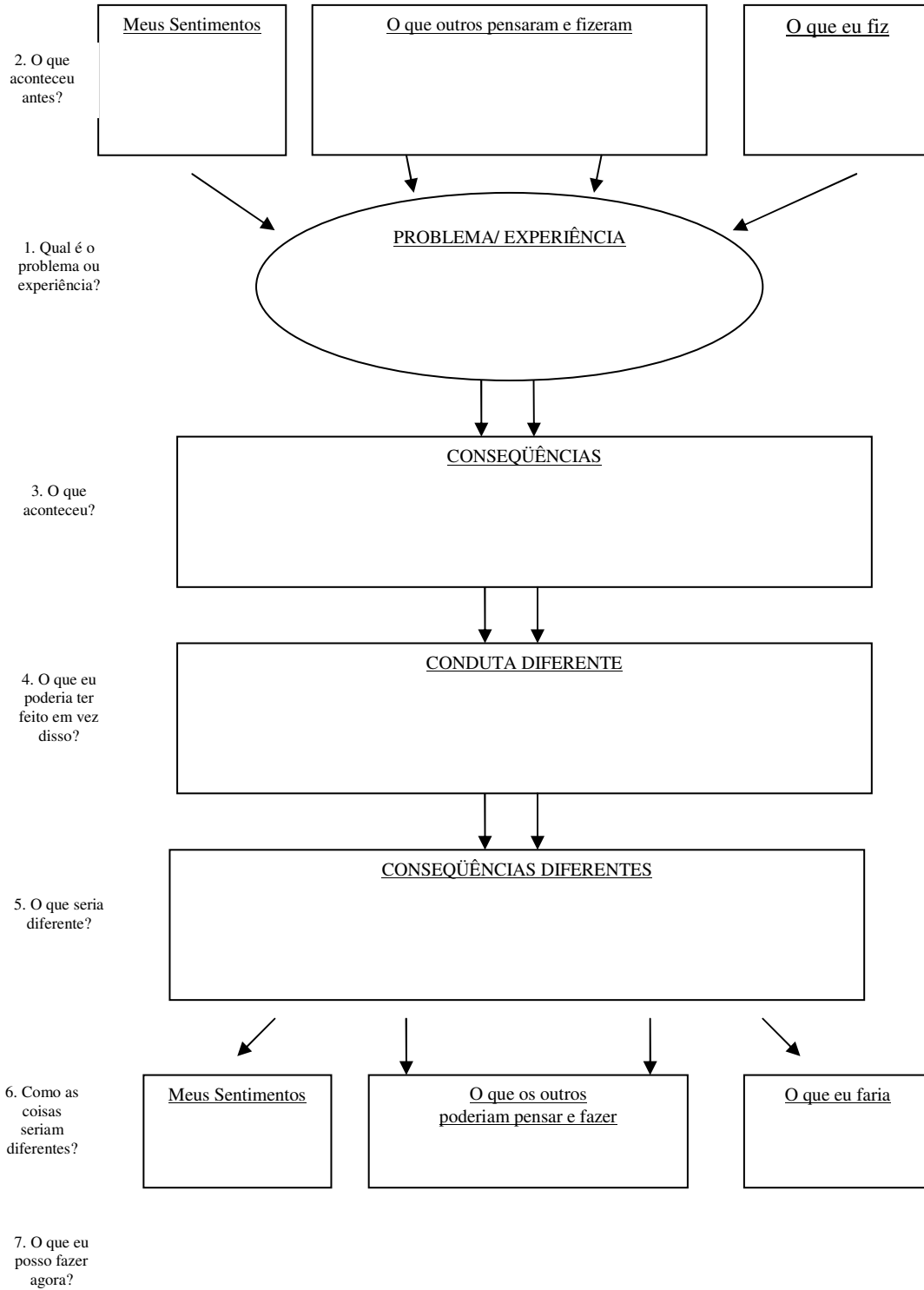


# ANEXO F

Sessão nº \_\_\_\_\_  
Paciente \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_  
Aplicador \_\_\_\_\_

## MAPA COGNITIVO



# APÊNDICE 1

## **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participar da Pesquisa Intervenções para o TOC**

Você está sendo convidado a participar, voluntariamente, de uma pesquisa que tem como objetivo verificar a eficácia de uma nova técnica de terapia que será adicionada ao tratamento de Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG), oferecido regularmente no ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre para pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). Leia ou ouça com atenção as informações a seguir, antes de dar seu consentimento.

Serão adicionados dois encontros individuais, de aproximadamente 60 minutos, antes de iniciar as 12 sessões de TCCG. Você tem chances iguais de ser incluído no grupo de pacientes que receberão esta nova técnica ou outras informações de saúde importantes. Todos os participantes terão a chance de receber esta nova técnica durante ou após o estudo. Você terá de responder escalas de avaliação no início, durante e ao término do estudo, que podem durar até uma hora para seu total preenchimento.

Sua participação é voluntária e muito importante para esse estudo.

Caso você aceite participar de nosso projeto, suas informações serão manuseadas apenas pelos integrantes do grupo de pesquisa diretamente envolvidos com este estudo. As informações colhidas estarão disponíveis apenas para uso da pesquisa. Você terá toda a liberdade para interromper sua participação a qualquer momento, não acarretando nenhum prejuízo na sua participação na TCCG.

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

Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar voluntariamente dessa pesquisa. Declaro que entendi todas as informações sobre esse estudo e que minhas dúvidas foram corretamente esclarecidas pela equipe da pesquisa.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome do pesquisador: \_\_\_\_\_

Telefone: 33282174

Pesquisador Responsável: Aristides Cordioli

Principal Investigador: Elisabeth Meyer da Silva

**S586e** Silva, Elisabeth Meyer da

Efeitos da entrevista motivacional e do mapeamento cognitivo associados à TCCG no tratamento de pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo / Elisabeth Meyer da Silva ; orient. Aristides Volpato Cordioli. – 2009.  
162 f.

Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2009.

1. Transtorno obsessivo-compulsivo 2. Terapia cognitiva 3. Entrevista psicológica I. Cordioli, Aristides Volpato II. Título.

NLM: WM 176

Catálogo Biblioteca FAMED/HCPA