

Impacto do Modelo Psicoterapêutico HBM na Perturbação Obsessivo-Compulsiva

Núcleo de Investigação HBM
Sociedade Portuguesa de Psicoterapia HBM

março de 2021

RESUMO

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) caracteriza-se pela presença de obsessões e/ ou compulsões que tem uma repercussão significativa nas atividades do quotidiano. No tratamento da POC as intervenções de primeira linha mais utilizadas têm sido a terapia cognitivo-comportamental e a farmacológicas, ambas melhorando o prognóstico desta perturbação. Tendo por base uma compreensão atualizada e integrada, é importante otimizar e desenvolver novas abordagens terapêuticas para o tratamento da POC que, sejam adequadas às necessidades destes indivíduos. Concretamente, neste estudo damos ênfase ao modelo de intervenção psicoterapêutica Human Behaviour Map (HBM), evidenciando que é uma alternativa promissora para a intervenção na POC.

Neste estudo exploratório e longitudinal recorreu-se a métodos de investigação quantitativos em dois momentos de avaliação, pré-teste e pós-teste. A avaliação foi realizada com a Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS, Goodman et al., 1989) para compreender o desenvolvimento da gravidade dos sintomas da POC evidenciados pela amostra antes e após a intervenção psicoterapêutica HBM.

A investigação foi desenhada para responder à seguinte questão: *“Qual a eficiência do modelo de intervenção psicoterapêutico HBM no tratamento da POC?”*. Para responder a esta questão foi avaliada uma amostra, por conveniência, constituída por 131 sujeitos adultos, de ambos os sexos, oriundos de diversos distritos de Portugal e com o diagnóstico prévio de POC.

Os resultados obtidos permitem concluir que após a intervenção psicoterapêutica HBM houve uma redução significativa da gravidade da sintomatologia da POC, entre os dois momentos de avaliação, sendo que 79,4% da amostra apresentava níveis de POC ligeira ou ausência total de sintomas POC, no final do tratamento.

Palavras-Chave: Perturbação Obsessivo-Compulsiva; Obsessões; Compulsões; Human Behaviour Map.

ÍNDICE

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	2
1.1 Perturbação Obsessivo-Compulsiva	2
1.2. Padrões Sintomáticos da POC	3
1.2.1. DSM-5	4
1.2.2. CID-10	5
1.3. Etiologia	6
1.4. Epidemiologia	9
1.5. Correntes Teóricas e Principais Modelos de Intervenção	11
1.5.1. Modelo Bioquímico da POC	11
1.5.2. Modelo Psicoterapêutico Cognitivo-Comportamental da POC	12
1.5.3. Modelo Psicoterapêutico HBM	14
2. METODOLOGIA E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	15
2.1. Desenho global da investigação	15
2.1.1. Instrumentos	15
2.1.2. População e critérios de seleção da amostra	16
2.1.3. Procedimento	18
2.2. Metodologia estatística dos dados	19
3. RESULTADOS	21
3.1. Análise da eficiência do modelo de intervenção psicoterapêutica HBM	21
3.2. Caracterização da amostra nos dois momentos face à sintomatologia da PDM	23
3.3. Associação entre o Y-BOCS e as variáveis sociodemográficas	25
4. DISCUSSÃO	28
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
6. ANEXOS	39

ÍNDICE REMISSIVO DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica da amostra	17
Tabela 2: Valores de POC (por categorias) no pré e pós-teste da amostra	21
Tabela 3: Estatísticas descritivas das categorias da POC entre os dois momentos de avaliação	22
Tabela 4: Sintomatologia obsessivo-compulsiva no pré e pós-teste da amostra.....	23
Gráfico 1: Mediana de cada item do Y-BOCS nos dois momentos de avaliação	24
Tabela 5: Comparação entre os sujeitos que tomam ou não medicação e as pontuações obtidas no Y-BOCS, no pré-teste	26
Tabela 6: Comparação entre a situação profissional e as pontuações obtidas no Y-BOCS, no pré-teste.....	26
Tabela 7: Comparação dos resultados obtidos no Y-BOCS, por terapeutas, no pré-teste, pós-teste e no RCI.....	27
Gráfico 2: Sujeitos por categorias de POC no pré-teste.....	39
Gráfico 3: Sujeitos por categorias de POC no pós-teste	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

POC: Perturbação Obsessivo-Compulsiva

HBM: Human Behaviour Map

Y-BOCS: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

APA: Associação Americana de Psicologia

WHO: Organização Mundial de Saúde

DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais – Quinta Edição

CID-10: Manual de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – Décima Edição

PEA: Perturbação do Espectro do Autismo

PHDA: Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

TCC: Terapia Cognitivo-Comportamental

ECP: Estimulação Cerebral Profunda

HMSHPG: Harvard Medical School Health Publications Group

ISRS: Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina

NMDA: Ácido N-Metil-D-Aspartato

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

EX: TCC por exposição

PR: TCC por prevenção

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Perturbação Obsessivo-Compulsiva

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (APA), a Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) é uma doença neuropsiquiátrica que integra o conjunto das perturbações mentais mundialmente predominantes, com uma prevalência de 2 a 3% ao longo da vida (American Psychiatric Association [APA], 2014; Ayuso-Mateos, 2006; Viergever, Terry, & Karam, 2013; World Health Organization [WHO], 2009). A POC é potencialmente incapacitante e tem uma influência significativa na funcionalidade diária, pelo que na ausência de intervenção o risco de persistência a longo prazo é elevado (APA, 2014; Bream, Challacombe, Palmer, & Salkovskis, 2017; Catan & Gulbinat, 1994; Skapinakis et al., 2016; Sookman, 2015; WHO, 2009).

A POC caracteriza-se por um mecanismo involuntário de fuga à dor ou procura do alívio (Brás, 2018), através da recorrente invasão na mente de pensamentos intrusivos, indesejáveis e incontroláveis (obsessões) e/ ou da repetição compulsiva e estereotipada de comportamentos que consomem tempo e que o indivíduo se sente compelido a executar (compulsões) (Brás, 2018; San-Bento, 2014; Twohig et al., 2018; Zhou et al., 2019).

A principal causa para o desenvolvimento de POC são os estados de Ansiedade gerados por experiências traumáticas do passado, nomeadamente Ataques de Pânico. Em resposta ao medo, e de forma a baixar os níveis de Ansiedade sentidos, desenvolvem-se pensamentos obsessivos e/ou comportamentos compulsivos e repetidos. Estes rituais compulsivos são estratégias para parar o pensamento obsessivo e a preocupação extrema.

Outra causa, menos comum mas ainda assim importante, são as crenças. Estas influenciam a construção da personalidade da pessoa e têm impacto direto na forma como as pessoas pensam ou agem (Clínica da Mente, 2020).

A POC especifica-se pela ocorrência de obsessões ou de compulsões, mas a coocorrência de ambos fenómenos ocorre em 75% dos casos (Bream et al., 2017; O'Connor & Aardema, 2011; Waite & Williams, 2009; Zohar, 2012).

O estado de tensão interna pode ser acompanhado por manifestações vegetativas de Ansiedade/ medo (Frade, 2016; Mataix-Cols et al., 2003; Riesel et al., 2019), que são frequentes em muitas ruminações obsessivas e podem incapacitar a tomada de decisões quotidianas (Brás, 2018). Quando os sintomas descritos interferem com o bem-estar individual, com a vida profissional, com as atividades sociais e com as relações pessoais é momento de recorrer a alguma intervenção (APA, 2013; Ayuso-Mateos, 2006; Brás, 2018; San-Bento, 2014; Sookman, 2015; Viergever et al., 2013; Zhou et al., 2019).

1.2. Padrões Sintomáticos da POC

Segundo a APA, a POC é uma perturbação clinicamente muito heterógena, na qual é possível especificar o conteúdo das obsessões e das compulsões. O conteúdo das obsessões pode ser relacionado com: a contaminação, a dúvida patológica, as somatizações, as simetrias, a agressividade e a sexualidade. As compulsões podem-se manifestar sob a forma de verificação, lavagem e limpeza, contagem, simetria e precisão e acumulação (APA, 2014; Bream et al., 2017; Fontenelle, Mendlowics, & Versiani, 2006; Lapos, Hawley, Grimm, Katz, & Rector, 2019; Zohar, 2012).

O modelo quadridimensional da POC estabelece quatro clusters sintomáticos, atendendo às características das obsessões e das compulsões. Concretamente o cluster de verificação que se caracteriza por obsessões de índole agressiva, somática, sexual, religiosa e compulsões de verificação; o cluster de simetria distingue-se pela preocupação com a perfeição e rituais de contagem, repetição e organização; o cluster de contaminação que se particulariza pelo receio de contaminação, sendo frequente a crença de contagem e compulsões de lavagem e de limpeza; e, for fim, o cluster de acumulação que consiste em guardar ou acumular objetos (Mataix-Cols et al., 1999; Mataix-Cols, Rosario-Campos, & Leckman, 2005; San-Bento, 2014).

Os indivíduos com POC podem manifestar apenas um dos sintomas acima referidos ou, com mais frequência, a combinação de vários desses sintomas (Mataix-Cols et al., 1999; Mataix-Cols et al., 2005; San-Bento, 2014). Quando os sintomas apresentados atravessam os limites dimensionais de outro cluster torna-se relevante definir qual o que se desenvolveu primordialmente e qual é o vivenciado com mais intensidade (Mataix-Cols et al., 2005; OMS, 2004).

Atualmente, internacionalmente são aceites duas classificações para a POC, a do manual de diagnóstico e estatísticas das perturbações mentais (DSM-5) e a classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10), que, convergem em grande parte dos critérios diagnósticos (Bream et al., 2017; San-Bento, 2014). Porém, ambas diferem na definição de obsessões e de compulsões; no CID-10 elas são definidas como funcionalmente equivalentes, divergindo apenas na forma de expressão (as obsessões são internas e as compulsões externas) (OMS, 1994); contrariamente, ao DSM-5 que indica que as obsessões são pensamentos, impulsos ou imagens que suscitam ansiedade que, pode ser aliviada pelas compulsões, comportamentos repetitivos (APA, 2014).

1.2.1. DSM-5

Segundo o DSM-5, as obsessões caracterizam-se por pensamentos, impulsos ou imagens, recorrentes e persistentes, que os sujeitos experienciam como intrusivos e inapropriados e que originam excessiva ansiedade. Simultaneamente, o sujeito pretende desvalorizá-los ou extingui-los, ou ainda neutralizá-los através de outros pensamentos ou ações. As compulsões definem-se por comportamentos repetitivos ou atos mentais que o indivíduo se sente impelido a realizar, como resultado de uma obsessão ou conforme regras que necessitam de ser cumpridas inflexivelmente; essas condutas destinam-se a prevenir ou minimizar o mal-estar e a Ansiedade ou prevenir os acontecimentos temidos, ainda que não possuam uma ligação realista com aquilo que visam neutralizar ou evitar ou sendo exagerados (APA, 2014).

A essência das obsessões e das compulsões é diversificada mas, existem dimensões dos sintomas que são comuns, nomeadamente as de limpeza (obsessões de contaminação e compulsões de limpeza), simetria (obsessões de simetria e ordem e compulsões de contagem e repetição), pensamentos proibidos ou tabus (e.g. obsessões religiosas, sexuais ou agressivas e compulsões relacionadas), dano/ prejuízo (e.g. medo de se magoar a si próprio ou a outro e compulsões de verificação), ou acumulação (e.g. vontade de acumular bens inúteis e compulsões relacionadas) (APA, 2014).

Esta sintomatologia é associada a défices significativos no contexto social, ocupacional e noutras áreas importantes do funcionamento do sujeito, e preenche/ ocupa muito tempo ao sujeito (APA, 2014).

Interessa diferenciar a etiologia destas manifestações sintomatológicas de POC de outras condições médicas ou dos efeitos colaterais provocados por medicamentos ou drogas. Estes episódios não podem ser melhor clarificados pela perturbação de Ansiedade generalizada, perturbação do espectro do autismo, perturbação do espectro da esquizofrenia, perturbação depressiva major, entre outras (APA, 2014).

Os indivíduos com POC variam no grau de insight que tem quanto à exatidão das crenças subjacentes aos seus sintomas obsessivo compulsivos, assim sendo é necessário especificar as características do insight, nomeadamente o bom/ razoável (não são verdadeiras, sendo que podem ou não ser), o fraco/ pobre (provavelmente verdadeiras), e ausente (verdadeiras) (APA, 2014).

1.2.2. CID-10

De acordo com o Manual de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) existem dois conjuntos de critérios diagnósticos para a POC, no quais um deles descreve “diretrizes diagnósticas” para a prática clínica e, o segundo é constituído por “critérios diagnósticos” para uso em investigação (que não difere do DSM-5) (OMS, 1994).

As diretrizes diagnósticas da Perturbação Obsessiva-Compulsiva especifica que para a realização do diagnóstico é necessário a presença de sintomas obsessivos ou atos compulsivos ou ambos, na maioria dos dias e no decorrer de no mínimo 2 semanas seguidas e representar uma interferência nas atividades do quotidiano. Os sintomas abranger as seguintes particularidades: os pensamentos são identificados como pertencendo ao próprio indivíduo (a), entre os quais o paciente resiste a pelo menos um (b), estes pensamentos, imagens ou impulsos não devem ser agradáveis (c) e são repetitivos (OMS, 1994).

Relativamente aos critérios de diagnósticos, as obsessões e as compulsões (ou ambas) tem que estar presentes na maioria dos dias durante de no mínimo duas semanas. As obsessões (pensamentos, ideias ou imagens) e as compulsões (atos) particularidades que devem estar todas presentes, nomeadamente origem reconhecida na mente do indivíduo, caracter repetitivo e desagradável, onde pelo menos uma obsessão ou compulsão é excessiva e o paciente tenta resistir. Toda esta conjectura provoca sofrimento ou interfere com o funcionamento do indivíduo nas diversas esferas da vida, não sendo resultado de outros distúrbios mentais (OMS, 1994)

1.3. Etiologia

Devido à sua heterogeneidade, a POC foi alvo de estudo por diversas abordagens teórico-práticas, como tal surgiram várias teorias que visam explicar a sua origem através de fatores genéticos, hormonais, neurológicos e ambientais, ou seja, tem uma etiologia multifatorial (O'Connor & Aardema, 2011; Ravindran et al., 2019; San-Bento, 2014).

Na perspectiva genética, vários estudos demonstraram que existe uma associação familiar na POC, sendo que essa predisposição genética precoce para o desenvolvimento desta perturbação era superior em familiares de primeiro grau (Arnold et al., 2018). Essa tendência genética correlaciona-se com o efeito de aprendizagem, ou seja, quando na família existem pais ou mães com POC, não só o fator hereditário tem influência como também a aprendizagem, uma vez que os progenitores condicionam o desenvolvimento adaptativo do sujeito, quer pela modelagem, quer pelo tipo de educação (Arnold et al., 2018; Barrett, Healy-Farrel, & March, 2004; Catan & Gulbinat, 1994; Challacombe et al., 2017; Chavira et al., 2008; Gandra, 2015; Gjerde et al., 2015; McGrath & Abbott, 2019; Peris, Rozenman, Sugar, McCracken, & Piacentini, 2017; Sadri, Anderson, McEvoy, Kane, & Egan, 2017).

Pela ótica dos comportamentalistas, na POC um estímulo neutro torna-se um estímulo de medo condicionado por meio do condicionamento clássico, e esse medo é então mantido por reforço negativo (Franklin & Foa, 2008; Lack, 2012; Mowrer, 1960).

Do ponto de vista cognitivo, diversos autores sugerem que na POC estão implicadas crenças disfuncionais (por exemplo, responsabilidade elevada) e crenças metacognitivas (por exemplo, a necessidade de controlar os pensamentos). Além disso, também há uma associação com a dificuldade de aceitação dos estados internos, conduzindo a rituais para resolver a incerteza persistente (Dianne, Richard & McNally, 2016), sendo que essa Ansiedade é combinada então com responsabilidade e autocensura (Lack, 2012).

Segundo a contextualização hormonal, particularmente no sexo feminino, a POC tem início com mais frequência entre os 13 e os 16 anos, puberdade, e entre os 22 e os 32, período de maior fertilidade da mulher ou, ainda durante a gravidez que, pode não ocorrer nas faixas etárias mencionadas (Bream et al., 2017; Challacombe et al., 2017; Hojgaard et al., 2019; McGrath & Abbott, 2019).

Além disso, foram descritas associações entre a POC e as alterações relacionadas com alterações na regulação de serotonina e dopamina, e é por isso que os antidepressivos têm efeitos na POC porque regulam estes níveis (Murray et al., 2019; Norman et al., 2019; Peris et al., 2017; Ravindran et al., 2019; Sadri et al., 2017; Storch et al., 2019).

Do ponto de vista neurológico, a POC está relacionada com a fisiopatologia neurobiológica, deste modo pressupõe que em determinadas regiões cerebrais existem anomalias funcionais ou estruturais (Carlisi et al., 2017; Cohn et al., 2018; Ravindran et al., 2019; Riesel et al., 2019; Zohar, 2012), particularmente uma hiperatividade no córtex pré-frontal ventromedial (Apergis-Schoute et al., 2018), no núcleo accumben (Denys et al., 2010) e nas estruturas límbicas (San-Bento, 2014).

Segundo o Modelo Psicoterapêutico HBM, a POC ocorre por meio de incongruências entre comportamentos e pensamentos, que podem ter origem em experiências de aprendizagem. A POC caracteriza-se por um mecanismo involuntário de fuga à dor ou procura do alívio, através da recorrente invasão na mente de pensamentos intrusivos, indesejáveis e incontroláveis (obsessões) e/ ou da repetição compulsiva e estereotipada de comportamentos que consomem tempo e que o indivíduo se sente compelido a executar (compulsões). É uma perturbação psicológica caracterizada por pensamentos recorrentes (indesejáveis e incontroláveis) e por comportamentos repetitivos. Ocorre quando vários pensamentos incongruentes entre si concorrem para o mesmo comportamento.

As obsessões derivam do processo de Ansiedade. E, sendo esta um processo físico consequente da percepção de perigo que o ser humano prevê enfrentar. Falamos do medo, como uma emoção que deriva da percepção da gravidade e da probabilidade de alguma agressão ocorrer.

As experiências do passado do indivíduo que são vividas de uma forma traumática e excessivamente intensas podem criar processos de medo involuntários e intensos, criando-lhe Ansiedade involuntária e automática que produz pensamentos constantes e repetitivos e que o obrigam a agir e a executar determinadas tarefas, numa tentativa de fuga ao medo involuntário. Estes pensamentos constantes contradizem os pensamentos racionais do indivíduo que conscientemente não reconhece o perigo nem valoriza as circunstâncias a que está a reagir como agressoras

Só quando o indivíduo cede ao pensamento e executa as tarefas alvo do seu pensamento, baixa o nível de Ansiedade inerente à sua perturbação. Nas obsessões por crenças, os pensamentos obsessivos e a ação de compulsão está sempre associada às crenças congruentes que o indivíduo possui.

A principal causa para o desenvolvimento de POC são os estados de Ansiedade gerados por experiências traumáticas do passado, nomeadamente Ataques de Pânico. Em resposta ao medo, e de forma a baixar os níveis de Ansiedade sentidos, desenvolvem-se pensamentos obsessivos e/ou comportamentos compulsivos e repetidos. Estes rituais compulsivos são estratégias para parar o pensamento obsessivo e a preocupação extrema.

Outra causa, menos comum mas ainda assim importante, são as crenças congruentes. Estas influenciam a construção da personalidade da pessoa e têm impacto direto na forma como as pessoas pensam ou agem, no entanto, as crenças que temos, oriundas de normais processos de aprendizagem,

podem criar estados de Ansiedade intensos como consequência de medos que não sendo reais mas que foram aprendidos como reais.

A POC especifica-se pela ocorrência de obsessões ou de compulsões e a co-ocorrência de ambos os fenómenos ocorre em 75% dos casos.

A característica essencial da Perturbação Obsessiva-Compulsiva é a ocorrência de obsessões recorrentes ou as compulsões que são suficientemente intensas para serem consumidoras de tempo ou causam forte mal-estar ou comprometimento da funcionalidade do indivíduo.

As obsessões são ideias persistentes, pensamentos, impulsos ou imagens intrusivas e inapropriadas geradoras de grandes níveis de Ansiedade ou mal-estar. As obsessões são egodistónicas, ou seja, o seu conteúdo é “estranho” ao sujeito, fora do seu controlo. Estes pensamentos, impulsos ou imagens não são simplesmente preocupações excessivas acerca de problemas da vida real.

O sujeito com obsessões, por norma, tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos ou impulsos ou neutraliza-los com outros pensamentos ou ações (compulsões).

As compulsões são comportamentos repetitivos ou atos mentais cujo objetivo é reduzir ou evitar a Ansiedade ou o mal-estar e aliviar os pensamentos obsessivos. O sujeito sente-se compelido a executar a compulsão para reduzir o mal-estar que acompanha a obsessão ou para evitar a situação temida.

1.4. Epidemiologia

A POC situa-se entre as dez perturbações mentais mais frequentes na população mundial, demonstrando, cada vez mais, a sua gravidade e, conseqüentemente a importância do tratamento precoce e intensivo de modo a prever a sua cronicidade (Abramovitch, McCormack, Brunner, Johnson, & Wofford, 2019; APA, 2014; Ayuso-Mateos, 2006; Caldas de Almeida et al., 2013; Carvalho, 2017; Freitas, 2019; Marques & Cepeda, 2009; Viergever et al., 2013; WHO, 2009).

De acordo com diversos estudos transculturais que analisam a tendência para o desenvolvimento desta perturbação existe uma concordância relativamente à frequência e à forma de manifestação desta perturbação, porém verificaram-se algumas oscilações relativamente ao conteúdo, concretamente os indivíduos da religião muçulmana tem com mais frequência obsessões de contaminação face aos cristãos onde predominam as obsessões de ordem (Bream et al., 2017; O'Connor & Aardema, 2011).

A prevalência de POC é ainda menor entre indivíduos hispânicos do que entre caucasianos (Bream et al., 2017; Chavira et al., 2008).

Os dados apontam que, no sexo feminino, a probabilidade de sofrer de POC é ligeiramente superior, por comparação com os indivíduos do sexo masculino, ainda que não significativo (Barrett et al., 2004; Bream et al., 2017; Fontenelle et al., 2006; Ravindran et al., 2017). A co-morbilidade nas mulheres está relacionada com a perturbação de Ansiedade e Depressão durante a gravidez e o puerpério (Caldas de Almeida et al., 2013; Carvalho, 2017; Challacone et al., 2017), ao passo que nos homens, também se alarga a perturbações por uso de substâncias e controlo de impulsos (McGrath & Abbott, 2019; O'Connor & Aardema, 2011; Riesel et al., 2019; Yang et al., 2019).

Segundo a literatura, os indivíduos do sexo feminino têm predominantemente obsessões de contaminação e rituais de limpeza, enquanto os indivíduos do sexo masculino tendem a apresentar sintomas de simetria/ organização, obsessões sexuais e lentidão obsessiva sem repetições (Bream et al., 2017; Mataix-Cols et al., 1999; Mataix-Cols et al., 2005; Ravindran et al., 2017; San-Bento, 2014).

Relativamente à idade, geralmente a POC tem início na adolescência ou no início da idade adulta, sendo mais precoce nos homens do que nas mulheres (Hojgaard et al., 2019; Waite & Williamns, 2009). Porém também existem casos de início na infância (Barrett et al., 2004; Bream et al., 2017; Marques & Cepeda, 2009; Peris et al., 2017; Uhre et al., 2019). É importante realçar que podemos encontrar sintomas obsessivos-compulsivos no desenvolvimento normativo (Bream et al., 2017; Carvalho, 2017) e em algumas perturbações do neurodesenvolvimento (Challacone et al., 2017), como a síndrome de tourette, quando a POC está associada ao tique, ou a perturbação do espectro do autismo (PEA) (Carlisi et al., 2017; Freitas 2019), ou ainda, a perturbação de hiperatividade e déficit de

atenção (PHDA) (Yang et al., 2019). Em Portugal, 6.8% dos sujeitos sofrem de POC entre os 35 e o 49 anos, 5.9% entre os 50 e os 64 anos (Caldas de Almeida & Xavier, 2013).

Segundo a terapia cognitivo comportamental, a relação entre o início da perturbação e um evento específico é complexa e conflui no desenvolvimento da POC (Bream et al., 2017). Assim, os sujeitos que experienciaram eventos angustiantes tendem a desenvolver Depressão e Ansiedade que são posteriormente implicadas no desenvolvimento da POC (Becker, Paixão, Silva, Quartilho, & Custódio, 2019; Bream et al., 2017; Coban & Tan, 2019).

Existem também outros fatores que são vulneráveis ao desenvolvimento e ao aumento da gravidade desta perturbação, como por exemplo o baixo nível socioeconómico; a baixa escolaridade; a precária e instável situação profissional; o estado civil, no qual predominam os solteiros em indivíduos mais novos, seguindo-se os divorciados (Bream et al., 2017; Leichsenring & Steinert, 2017; Coban & Tan, 2019; Ravindran et al., 2017).

O desenvolvimento da POC pode ter início gradual ou brusco, mas o seu curso crónico tem flutuações que dependem dos fatores acima descritos, como a gravidade dos sintomas iniciais, a duração da doença, a idade aquando da avaliação inicial, as variáveis demográficas e os antecedentes familiares de distúrbios afetivos ou de ansiedade (Bream et al., 2017; Chavira et al., 2008; Fontenelle et al., 2006; Gandra, 2015; Ravindran et al., 2017; Riesel et al., 2019; Waite & Williamns, 2009).

Em Portugal, ainda que investigações deste género ainda sejam escassas (Rodrigues, Ribeiro, Gonçalves & Pinto, 2018), a Perturbação Obsessivo-Compulsiva está entre as 10 primeiras causas de incapacidade tendo uma a prevalência anual de 4,4% (Caldas de Almeida & Xavier, 2013).

1.5. Correntes Teóricas e Principais Modelos de Intervenção

Ao longo dos tempos têm sido desenvolvidas e aperfeiçoadas diversas abordagens terapêuticas, desde os fármacos psicotrópicos à psicocirurgia, passando pela terapia cognitivo-comportamental (TCC) até à estimulação cerebral profunda (ECP) (Bream et al., 2017; Harvard Medical School Health Publications Group [HMSHPG], 2009; Skapinakis et al., 2016; Waite & Williams, 2009; Zohar, 2012). O tratamento melhora significativamente a qualidade de vida destes sujeitos, sendo que quando não existe nenhuma intervenção 10% dos sujeitos desenvolvem uma POC maior gravidade e apresentam um risco elevado de suicídio (HMSHPG, 2009; Waite & Williams, 2009). Porém apesar da melhora, apenas 10% dos sujeitos recuperam completamente e só aproximadamente 50% melhoram com as intervenções acima referidas (HMSHPG, 2009).

Atualmente são aceites como tratamentos de primeira linha a TCC e o tratamento farmacológico, concretamente com inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS). Ambas são reconhecidas como estratégias de primeira linha, porque são eficazes quer no tratamento isolado, quer no tratamento combinado verificando-se este último com melhores resultados (APA, 2020; Dar & Greist, 1992; Fineberg, Brown, Reghunandan, & Pampaloni, 2012; Greist, 1998; Lack, 2012; Laposa et al., 2019; Leichsenring & Steinert, 2017; National Collaborating Centre for Mental Health [NCCMH], 2006; Zhou et al, 2019).

A TCC demonstra um maior efeito e menor taxa de recaída, face às terapias farmacológicas, mas em ambas a percentagem de abandono é superior no início do tratamento (Lack, 2012; Zhou et al, 2019).

1.5.1. Modelo Bioquímico da POC

Na perspetiva do modelo bioquímico, para o tratamento da POC a intervenção farmacológica é a mais consensual, nomeadamente fármacos como os antidepressivos tricíclicos serotoninérgicos (a clomipramina (Bream et al., 2017; Boisseau & Rasmussen, 2018; De Veugh-Geiss et al., 1992; Menchon et al., 2019)), ou como os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) (a fluoxetina, a fluvoxamina, a sertralina, a paroxetina, o escitalopram ou o citalopram (Fineberg et al., 2012; Melchior et al., 2019; Menchon et al., 2019; Murphy et al., 2017; Murray et al., 2019; Skapinakis et al., 2016)).

Estão em estudo novos psicofármacos para o tratamento da POC, como a oxamicina ou d-cicloserina que é uma agonista parcial do ácido N-Metil-D-Aspartato (NMDA), que tem efeitos na plasticidade neural da amígdala e na extinção do medo. Particularmente, num estudo randomizado,

duplo-cego, controlado por placebo, a oxamicina acompanhada por psicoterapia diminuíram significativamente o sofrimento relacionado com a sintomatologia obsessiva quando comparado com o placebo (Humble & Bejerd, 2016; Zohar et al., 2012).

O tratamento psicofarmacológico não deve decorrer num período superior a dez ou doze semanas. Além disso, verificaram-se elevadas taxas de recaída quando o tratamento é exclusivamente farmacológico (Fineberg et al., 2012; Gillian, Fineberg, & Robbins, 2017; Lack, 2012; Skapinakis et al., 2016; Zhou et al., 2019).

Devido às elevadas taxas de recaída, consensualmente, a psicofarmacologia deve ser combinada com Psicoterapia, para que esta facilite a descontinuação do fármaco, com menor risco de recaída (Gillian et al., 2017; Skapinakis et al., 2016; Zhou et al., 2019; Zohar et al., 2012). No entanto relativamente à Psicoterapia, a farmacoterapia é mais barata e menos dolorosa para os sujeitos, ainda que possa causar os efeitos adversos mencionados (Zohar et al., 2012).

Kotzalidis e colaboradores (2019), numa revisão da literatura constataram uma superioridade significativa das taxas de resposta dos sujeitos ao efeito placebo comparativamente ao tratamento medicamentoso, ou seja, verificaram uma tendência para a diminuição na diferença entre o efeito do medicamento e do placebo. Segundo os mesmos autores, este facto pode ser explicado pela expectativa do paciente e pelo efeito de Hawthorne (Kotzalidis et al., 2019).

Ainda outra revisão da literatura realizada por Fineberg, Brown, Reghunandanan e Pampaloni (2012), verificou que apesar do rápido desenvolvimento da farmacologia, a lacuna desse acelerado crescimento mantém-se. Particularmente, os ISRS ainda que sejam o tratamento farmacológico de primeira linha estão associados a recaídas e perda de qualidade de vida, implicando tratamento deve continuar a longo prazo (Fineberg, Brown, Reghunandanan & Pampaloni, 2012).

1.5.2. Modelo Psicoterapêutico Cognitivo-Comportamental da POC

A Terapia Cognitivo-Comportamental é a abordagem psicoterapêutica mais comumente utilizada na POC tendo o seu foco principal nas interpretações e crenças (Bream et al., 2017; Jelinek, Hauschildt, Hottenrott, Kellner, & Mortiz, 2018; Launes et al., 2019; Leichsenring & Steinert, 2017; National Collaborating Centre for Mental Health [NCCMH], 2006; Sookman, 2015). Porém, contrariamente ao que ocorre com a farmacologia, a TCC é um tratamento que envolve e exige participação ativa do sujeito (Bream et al., 2017; Gillan et al., 2017; Zohar, 2012).

A TCC aplicada à POC objetiva que o sujeito aprenda a responder a pensamentos obsessivos intrusivos de forma mais adaptativa e a reatribuir significados a crenças e a cognições automáticas e negativas que surgem devido um senso exagerado de responsabilidade e culpa. Aqui, as compulsões

podem ser entendidas como neutralizações, ou seja, tentativas de reduzir esse senso de responsabilidade e evitar culpa (Abramowitz et al., 2019; Cordioli et al., 2003; Lovell et al., 2017; McCabe et al., 2019; Rector, Richter, Katz, & Leybman, 2019; Twohig et al., 2018; Waite & Williams, 2009; Zohar et al., 2012).

A TCC engloba duas estratégias: a exposição (EX) e a prevenção (PR). A exposição implica o confronto sistemático na imaginação ou ao vivo (mais eficaz), com as circunstâncias e com os estímulos mentais que são objetivamente seguros e que lhe provocam Ansiedade, nomeadamente considerando as obsessões são utilizadas técnicas de saciação ou de intenção paradoxal e, atendendo às compulsões recorre-se ao confronto com as circunstâncias que causam os rituais, ou seja, o paciente é frequentemente confrontado com a doente das obsessões e aprender formas de parar a execução dos rituais, extingue-se o comportamento condicionado (Twohig et al., 2018; Waite & Williams, 2009; Zohar et al., 2012). Na prevenção objetiva-se interromper as obsessões do paciente, através da interrupção do pensamento, contingências aversivas ou de distração, e impedir as compulsões com a prevenção da resposta (Twohig et al., 2018; Waite & Williams, 2009; Zohar et al., 2012).

A intervenção exposta pode ser progressiva, ou seja, aumentando gradualmente o grau de Ansiedade do estímulo ou por imersão, onde se expõe de forma implacável o estímulo de maior Ansiedade. Independentemente da modalidade de exposição ao estímulo, quanto maior for a duração do TCC maior é a proteção contra recaídas (Thiel et al., 2016; Waite & Williams, 2009).

Recentemente surgiu uma evolução da TCC é conhecida como third wave que valoriza a plena consciência (Waite & Williams, 2009). Na POC, ela pode propiciar que o sujeito suporte preocupações obsessivas e identifique os conteúdos dos sintomas. Na plena consciência, o sujeito identifica e caracteriza o que pensa e sente, mas direciona a sua atenção para outros estímulos, isso permite a consciência dos sintomas (Waite & Williams, 2009).

Existem várias evidências da eficácia da TCC em estudos controlados e não controlados na POC que evidenciam uma redução da gravidade (Arch, Twohig, Deacon, Landy & Bluett, 2015; Dar & Greist, 1992; Greist, 1994; Waite & Williams, 2009; Zohar, 2012). A TCC isolada apenas poderá ser uma opção para sujeitos com sintomas ligeiros (Dar & Greist, 1992; Simons, Schneider, & Herpertz-Dahlmann, 2006; Thiel et al., 2016; Uhre et al., 2019) e as compulsões respondem mais à TCC (Uhre et al., 2019; Zohar, 2012).

1.5.3. Modelo Psicoterapêutico HBM

De acordo com Brás (2018), o Modelo Psicoterapêutico HBM baseia-se no estudo do mapa do comportamento humano, que descreve os processos mentais conscientes e inconscientes, permitindo explicar o modelo de pensamento e comportamento do ser humano. Assim, este modelo psicoterapêutico permite a resolução de conflitos emocionais, internos e externos, do indivíduo (Brás, 2018).

Através de uma visão científica do comportamento humano, o psicoterapeuta é capaz de compreender a associação existente entre as experiências que o sujeito viveu no passado e o pensamento e/ ou comportamento que, no presente o perturbam. Deste modo, o trabalho psicoterapêutico surge no sentido de modificar o estado emocional negativo em que a pessoa se encontra, ajudando-a a atingir o equilíbrio psicológico e emocional por ela desejado (Brás, 2018).

Sendo os estados de desequilíbrio emocional provocados por representações mentais perturbadoras, o percurso psicoterapêutico necessário consiste na alteração dessas representações mentais. Esta alteração faz-se através da ressignificação de memórias, ou seja, atribuindo-lhes um significado que seja aceite pelo indivíduo e que o perturbe (Brás, 2018).

Existem duas técnicas psicoterapêuticas utilizadas no Modelo Psicoterapêutico HBM, a Athenese e a Morfese. A sua função é trabalhar o sistema emocional do indivíduo para que este se liberte de emoções tais como a angústia, medo, tristeza, Ansiedade, entre outras, permitindo a alteração do seu estado (Brás, 2018).

Assim, a Athenese, formada por um conjunto de exercícios psicoterapêuticos, consiste em utilizar o pensamento consciente como meio de ressignificação, ajudando o indivíduo a articular novas estratégias de pensamento e de compreensão da realidade (Brás, 2018). A Morfese é uma técnica de libertação emocional através da indução de um sonho orientado pelo psicoterapeuta, durante a qual o sujeito atinge um estado intermédio entre o sono e a vigília. Como tal, recorre ao pensamento inconsciente permitindo a dissociação das experiências que perturbam o indivíduo no passado e, conseqüentemente, permite-lhe associar-se a emoções positivas (Brás, 2018).

Ambas as técnicas combinadas provocam uma efetiva alteração do estado, com mudança clara das representações mentais que anteriormente perturbavam o indivíduo (Brás, 2018).

2. METODOLOGIA E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

2.1. Desenho global da investigação

Este estudo utiliza métodos de investigação quantitativos com pré e pós-teste, pois ao ser desenhado para responder ao problema de investigação: *“Qual a eficiência do modelo de intervenção psicoterapêutico HBM no tratamento da POC?”*, visou avaliar o impacto do modelo de intervenção psicoterapêutica HBM no tratamento da Perturbação Obsessivo-Compulsiva.

2.1.1. Instrumentos

Para a realização deste estudo, foram utilizados como instrumentos de investigação um questionário relacionado com os dados sociodemográficos do indivíduo o Yale-Brown - Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) (Anexo 1).

As várias revisões de literatura têm demonstrado o impacto de fatores demográficos tais como a idade, o sexo, o nível de escolaridade e a etnia, que podem afetar/ condicionar a gravidade dos sintomas da POC. Assim, o questionário sociodemográfico engloba esses principais aspetos, com o intuito de recolher informação detalhada sobre os sujeitos, nomeadamente os dados pessoais relativos à idade, ao género, ao distrito, ao estado civil, à escolaridade, à situação laboral, ao número de filhos e à utilização da medicação.

A Yale-Brown - Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS), construída por Goodman e colaboradores em 1989, constitui um instrumento de autoavaliação, composto por uma escala do tipo Likert com dez itens referentes à presença e à gravidade da sintomatologia da POC (Anastácio & Galhardo, 2017; Goodman et al., 1989; López-Pina et al., 2015).

Cada item encontra-se organizado numa escala de 0 pontos (ausência de sintomatologia; exemplo, nenhum desconforto) a 4 pontos (sintomatologia extrema; exemplo, muito grave: Ansiedade incapacitante [...] durante a execução das compulsões), obtendo-se uma pontuação total através do somatório de todos os itens (a pontuação que pode variar entre 0 e 40). Além disso, está dividida em duas subescalas, a das obsessões e a das compulsões, relativamente a sintomas como o tempo, a interferência, a angústia, a resistência e o grau de controle. A pontuação de cada uma obtém-se pela soma dos 5 itens que a constituem (a pontuação que pode variar de 0 a 20) (Anastácio & Galhardo, 2017; Goodman et al., 1989; López-Pina et al., 2015).

A cotação do instrumento permite ainda categorizar a intensidade da sintomatologia obsessivo-compulsiva em determinados pontos de corte; nomeadamente, pontuações entre 0 e 7 são considerados indicadores subclínicos, entre 8 e 15 sintomas leves; entre 16 e 23 sintomas moderados;

entre 24 e 31 sintomas graves; e entre 32 e 40 sintomas extremos (Goodman et al., 1989; López-Pina et al., 2015). Observou-se que a escala era menos sensível à mudança em pacientes com níveis muito altos pontuações (López-Pina et al., 2015; Lovell et al., 2017; Tolin et al., 2005; Twohig et al., 2018; Zohar et al., 2012).

O Y-BOCS é a única escala disponível com classificação clínica que está amplamente validada em ensaios controlados em todo o mundo e o uso de uma única escala nos permitiu usar a média diferença em vez da diferença média padronizada, evitando as dificuldades metodológicas e interpretativas culturas associadas ao uso de média padronizada (Anastácio & Galhardo, 2017; Goodman et al., 1989; López-Pina et al., 2015).

Nos estudos originais, o Y-BOCS apresentou uma boa consistência interna (alfa = .87), fiabilidade teste-reteste moderada a alta (de .85 a .92) e boa validade de critério baseada na diferenciação entre populações clínicas e não clínicas (Goodman et al., 1989). No presente estudo, o Y-BOCS apresentou valores quase perfeitos de consistência interna (Landis & Koch, 1977): no pré-teste, quer na escala total (alfa = .86), quer para as subescalas relativas às obsessões (alfa = .80) e às compulsões (alfa = .88); no pós-teste, quer na escala total (alfa = .90), quer para as escalas relativas às obsessões (alfa = .85) e às compulsões (alfa = .85).

2.1.2. População e critérios de seleção da amostra

Para o desenvolvimento desta investigação e tendo em atenção os objetivos inicialmente definidos, a população-alvo foi constituída por 131 sujeitos, adultos, de ambos os sexos, com diagnóstico de Perturbação Obsessivo-Compulsiva, oriundos de diversos distritos do país, dos quais 50.4% do sexo feminino (n = 66) e 49.6% do sexo masculino (n = 65). Os participantes do presente estudo encontram-se globalmente caracterizados na tabela 1.

Relativamente à idade, constata-se que a amostra tem, em média, 37.91 anos e a sua idade varia entre 16 e 69 anos, sendo que cerca de 57.2% da amostra tem uma idade compreendida entre os 31 e os 40 anos de idade.

No que se refere ao estado civil, verifica-se que 49.6% dos pacientes são solteiros e 33.6% são casados. Em relação aos filhos, 57.3% da amostra não possui filhos e 42.7% possui filhos.

O nível de escolaridade reflete a boa literacia dos sujeitos, constata-se que 42.0% da amostra possui licenciatura e/ou mestrado e 39.7% possui o ensino secundário. No que concerne à situação face ao emprego, verifica-se que 62.6% da amostra encontra-se empregada, 9.9% desempregada e 3.8% reformada.

Variável	f	%
Sexo		
Feminino	66	50.4
Masculino	65	49.6
Idade (máximo = 69; mínimo = 16; M = 37.91; DP = 13.77)		
≤ 20	8	6.1
Entre 21 e 30	40	30.5
Entre 31 e 40	35	26.7
Entre 41 e 50	18	13.7
Entre 51 e 60	19	14.5
> 60	11	8.4
Situação profissional		
Baixa médica	2	1.5
Desempregado (a)	13	9.9
Doméstica	3	2.3
Empregado (a) por conta de outrem	65	49.6
Empregado por conta própria	17	13.0
Estudante	26	19.8
Reformado (a)	5	3.8
Formação académica		
1º ciclo	1	.8
2º ciclo	5	3.8
3º ciclo	14	10.7
Ensino secundário	52	39.7
Licenciatura/ mestrado	55	42.0
Doutoramento	3	2.3
Sem habilitações	1	.8
Estado Civil		
Casado (a)	44	33.6
Divorciado (a)	12	9.2
Solteiro (a)	65	49.6
União de Facto	8	6.1
Viúvo (a)	2	1.5
Filhos		
Sim	56	42.7
Não	75	57.3
Medicação		
Sim	70	53.4
Não	61	46.6
Número de Sessões Intensivas		
< 5 sessões	1	.8
Entre 5 e 10 sessões	116	88.5
> 10 sessões	14	10.7

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica da amostra

No presente estudo, os pós-testes foram passados a 88.5% da amostra entre a 5ª e a 10ª sessão de intervenção psicoterapêutica (M = 8.84; DP = 2.67), aquando do alcance dos objetivos terapêuticos delineados na consulta de avaliação e diagnóstico. Além disso, 53.4% dos sujeitos tomam medicação para a sintomatologia obsessivo-compulsiva.

A informação acerca da amostra foi recolhida na Clínica da Mente, onde os sujeitos foram submetidos a intervenção psicoterapêutica HBM. Os critérios de inclusão dos participantes foram uma pontuação superior ou igual a 8 no Y-BOCS, um diagnóstico formal de POC efetuado pelos profissionais da Clínica da Mente de acordo com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais – Quinta Edição (DSM-5), idade igual ou superior a 16 anos e a sua residência em Portugal. Os critérios de exclusão foram a apresentação de um comprometimento mental ou qualquer perturbação orgânica, bem como a presença de outra perturbação mental.

2.1.3. Procedimento

Todos os procedimentos referentes ao presente estudo foram cumpridos de acordo com uma rigorosa conduta ética, respeitando todos os princípios do código ético e deontológico do Psicólogo. Ademais, os terapeutas em nosso estudo também foram altamente treinados e supervisionados de perto por especialistas.

Assim, num primeiro momento, foi realizada uma sessão de avaliação e diagnóstico por 27 psicoterapeutas da Clínica da Mente, da qual resultou uma análise do caso clínico, identificando as causas das perturbações psicológicas e emocionais de cada paciente, e delineando, assim, um plano terapêutico apropriado para cada um. Este plano de tratamento foi discutido conjuntamente com o paciente, tendo este a oportunidade de tomar uma decisão informada relativamente ao mesmo. O número de sessões a realizar depende sempre da avaliação do psicoterapeuta aquando da sessão de diagnóstico. Contudo, é recomendável que o paciente atenda a, pelo menos, 8 a 10 sessões terapêuticas intensivas para atingir um equilíbrio emocional (Brás, 2018).

No início da primeira sessão de tratamento, e antes de qualquer intervenção terapêutica, os pacientes foram questionados quanto à disponibilidade para participar no presente estudo, tendo sido informados acerca da sua natureza, dos seus objetivos e metodologia. Foi também assegurado aos participantes voluntários do estudo o seu anonimato e a confidencialidade dos dados, e todos assinaram um documento onde constavam as informações descritas. Em seguida, foi administrado o questionário a todos os participantes do estudo, do qual constava a ficha de dados sociodemográficos e o Y-BOCS (pré-teste), tal como supracitado.

As sessões intensivas do modelo terapêutico HBM, com duração de até 2 horas, foram realizadas semanalmente, de acordo com o plano delineado na sessão de avaliação e até os objetivos inicialmente definidos terem sido alcançados. Torna-se importante referir que a duração do tratamento intensivo é variável, dependendo das necessidades e objetivos terapêuticos individuais.

Na última sessão de tratamento da fase intensiva, foi novamente administrado a todos os pacientes o questionário (pós-teste). É recomendável que, durante o ano após as sessões de tratamento intensivo, sejam realizadas sessões de reforço, com o objetivo de manter e consolidar o equilíbrio emocional alcançado (Brás, 2017).

As técnicas utilizadas no Modelo Psicoterapêutico HBM – Athenese® e Morfese® – têm como referência o Mapa da Mente. A sua função é trabalhar o sistema emocional do indivíduo para que este se liberte de emoções tais como angústia, medo, tristeza, Ansiedade, entre outras, permitindo a alteração do seu estado depressivo ou ansioso (Brás, 2010).

O estudo recebeu aprovação da Comissão de Ética da Sociedade Portuguesa de Psicoterapia HBM, assim todos os dados serão armazenados anonimamente.

2.2. Metodologia estatística dos dados

Os dados recolhidos foram tratados e analisados utilizando a versão 22.0 do software IBM™ SPSS™ (Statistical Package for Social Sciences; IBM, Armonk, NY) para Windows™ e foram analisados por meio de um teste T student para amostras emparelhadas, para comparar as pontuações diretas obtidas na Y-BOCS avaliadas em dois momentos temporais.

Foi também calculado o Reliable Change Index (RCI), que é um critério psicométrico usado para avaliar se uma alteração ao longo do tempo de uma pontuação individual é considerada estatisticamente significativa, que é considerado confiável RCI > 1.96. O RCI é calculado segundo a seguinte fórmula (Perini, Slade, & Andrews, 2006):

$$\frac{((Pré - Teste) - (Pós - Teste))}{\sqrt{2(SE)^2}}$$

Dada a natureza exploratória deste trabalho, muitos das análises são descritivas. Recorreu-se a estatística descritiva (frequências, percentagens, médias e desvios-padrão) com o objetivo de caracterizar a amostra ao nível sociodemográfico. Posteriormente, com o intuito de analisar a correlação entre as variáveis sociodemográficas dos sujeitos e as pontuações obtida no Y-BOCS nos dois momentos temporais, recorreu-se a testes de associação nomeadamente o coeficiente de correlação de pearson (para a variável sociodemográfica idade), o coeficiente de correlação de spearman (para as variáveis sociodemográficas como a formação académica e as sessões) e o coeficiente de correlação do ponto-bisseral (para variáveis sociodemográficas como o género, os

filhos, a medicação, a situação profissional, o estado civil, a clínica e o psicoterapeuta), que permitem averiguar a presença de uma associação significativa entre as variáveis.

Com o intuito de analisar se há diferenças na sintomatologia da POC em cada momento temporal entre as variáveis sociodemográficas, realizaram-se teste T student para Amostras Independentes (sexo, filhos e medicação) e Análise de Variância (ANOVA) unifatorial (faixa etária, escolaridade, estado civil, situação profissional e número de sessões intensivas), onde as variáveis independentes eram as variáveis sociodemográficas e as variáveis dependentes o RCI, pontuação total no Y-BOCS, subescala obsessões e subescala compulsões.

Por fim efetuou-se uma regressão linear múltipla entre um conjunto de variáveis independentes organizadas por diversos modelos (medicação, género, idade e situação profissional) e uma variável dependente, a pontuação total no Y-BOCS em cada momento temporal (e, também o RCI), com o intuito de determinar a relação entre eles e definir as variáveis predictoras.

Todos os testes estatísticos acima mencionados reportaram-se a um nível de significância de $p \leq .05$ (Perini et al., 2006).

3. RESULTADOS

3.1. Análise da eficiência do modelo de intervenção psicoterapêutica HBM

Para dar resposta à principal questão em análise neste estudo, “Qual a eficiência do modelo de intervenção psicoterapêutico HBM no tratamento da POC?” foi efetuada uma comparação dos resultados da amostra no pré e pós intervenção psicoterapêutica HBM (tabela 2; anexo 1: gráfico 2 e gráfico 3).

Categorias	Teste								Teste-T (amostras emparelhadas)
	Pré-Teste				Pós-Teste				
	f	%	M	DP	f	%	M	DP	
Ausência de POC					51	38.	4	2.3	t (130) = 15.87, p < .001
						9		1	
POC ligeira	32	24.	11.7	2.3	53	40.	11.2	2.2	
		4	5	6		5	6	3	
POC moderada	54	41.	19.1	2.2	25	19.	18.7	1.8	
		2	8	5		1	2	1	
POC grave	40	30.	26.6	2.2	2	1.5	24.5	.71	
		5	0	4			0		
POC extrema	5	3.8	34.6	2.0					
			0	7					
Total	131	100	20.2	6.6	131	100	10.0	6.1	
			2	0			6	1	

Tabela 2: Valores de POC (por categorias) no pré e pós-teste da amostra

Verificou-se, então, que, no momento inicial (antes da intervenção psicoterapêutica), a média dos valores obtidos pelos sujeitos no Y-BOCS era de 20.22, correspondendo à categoria de *POC moderada*.

No final da intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM, a média da sintomatologia obsessivo-compulsiva da amostra era de 10.06, correspondendo à categoria de *POC ligeira*.

Verifica-se, deste modo, que existe uma diferença estatisticamente significativa ($t(130) = 15.87, p < .001$) entre a média da sintomatologia obsessivo-compulsiva para o pré-teste ($M = 20.22; DP = 6.60$) e pós-teste ($M = 10.06; DP = 6.11$), podendo-se inferir que a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM teve um impacto significativo na diminuição do grau de POC sendo que 79,4% da amostra apresentava níveis de POC ligeira ou ausência total de sintomas POC, no final do tratamento.

Para dar visibilidade às diferenças anteriormente referidas no nível de sintomatologia obsessivo-compulsiva, isto é, uma diferença estatisticamente significativa entre o pré-teste e o pós-teste da amostra, procedeu-se à análise da evolução do nível obsessivo-compulsiva da amostra nos pré e pós-teste, categorizando as suas respostas na Y-BOCS em *ausência de POC* (cotação até 7 pontos na escala), *POC ligeira* (cotação entre 8 e 15 pontos), *POC moderada* (cotação entre 16 e 23), *POC grave* (cotação entre 24 e 31) e *POC extrema* (cotação acima de 32 pontos na escala).

Assim, verificou-se que, antes da intervenção psicoterapêutica, 41.2% da amostra apresentava índices de *POC moderada* (M = 19.18; DP = 2.25), 30.5% *POC grave* (M = 26.60; DP = 2.24) e 3.8% *POC extrema* (M = 34.60; DP = 2.07).

Após a intervenção psicoterapêutica com recurso ao modelo HBM, 38.9% da amostra apresentava *ausência de POC* (M = 4; DP = 2.31) e 40.5% apresentava índices de *POC ligeira* (M = 11.26; DP = 2.23).

O cálculo do RCI confirma os resultados significativos encontrados no Teste *T student* para amostras emparelhadas, ou seja, a alteração da sintomatologia obsessiva-compulsiva ao longo dos dois momentos temporais (pré-teste e pós-teste) é considerada confiável (M = 4.11; DP = 2.54).

Pré-Teste	Pós-Teste	f	%
POC ligeira	Ausência de POC	18	56.25
	POC ligeira	10	31.25
	POC moderada	4	12.5
POC moderada	Ausência de POC	23	45.59
	POC ligeira	22	40.74
	POC moderada	9	16.67
POC grave	Ausência de POC	9	22.5
	POC ligeira	19	47.5
	POC moderada	10	25
	POC grave	2	5
POC extrema	Ausência de POC	1	20
	POC ligeira	2	40
	POC moderada	2	40

NOTA: Percentagem em função da categoria de POC no pré-teste

Tabela 3: Estatísticas descritivas das categorias da POC entre os dois momentos de avaliação

Como é possível observar na tabela 3, a maioria dos sujeitos da amostra mantiveram ou diminuíram os seus níveis de sintomas obsessivos-compulsivos. Concretamente, entre os sujeitos que iniciaram o estudo na categoria de *POC ligeira* 31.25% permaneceram nesta categoria e 56.25% passaram para a categoria de *ausência de POC*. Nos sujeitos que inicialmente se encontravam na categoria *POC moderada*, 16.67% mantiveram a categoria e 86.33% diminuíram (40.74% *POC ligeira* e 45.59% *ausência de POC*). Relativamente à *POC grave*, 5% dos sujeitos após a intervenção continuaram

nesta categoria, e os restantes decresceram, 25% *POC moderada*, 47.5% *POC ligeira* e 22.5% *ausência de POC*. Por fim, no que diz respeito à *POC extrema* todos os sujeitos reduziram a categoria de POC, concretamente 40% *POC moderada*, 40% *POC ligeira* e 20% *ausência de POC*.

Ainda atendendo à tabela anterior é possível concluir que 80.92% dos sujeitos diminuíram a categoria de POC entre os dois momentos de intervenção, 16.03% mantiveram a categoria e 3.05% agravaram.

3.2. Caracterização da amostra nos dois momentos face à sintomatologia da PDM

Concretamente, constataram-se diferenças significativas tanto na subescala das obsessões ($t(130) = 16.86, p < .001$) entre o pré-teste ($M = 11.41; DP = 3.26$) e o pós-teste ($M = 5.58; DP = 3.21$), como na subescala de compulsões ($t(130) = 11.81, p < .001$) entre o pré-teste ($M = 8.81; DP = 4.34$) e o pós-teste ($M = 4.48; DP = 3.35$).

Sintomatologia	Teste				Teste-T (amostras emparelhadas)
	Pré-Teste		Pós-Teste		
	M	DP	M	DP	
Obsessões	11.41	3.26	5.58	3.21	t (130) = 16.86, p < .001
Compulsões	8.81	4.34	4.48	3.35	t (130) = 11.81, p < .001

Tabela 4: Sintomatologia obsessivo-compulsiva no pré e pós-teste da amostra

Através da tabela 4, verifica-se que no pré-teste as obsessões dos sujeitos tendem a ser mais preponderantes no desenvolvimento da POC visto que apresentam uma pontuação média de 11.41, num intervalo de 0 a 20 pontos, na subescala de Obsessões do Y-BOCS. Enquanto que, no mesmo momento, as compulsões evidenciaram uma pontuação inferior, uma média de 8.81, num intervalo de 0 a 20 pontos, na subescala de Compulsões do Y-BOCS.

No segundo momento temporal, observou-se uma diminuição significativa de ambos quadros sintomatológicos da POC, porém a presença e intensidade de sintomatologia obsessiva é superior à sintomatologia compulsiva.

Procedemos a uma apresentação descritiva da mediana (medida de tendência central) de cada item, individualmente do Y-BOCS. Nela verifica-se que no primeiro momento de avaliação os sujeitos

com POC apresentavam mais incómodo face à sintomatologia obsessiva, concretamente no que diz respeito ao *tempo ocupado pelos pensamentos obsessivos* (mediana = 3) e ao *grau de controlo sobre os pensamentos obsessivos* (mediana = 3). No segundo momento temporal, houve uma tendência para a seleção de respostas em o grau de sintomatologia obsessivo-compulsiva é considerado *leve* (mediana = 1).



Gráfico 1: Mediana de cada item do Y-BOCS nos dois momentos de avaliação

Legenda:

- 0 – Nenhum
- 1 - Leve
- 2 - Moderado
- 3 - Grave
- 4 – Muito Grave

O teste de Wilcoxon para cada item do Y-BOCS nos dois momentos temporais, permitiu-nos concluir que estas diferenças são encontradas em todos os itens: item 1 ($Z = -8.51, p < .001$); item 2 ($Z = -8.31, p < .001$); item 3 ($Z = -8.95, p < .001$); item 4 ($Z = -6.97, p < .001$); item 5 ($Z = -8.14, p < .001$); item 6 ($Z = -6.83, p < .001$); item 7 ($Z = -7.44, p < .001$); item 8 ($Z = -7.11, p < .001$); item 1 ($Z = -7.30, p < .001$); e, item 10 ($Z = -6.81, p < .001$).

Constatou-se que existem diferenças significativas entre todos os itens obtidos no Y-BOCS pelos sujeitos nos dois momentos temporais, havendo uma tendência para a seleção de respostas *moderado* e *grave* no pré-teste, e no pós-teste *leve*.

3.3. Associação entre o Y-BOCS e as variáveis sociodemográficas

Apresentam-se de forma sucinta os resultados obtidos da análise de correlação entre a pontuação total e das subescalas do Y-BOCS e as variáveis sociodemográficas em análise.

É possível verificar que existe uma correlação negativa entre a formação académica e a pontuação total no Y-BOCS no pré-teste, $r_s = -.20$, $p = .025$, ou seja, um menor nível de escolaridade está associado à maior gravidade da POC.

No que respeita à situação profissional, esta apresenta uma correlação negativa a pontuação total no Y-BOCS no pré-teste, $r_{pb} = -.21$, $p = .019$. Assim, a ocupação profissional associa-se a uma maior gravidade no Y-BOCS.

A toma de medicação apresenta uma correlação negativa com a pontuação total no Y-BOCS no pré-teste, $r_{pb} = -.20$, $p = .023$. A toma de medicação está associada a uma maior gravidade no Y-BOCS.

A subescala de obsessões no pré-teste apresenta uma correlação negativa com a formação académica, $r_s = -.20$, $p = .025$, ou seja, um menor nível de escolaridade está associado à presença de obsessões.

A situação profissional está correlacionada negativamente com a subescala de obsessões no pré-teste, $r_{pb} = -.21$, $p = .019$. Na qual, os sujeitos que estão profissionalmente ocupados associam-se a uma maior presença de obsessões.

Por fim, na subescala de obsessões no pré-teste apresenta uma correlação negativa com a toma de medicação, $r_{pb} = -.23$, $p = .008$.

Nas tabelas 5 e 6 são apresentados os resultados principais obtidos para a comparação entre cada variável sociodemográfica e a pontuação total e das subescalas do Y-BOCS.

Medicação	Y-BOCS			
	Pontuação Total		Subescala Obsessões	
	M	DP	M	DP
Sim	21.44	6.97	12.11	3.43
Não	18.81	5.91	10.61	2.89
<i>Teste-T</i>				

(amostras independentes) $t(129) = 2.31, p = .023$ $t(129) = 2.70, p = .008$

Tabela 5: Comparação entre os sujeitos que tomam ou não medicação e as pontuações obtidas no Y-BOCS, no pré-teste

Foram encontradas diferenças significativas entre os sujeitos que tomam e não medicação ao nível da gravidade da sintomatologia da POC no pré-teste (com base na pontuação total no Y-BOCS), $t(129) = 2.31, p = .023$. Os sujeitos que tomam medicação ($M = 21.44$; $DP = 6.97$) relatam uma maior gravidade da POC do que os sujeitos que não tomam medicação ($M = 18.81$; $DP = 5.91$) (tabela 4). Neste sentido, também é possível verificar que nos sujeitos que tomam medicação ($M = 12.11$; $DP = 3.43$) tem mais sintomatologia obsessiva ($t(129) = 2.70, p = .008$) face aos que não tomam ($M = 10.61$; $DP = 2.89$), concretamente.

Situação Profissional	Y-BOCS			
	Pontuação Total		Subescala Obsessões	
	M	DP	M	DP
Baixa médica	27.00	14.14	14.50	6.36
Desempregado (a)	23.08	7.04	12.69	3.59
Doméstica	28.33	3.06	14.67	1.53
Empregado por conta de outrem	19.55	6.18	11.29	3.15
Empregado por contra própria	21.59	7.01	11.35	6.37
Estudante	18.27	6.00	10.62	2.65
Reformado (a)	19.40	6.43	10.80	4.09

ANOVA
(Análise da Variância) $F(6, 124) = 2.26, p = .042$ $F(6, 124) = 1.25, p = .288$

Tabela 6: Comparação entre a situação profissional e as pontuações obtidas no Y-BOCS, no pré-teste

Foram encontradas diferenças significativas entre a situação profissional ao nível da gravidade da sintomatologia da POC no pré-teste (com base na pontuação total no Y-BOCS), $F(6, 124) = 2.26, p = .042$. Os sujeitos em situação de baixa médica ($M = 27.00$; $DP = 14.14$) ou domésticas ($M = 28.33$; $DP = 3.06$) apresentam uma maior gravidade dos sintomas da POC relativamente aos estudantes ($M = 18.27$; $DP = 6.00$), reformados ($M = 19.40$; $DP = 6.43$) e empregados por conta de outrem ($M = 19.55$; $DP = 6.18$) (tabela 5).

Após a realização de uma regressão linear múltipla, entre um modelo composto por variáveis sociodemográficas como a medicação, o género, a situação profissional e a idade e a pontuação total no Y-BOCS do pré-teste, verifica-se um valor de correlação múltipla de $R = .71$ e $R^2 = .56$, sendo que o modelo de predição testado explica 56% da variância da variável dependente valor do Y-BOCS no pré-teste. De acordo com a ANOVA verifica-se que de facto, este modelo prediz significativamente a sintomatologia obsessivo-compulsiva no pré-teste, ou seja, este modelo é significativo, $F(5, 125) = 2.30, p = .049$. Observamos que VI's como a medicação ($\beta = -.18, p = .049$) e a situação profissional

(beta = -.19, p = .029) constituem preditores significativos da diminuição dos sintomas obsessivo-compulsivos, ao contrário do género (beta = .08, p = .33) e da idade (beta = -.05, p = .56), que não predizem significativamente.

Particularmente, a regressão linear múltipla realizada entre o modelo composto por variáveis sociodemográficas como a medicação, o género, a situação profissional e a idade e o RCI não se mostrou significativo, ou seja, estas variáveis não predizem significativamente o RCI, ou seja, a alteração entre o pré-teste e o pós-teste sugestionada pelo modelo psicoterapêutico HBM.

Terapeuta	Y-BOCS				RCI
	Pré-Teste		Pós-Teste		
	M	DP	M	DP	
A	23.50	2.12	3.00	1.41	7.01
B	20.25	7.68	13.75	3.86	2.51
C	23.00	2.83	16.00	5.66	4.23
D	18.50	6.36	9.50	3.54	4.06
E	22.00	6.53	10.14	7.47	4.82
F	21.60	7.71	10.80	7.19	3.82
G	16.29	7.74	8.29	4.50	3.65
H	19.67	9.29	10.00	8.00	4.24
I	22.00	7.76	8.44	5.50	5.23
J	22.00	7.07	8.50	2.12	5.25
L	18.54	6.63	9.15	4.00	4.26
M	22.50	.71	12.00	9.90	4.40
N	23.75	6.55	12.00	4.16	3.95
O	19.43	5.09	5.43	5.53	5.34
P	20.50	.71	9.50	10.61	4.52
Q	22.00	8.04	11.00	4.97	4.56
R	16.50	3.11	5.50	4.51	4.56
S	17.50	.71	9.00	12.73	1.54
T	21.31	8.33	11.92	7.18	3.89
U	20.67	5.13	10.33	5.24	4.39
V	31.00	7.07	10.00	4.24	7.06
X	22.40	4.16	12.60	9.18	3.92
Z	17.63	5.12	14.75	6.09	1.75
<i>ANOVA (Análise da Variância)</i>	F (26, 104) = .74, p = .81		F (26, 104) = 1.05, p = .41		F (26, 104) = 1.20, p = .24

Tabela 7: Comparação dos resultados obtidos no Y-BOCS, por terapeutas, no pré-teste, pós-teste e no RCI

No que se refere ao efeito da terapeuta concretamente (tabela 7), não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre terapeutas nos resultados obtidos, quer no pré-teste (p = .81), como no pós-teste (p = .41), como no RCI (p = .24). Assim, em 23 terapeutas apenas 2 no RCI apresentaram valores não significativos, inferiores a 1.96.

4. DISCUSSÃO

O presente estudo pretendeu demonstrar a eficiência do Modelo de Intervenção Psicoterapêutica HBM, no âmbito da POC numa população adulta. Assim, através dos dados recolhidos reverificou-se uma redução estatisticamente significativa dos valores de sintomatologia obsessivo-compulsiva obtidos pelo Y-BOCS nos dois momentos temporais.

No primeiro momento de avaliação (precedente à intervenção psicoterapêutica HBM), a média das pontuações do Y-BOCS apresentada pelos indivíduos com POC correspondia a uma intensidade de POC moderada e por fim, no pós-teste no limite inferior da categoria POC ligeira.

Para 88.5% da amostra em estudo, foram necessárias entre cinco e dez sessões intensivas de intervenção psicoterapêutica com base no modelo HBM para ultrapassar a sintomatologia de POC em que se encontravam anteriormente (80.92%), percecionando-se com qualidade de vida e bem-estar. Como tal, esta intervenção requer menos tempo para a redução da sintomatologia obsessivo-compulsiva comparativamente à TCC, pois esta para ser eficaz na redução de 50-80% dos sintomas necessita de entre 12 a 20 sessões (Barrett et al., 2004; Becker et al., 2019; Bream et al., 2017; Challacombe et al., 2017; Cordioli et al., 2003; Furukawa et al., 2014; Jelinek et al., 2018; Launes et al., 2019; Lovell et al., 2017; McCabe et al., 2019).

Verificou-se que nos resultados médios que a amostra antes da intervenção psicoterapêutica HBM, no geral, apresenta maior nível de sintomatologia obsessiva, principalmente no que respeita ao tempo ocupado pelos pensamentos obsessivos e ao grau de controlo sobre os mesmos. Além disso, essa sintomatologia obsessiva era tendencialmente mais grave nos sujeitos com um baixo nível de escolaridade. Esta informação vai de encontro à literatura, uma vez que descreve que os sujeitos com menor escolaridade apresentam sintomatologia tendencialmente mais obsessiva (Bream et al., 2017; Leichsenring & Steinert, 2017; Coban & Tan, 2019; Ravindran et al., 2017).

A situação profissional demonstrou resultados estatisticamente significativos com a gravidade da POC antes da intervenção, assim os indivíduos em situação de baixa médica, as domésticas e os desempregados apresentam uma maior gravidade sintomatológica.

Além disso, quanto maior intensidade sintomatológica apresentam no início do tratamento, mais medicados se apresentam, resultado este que também vai de encontro ao descrito na literatura, onde a toma de medicação está associada a uma maior gravidade de sintomatologia (Bream et al., 2017; Boisseau & Rasmussen, 2018; De Vaugh-Geiss et al., 1992; Fineberg et al., 2012; Melchior et al., 2019; Menchon et al., 2019; Murphy et al., 2017; Murray et al., 2019; Skapinakis et al., 2016).

Porém, não se verificou existência de associação entre o género e a idade e a sintomatologia da POC, contrariamente ao que é descrito (Barrett et al., 2004; Bream et al., 2017; Fontenelle et al., 2006;

Ravindran et al., 2017). Uma possível explicação para este resultado é o facto da variável idade de início da sintomatologia não ter sido controlada e ser importante, uma vez que por norma a POC tem início na adolescência ou no início da idade adulta, sendo mais precoce nos homens do que nas mulheres (Hojgaard et al., 2019; Waite & Williamns, 2009) e a média de idades da amostra em causa é 38 anos. Também a variável género tem mais ênfase em idades precoces, como já referido sendo a amostra essencialmente constituída por indivíduos adultos, não existem diferenças significativas a realçar (Barrett et al., 2004; Bream et al., 2017; Fontenelle et al., 2006; McGrath & Abbott, 2019; O'Connor & Aardema, 2011; Ravindran et al., 2017; Riesel et al., 2019; Yang et al., 2019).

Os resultados e conclusões da presente investigação fizeram emergir novas questões de investigação que ficam como sugestão para futuras investigações, enunciadas de seguida. Poderá, no futuro, ser pertinente delinear um estudo longitudinal e de follow-up que permita acompanhar os pacientes ao longo dos anos de forma a averiguar se os resultados obtidos no final do tratamento intensivo se mantêm consistentes e estáveis.

Contudo, o facto de que a POC é um estado perturbador mas normal, que é potenciado pelas experiências e circunstâncias que o indivíduo vive ao longo do tempo torna muito variável a medição do efeito de uma intervenção psicoterapêutica no tempo futuro (Brás, 2018). O modelo HBM, que visa sobretudo a quebra de um estado crónico num determinado momento, cria uma estrutura mental resistente a agressões presentes, mas ainda assim não interferindo na personalidade das pessoas e da sua capacidade de perceção da realidade em que vivem (Brás, 2018).

As conclusões decorrentes desta investigação revestem-se de particular importância para a construção de um novo paradigma de Saúde Mental, enfatizando a relevância da abordagem HBM no tratamento da POC. A presente investigação contribuiu para uma base de conhecimento teórico e prático da saúde mental. Portanto, a abordagem HBM no tratamento dos estados obsessivos-compulsivos deveria ser uma metodologia disseminada e amplamente utilizada pelos profissionais da área da psicologia.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramovitch, A., McCormack, B., Brunner, D., Johnson, M., & Wofford, N. (2019). The impact of symptom severity on cognitive function in obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 67, 36-44.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico das perturbações mentais*. Artmed Editora.
- American Psychiatric Association (2020). *Obsessive-compulsive disorder (OCD)*. Retirado de <https://www.psychiatry.org/patients-families/ocd/what-is-obsessive-compulsive-disorder>
- Anastácio, S. P. C., & Galhardo, A. O. (2017). *Avaliação da Sintomatologia Obsessivo compulsiva: desenvolvimento da versão reduzida do Inventário Obsessivo de Coimbra (Tese de Mestrado, ISMT)*.
- Apergis-Schoute, A. M., Bijleveld, B., Gillan, C. M., Fineberg, N. A., Sahakian, B. J., & Robbins, T. W. (2018). Hyperconnectivity of the ventromedial prefrontal cortex in obsessive-compulsive disorder. *Brain and neuroscience advances*, 2, 2398212818808710.
- Arch, J. J., Twohig, M. P., Deacon, B. J., Landy, L. N., & Bluett, E. J. (2015). The credibility of exposure therapy: Does the theoretical rationale matter?. *Behaviour research and therapy*, 72, 81-92.
- Arnold, P. D., Askland, K. D., Barlassina, C., Bellodi, L., Bienvenu, O. J., Black, D., ... & Capi, C. (2018). Revealing the complex genetic architecture of obsessive compulsive disorder using meta-analysis. *Molecular psychiatry*, 23(5), 1181-1181.
- Ayuso-Mateos, J. L. (2006). *Global burden of obsessive-compulsive disorder in the year 2000*. World Health Organization.
- Barrett, P., Healy-Farrell, L., & March, J. S. (2004). Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(1), 46-62.
- Becker, J. P., Paixão, R., Silva, S., Quartilho, M. J., & Custódio, E. M. (2019). *Dynamic Psychotherapy: The Therapeutic Process in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder*. *Behavioral Sciences*, 9(12), 141.
- Boisseau, C. L., & Rasmussen, S. A. (2018). Unified protocol for the discontinuation of long-term serotonin reuptake inhibitors in obsessive compulsive disorder: Study protocol and methods. *Contemporary clinical trials*, 65, 157-163.

- Brás, P. (2018). *Feliz para Sempre: Seis pilares para construir a felicidade permanente*. Editorial Planeta.
- Bream, V., Challacombe, F., Palmer, A., & Salkovskis, P. (2017). *Cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder*. Oxford University Press.
- Caldas de Almeida, J. M., Xavier, M., Cardoso, G., Gonçalves-Pereira, M., Gusmão, R., Corrêa, B., & Silva, J. (2013). Estudo epidemiológico nacional de saúde mental-1º relatório. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, 26 29.
- Carlisi, C. O., Norman, L. J., Lukito, S. S., Radua, J., Mataix-Cols, D., & Rubia, K. (2017). Comparative multimodal meta-analysis of structural and functional brain abnormalities in autism spectrum disorder and obsessive-compulsive disorder. *Biological psychiatry*, 82(2), 83-102.
- Carvalho, A. (2017). *Depressão e outras perturbações mentais comuns. Enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes*. Programa Nacional para a Saúde Mental.
- Catan, M. C., Gulbinat, W. H., & World Health Organization. (1994). *Obsessive compulsive disorder: a selected annotated bibliography (No. WHO/MNH/MND/94.20. Unpublished)*. World Health Organization.
- Challacombe, F. L., Salkovskis, P. M., Woolgar, M., Wilkinson, E. L., Read, J., & Acheson, R. (2017). A pilot randomized controlled trial of time-intensive cognitive behaviour therapy for postpartum obsessive–compulsive disorder: effects on maternal symptoms, mother–infant interactions and attachment. *Psychological medicine*, 47(8), 1478-1488.
- Chavira, D. A., Garrido, H., Bagnarello, M., Azzam, A., Reus, V. I., & Mathews, C. A. (2008). A comparative study of obsessive-compulsive disorder in Costa Rica and the United States. *Depression and Anxiety*, 25(7), 609-619.
- Clínica da Mente (2020). *Perturbação Obsessiva Compulsiva*. Retirado de: <https://www.clinicadamente.com/perturbacao-obsessiva-compulsiva/>
- Coban, D. A., & Tan, O. (2019). The predictors of occupational disability in obsessive compulsive disorder in a large clinical sample. *Annals of Medical Research*, 26(7), 1320-5.
- Cohn, J. F., Jeni, L. A., Onal Ertugrul, I., Malone, D., Okun, M. S., Borton, D., & Goodman, W. K. (2018, October). Automated affect detection in deep brain stimulation for obsessive-compulsive disorder: A pilot study. In *Proceedings of the 20th ACM International Conference on Multimodal Interaction* (pp. 40-44).

- Cordioli, A. V., Heldt, E., Bochi, D. B., Margis, R., de Sousa, M. B., Tonello, J. F., ... & Kapczinski, F. (2003). Cognitive-behavioral group therapy in obsessive compulsive disorder: a randomized clinical trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 72(4), 211-216.
- Dar, R., & Greist, J. H. (1992). Behavior therapy for obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15(4), 885–894.
- De Veugh-Geiss, J., Moroz, G., Biederman, J., CANTWELL, D., Fontaine, R., Greist, J. H., ... & Landau, P. (1992). Clomipramine hydrochloride in childhood and adolescent obsessive-compulsive disorder—a multicenter trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(1), 45-49.
- Denys, D., Mantione, M., Figeo, M., Van Den Munckhof, P., Koerselman, F., Westenberg, H., ... & Schuurman, R. (2010). Deep brain stimulation of the nucleus accumbens for treatment-refractory obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*, 67(10), 1061-1068.
- Emmelkamp, P. M., & Beens, H. (1991). Cognitive therapy with obsessive-compulsive disorder: A comparative evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 29(3), 293-300.
- Fettes, P., Schulze, L., & Downar, J. (2017). Cortico-striatal-thalamic loop circuits of the orbitofrontal cortex: promising therapeutic targets in psychiatric illness. *Frontiers in systems neuroscience*, 11, 25.
- Fineberg, N. A., Brown, A., Reghunandanan, S., & Pampaloni, I. (2012). Evidence-based pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 15(8), 1173-1191.
- Fontenelle, L. F., Mendlowicz, M. V., & Versiani, M. (2006). The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30(3), 327-337.
- Frade, L. S. M. (2016). Qualidade de vida e ansiedade na perturbação obsessivo compulsiva (Tese de Mestrado).
- Freitas, M. G. (2019). Abordagem Diagnóstica e Intervenção na Perturbação do Espectro do Autismo em Idade Pediátrica e no Adulto. Direção Geral de Saúde. Retirado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n0022-019-de-23042019-pdf.aspx>
- Furukawa, T. A., Noma, H., Caldwell, D. M., Honyashiki, M., Shinohara, K., Imai, H., ... & Churchill, R. (2014). Waiting list may be a nocebo condition in psychotherapy trials: A contribution from network meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*,

130(3), 181-192.

- Gandra, C. O. B. (2015). Funcionamento neurocognitivo na perturbação obsessivo compulsiva e sua relação com características da personalidade.
- Gillan, C. M., Fineberg, N. A., & Robbins, T. W. (2017). A trans-diagnostic perspective on obsessive-compulsive disorder. *Psychological Medicine*, 47(9), 1528-1548.
- Gjerde, L. C., Czajkowski, N., Røysamb, E., Ystrom, E., Tambs, K., Aggen, S. H., ... & Knudsen, G. P. (2015). A longitudinal, population-based twin study of avoidant and obsessive-compulsive personality disorder traits from early to middle adulthood. *Psychological medicine*, 45(16), 3539-3548.
- Goodman, W., Price, L., Rasmussen, S., Mazure, C., Fleischmann, R. L., & Hill, C. L. (1989). The Y-BOCS (1). development, use and reliability. *Arch Gen Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Greist, J. H. (1994). Behavioural therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55 (Suppl), pp. 60-8.
- Greist, J. H. (1998). The comparative effectiveness of treatments for obsessive compulsive disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 62(4), A65.
- Greist, J. H., Marks, I. M., Baer, L., Kobak, K. A., Wenzel, K. W., Hirsch, M. J., ... & Clary, C. M. (2002). Behavior therapy for obsessive-compulsive disorder guided by a computer or by a clinician compared with relaxation as a control. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Guzick, A., Hunt, P. J., Bijanki, K. R., Schneider, S. C., Sheth, S. A., Goodman, W. K., & Storch, E. A. (2020). Improving long term patient outcomes from deep brain stimulation for treatment-refractory obsessive-compulsive disorder. *Expert review of neurotherapeutics*, 20(1), 95-107.
- Harvard Medical School Health Publications Group. (Março de 2009). Treating obsessivecompulsive disorder. Options include medication, psychotherapy, surgery, and deep brain stimulation. *Harv Ment Health Lett*, 25 (9), pp. 4-5.
- Hezel, D. M., & McNally, R. J. (2016). A theoretical review of cognitive biases and deficits in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychology*, 121, 221-232.
- Humble, M. B., & Bejerot, S. (2016). Orgasm, serotonin reuptake inhibition, and plasma oxytocin in obsessive-compulsive disorder. Gleaning from a distant randomized clinical trial. *Sexual medicine*, 4(3), e145-e155.
- Højgaard, D. R., Schneider, S. C., La Buissonnière-Ariza, V., Kay, B., Riemann, B. C., Jacobi, D., ... & McIngvale, E. (2019). Predictors of treatment outcome for youth receiving intensive residential treatment for obsessive-compulsive disorder (OCD).

- Cognitive behaviour therapy, 1-13.
- Kotzalidis, G. D., Del Casale, A., Simmaco, M., Pancheri, L., Brugnoli, R., Paolini, M., ... & De Chiara, L. (2019). Placebo Effect in Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). Placebo Response and Placebo Responders in OCD: The Trend Over Time. *Current neuropharmacology*, 17(8), 741-774.
- Jelinek, L., Hauschildt, M., Hottenrott, B., Kellner, M., & Moritz, S. (2018). "Association splitting" versus cognitive remediation in obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Journal of anxiety disorders*, 56, 17-25.
- Lack, C. W. (2012). Obsessive-compulsive disorder: evidence-based treatments and future directions for research. *World journal of psychiatry*, 2(6), 86.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 159-174.
- Laposa, J. M., Hawley, L. L., Grimm, K. J., Katz, D. E., & Rector, N. A. (2019). What Drives OCD Symptom Change During CBT Treatment? Temporal Relationships Among Obsessions and Compulsions. *Behavior therapy*, 50(1), 87-100.
- Launes, G., Hagen, K., Sunde, T., Öst, L. G., Klovning, I., Laukvik, I. L., ... & Kvale, G. (2019). A Randomized Controlled Trial of Concentrated ERP, Self-Help and Waiting List for Obsessive-Compulsive Disorder: The Bergen 4-Day Treatment. *Frontiers in Psychology*, 10.
- Leichsenring, F., & Steinert, C. (2017). Short-term psychodynamic therapy for obsessive compulsive disorder: A manual-guided approach to treating the "inhibited rebel". *Bulletin of the Menninger Clinic*, 81(4), 341-389.
- López-Pina, J. A., Sánchez-Meca, J., López-López, J. A., Marín-Martínez, F., Núñez Núñez, R. M., Rosa-Alcázar, A. I., ... & Ferrer-Requena, J. (2015). The Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale: A Reliability Generalization Meta-Analysis. *Assessment*, 22(5), 619-628.
- Lovell, K., Bower, P., Gellatly, J., Byford, S., Bee, P., McMillan, D., ... & Reynolds, S. (2017). Low-intensity cognitive-behaviour therapy interventions for obsessive compulsive disorder compared to waiting list for therapist-led cognitive-behaviour therapy: 3-arm randomised controlled trial of clinical effectiveness. *PLoS medicine*, 14(6).
- Lovell, K., Ekers, D., Fulford, A., Baguley, C., & Bradshaw, T. (2004). A pilot study of a self-help manual with minimal therapist contact in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 8(2), 122-127.
- Marques, C., & Cepeda, T. (2009). Recomendações para a prática clínica da saúde mental

- infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 52.
- Mataix-Cols, D., Cullen, S., Lange, K., Zelaya, F., Andrew, C., Amaro, E., et al. (2003). Neural correlates of anxiety associated with obsessive-compulsive symptom dimensions in normal volunteers. *Biol Psychiatry*, 53 (6), pp. 482-93.
- Mataix-Cols, D., Cullen, S., Lange, K., Zelaya, F., Andrew, C., Amaro, E., et al. (1999). Use of factor-analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 156, pp. 1409–16.
- Mataix-Cols, D., do Rosario-Campos, M. C., & Leckman, J. f. (2005). A Multidimensional Model of Obsessive-Compulsive Disorder. *Am J Psychiatry*, 162, pp. 228–238.
- McCabe, R. E., Rowa, K., Farrell, N. R., Young, L., Swinson, R. P., & Antony, M. M. (2019). Improving treatment outcome in obsessive-compulsive disorder: Does motivational interviewing boost efficacy?. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 22, 100446.
- McGrath, C. A., & Abbott, M. J. (2019). Family-Based Psychological Treatment for Obsessive Compulsive Disorder in Children and Adolescents: A Meta-analysis and Systematic Review. *Clinical child and family psychology review*, 22(4), 478-501.
- Menchon, J. M., Bobes, J., Alamo, C., Alonso, P., García-Portilla, M. P., Ibáñez, Á., ... & Saiz-Ruiz, J. (2019). Tratamiento farmacológico del trastorno obsesivo compulsivo en adultos: una guía de práctica clínica basada en el método ADAPTE. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 12(2), 77-91.
- Miegel, F., Cludius, B., Hottenrott, B., Demiralay, C., Sure, A., & Jelinek, L. (2019). Session-specific effects of the Metacognitive Training for Obsessive-Compulsive Disorder (MCT-OCD). *Psychotherapy Research*, 1-13.
- Murphy, T. K., Brennan, E. M., Johnco, C., Parker-Athill, E. C., Miladinovic, B., Storch, E. A., & Lewin, A. B. (2017). A double-blind randomized placebo-controlled pilot study of azithromycin in youth with acute-onset obsessive-compulsive disorder. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 27(7), 640-651.
- Murray, G. K., Knolle, F., Ersche, K. D., Craig, K. J., Abbott, S., Shabbir, S. S., ... & Robbins, T. W. (2019). Dopaminergic drug treatment remediates exaggerated cingulate prediction error responses in obsessive-compulsive disorder. *Psychopharmacology*, 236(8), 2325-2336.
- National Collaborating Centre for Mental Health, 2006. Obsessive-compulsive

- disorder: core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. British Psychological Society.
- Norman, L. J., Taylor, S. F., Liu, Y., Radua, J., Chye, Y., De Wit, S. J., ... & Mathews, C. (2019). Error processing and inhibitory control in obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis using statistical parametric maps. *Biological psychiatry*, 85(9), 713-725.
- O'Connor, K., & Aardema, F. (2011). *Clinician's handbook for obsessive compulsive disorder: inference-based therapy*. John Wiley & Sons.
- Organização Mundial da Saúde. (1994). *CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete* Vol. 1. Edusp.
- Perini, S. J., Slade, T., & Andrews, G. (2006). Generic effectiveness measures: sensitivity to symptom change in anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 90(2-3), 123-130.
- Peris, T. S., Rozenman, M. S., Sugar, C. A., McCracken, J. T., & Piacentini, J. (2017). Targeted family intervention for complex cases of pediatric obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(12), 1034-1042.
- Ravindran, A., Richter, M., Jain, T., Ravindran, L., Rector, N., & Farb, N. (2019). Functional connectivity in obsessive-compulsive disorder and its subtypes. *Psychological medicine*, 1-9.
- Rector, N. A., Richter, M. A., Katz, D., & Leybman, M. (2019). Does the addition of cognitive therapy to exposure and response prevention for obsessive compulsive disorder enhance clinical efficacy? A randomized controlled trial in a community setting. *British Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 1-18.
- Riesel, A., Klawohn, J., Grützmann, R., Kaufmann, C., Heinzl, S., Bey, K., ... & Kathmann, N. (2019). Error-related brain activity as a transdiagnostic endophenotype for obsessive-compulsive disorder, anxiety and substance use disorder. *Psychological medicine*, 49(7), 1207-1217.
- Rodrigues, P., Ribeiro, L., Gonçalves, D. & Pinto, A. (2018). Perturbação obsessivo compulsiva em estudantes do ensino superior: relação com a personalidade, satisfação com a vida e depressão. *Revista Psicologia e Educação On-Line* 2018, Vol. 1, Nº 1, 80 - 90: online.
- Sadri, S. K., Anderson, R. A., McEvoy, P. M., Kane, R. T., & Egan, S. J. (2017). A pilot investigation of cognitive behavioural therapy for clinical perfectionism in obsessive compulsive disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 45(3), 312-320.

- San-Bento, C. S. (2014). *Perturbação Obsessivo-Compulsiva: Revisão Bibliográfica* (Dissertação de Doutoramento, Universidade da Beira Interior: Faculdade de Ciências da Saúde).
- Simons, M., Schneider, S., & Herpertz-Dahlmann, B. (2006). Metacognitive therapy versus exposure and response prevention for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychotherapy and psychosomatics*, 75(4), 257-264.
- Skapinakis, P., Caldwell, D. M., Hollingworth, W., Bryden, P., Fineberg, N. A., Salkovskis, P., ... & Lewis, G. (2016). Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 730-739.
- Sookman, D. (2015). *Specialized Cognitive Behavior Therapy for Obsessive Compulsive Disorder: An Expert Clinician Guidebook*. Routledge.
- Storch, E. A., McGuire, J. F., Schneider, S. C., Small, B. J., Murphy, T. K., Wilhelm, S., & Geller, D. A. (2019). Sudden gains in cognitive behavioral therapy among children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 64, 92-98.
- Sugarman, M. A., Kirsch, I., & Huppert, J. D. (2017). Obsessive-compulsive disorder has a reduced placebo (and antidepressant) response compared to other anxiety disorders: a meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 218, 217-226.
- Thiel, N., Jacob, G. A., Tuschen-Caffier, B., Herbst, N., Kuelz, A. K., Hertenstein, E., ... & Voderholzer, U. (2016). Schema therapy augmented exposure and response prevention in patients with obsessive-compulsive disorder: Feasibility and efficacy of a pilot study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 52, 59-67.
- Tolin, D. F., Diefenbach, G. J., Maltby, N., & Hannan, S. (2005). Stepped care for obsessive-compulsive disorder: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(4), 403-414.
- Twohig, M. P., Abramowitz, J. S., Smith, B. M., Fabricant, L. E., Jacoby, R. J., Morrison, K. L., ... & Ledermann, T. (2018). Adding acceptance and commitment therapy to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 108, 1-9.
- Uhre, C. F., Uhre, V. F., Lønfeldt, N. N., Pretzmann, L., Vangkilde, S., Plessen, K. J., ... & Pagsberg, A. K. (2019). Systematic Review and Meta-Analysis: Cognitive Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*.
- Vega-Dienstmaier, J. M. (2016). Avances en el tratamiento farmacológico del trastorno

- obsessivo-compulsivo. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 79(4), 239-246.
- Viergever, R. F., Terry, R. F., & Karam, G. (2013). Use of data from registered clinical trials to identify gaps in health research and development. *Bulletin of the World Health Organization*, 91, 416-425C.
- Waite, P., & Williams, T. (Eds.). (2009). *Obsessive compulsive disorder: Cognitive behaviour therapy with children and young people*. Routledge.
- World Health Organization. (2009). *Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care*. World Health Organization.
- Yang, Z., Wu, H., Lee, P. H., Tsetsos, F., Davis, L. K., Yu, D., ... & Zayats, T. (2019). Cross-disorder GWAS meta-analysis for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, Autism Spectrum Disorder, Obsessive Compulsive Disorder, and Tourette Syndrome. *bioRxiv*, 770222.
- Zohar, J. (Ed.). (2012). *Obsessive compulsive disorder: Current science and clinical practice*. John Wiley & Sons.
- Zohar, J., Judge, R., & Paroxetine Study Investigators. (1996). Paroxetine versus clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 169(4), 468-474.
- Zhou, D. D., Zhou, X. X., Lv, Z., Chen, X. R., Wang, W., Wang, G. M., ... & Kuang, L. (2019). Comparative efficacy and tolerability of antipsychotics as augmentations in adults with treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: a network meta analysis. , 51-58.

6. ANEXOS

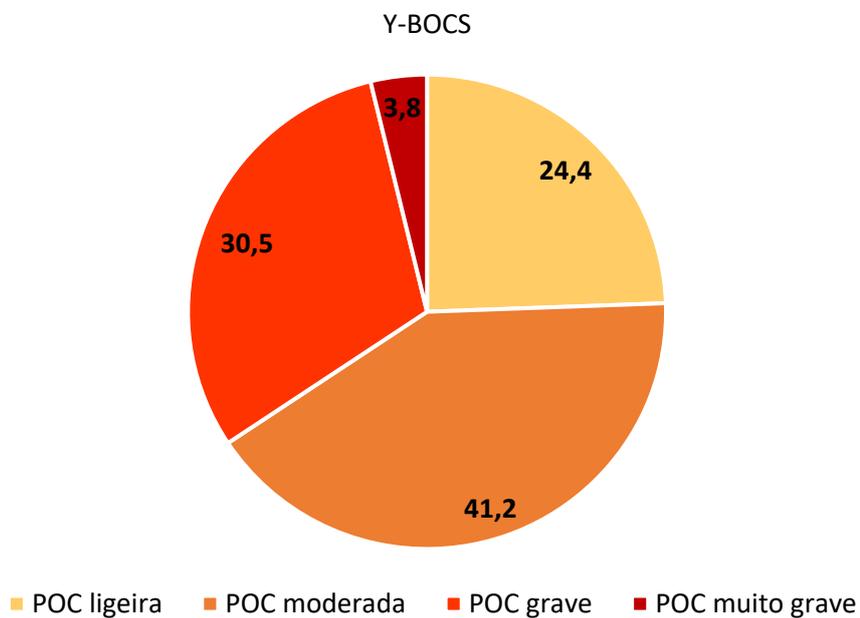


Gráfico 2: Sujeitos por categorias de POC no pré-teste

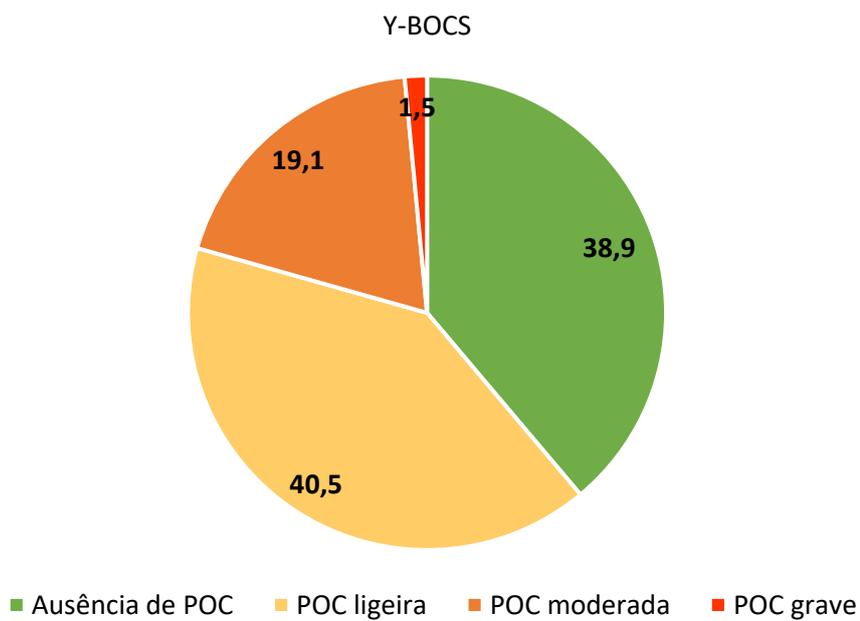


Gráfico 3: Sujeitos por categorias de POC no pós-teste